



每月 ABAWD 志愿者 参与记录 (Simplified Chinese)

说明

没有工作或没有参加教育或培训计划的无需抚养家属的健全成人 (Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD) 可以志愿参加社区服务活动, 以满足联邦 ABAWD 工作规则。如果您不受联邦 ABAWD 工作规则的约束, 则无需填写本表格。

■ 第 1 步: 了解志愿者工作小时数

要了解您每月的志愿者工作小时数, 请将您每月的 SNAP 福利除以您所在地区的当前纽约州 (New York State, NYS) 最低工资。例如, 如果您每月的 SNAP 福利为 \$165, 并且您居住在纽约市 (New York City, NYC), 最低工资*为 \$16.50, 那么您每月必须做志愿者工作 10 小时。如果您需要帮助确定志愿者工作时间, 请拨打本通知最后一页的电话号码联系 PACE 提供者。

* 2026 年 1 月 1 日, 纽约市的最低工资将提高到 \$17.00。

■ 第 2 步: 让社区服务计划工作人员填写第 2 部分

如果您已经在做志愿者工作或想要开始做, 请携带本表格前往非营利组织或公共组织, 请工作人员填写本表格的第 2 部分。为确保社区服务计划符合联邦 ABAWD 工作规则, 或要查找计划, 请联系 PACE 提供者。

注意: 社区服务计划不能成为候选人竞选公职的一部分。

■ 第 3 步: 将填妥的表格提交给 HRA

您必须每月将此填妥的表格交给 PACE 提供者, 以证明您符合联邦 ABAWD 工作规则。如果您不提交参与证明, 您可能会失去 SNAP 福利。

注意: 如果您因某些原因无法参加社区服务计划, 请拨打本通知最后一页的电话号码联系 PACE 提供者, 说明您无法参加的原因和日期。

每月 ABAWD 志愿者 参与记录 (续)

第 1 部分：由参与者填写

参与者姓名

个案编号

县

地址

参与者授权

我授权向 HRA 披露所要求的志愿者/社区服务计划信息。

参与者签名

日期

第 2 部分：由志愿者/社区服务计划工作人员填写

计划名称

组织名称

组织地址

此组织是公共组织还是非营利组织? 公共 非营利 其他 _____

每月 ABAWD 志愿者 参与记录 (续)

_____/_____/_____/_____ / _____
参与者开始或将要开始计划的日期 当前月/年

参与者本月参与该计划志愿者工作的小时数

如果参与者已在该计划中担任志愿者，请在下面注明其每月完成的小时数：

月/年	完成的小时数

计划证明

我证明，第 1 部分中列出的参与者目前正在上述计划中担任志愿者。

计划工作人员姓名（请以正楷书写）

计划工作人员职务

计划工作人员电话

计划工作人员签名

日期

每月 ABAWD 志愿者 参与记录 (续)

将此表格返回给 PACE 提供者的方法



电子邮件: _____



携带文件副本前往:

亲自递交: _____



传真文件至: _____

您是否有医疗或心理健康疾病或残障问题？ 此问题是否导致您难以理解此通知或完成此通知所要求的事项？此问题是否使您难以获得 HRA 提供的其他服务？**我们可助您一臂之力。** 请拨打 **718-557-1399** 与我们联系。您也可以造访 HRA 办公室寻求帮助。根据法律规定，您有权寻求此类帮助。