



每月 ABAWD 志工 參與記錄 (Traditional Chinese)

說明

沒有工作或未參加教育或培訓計劃的無家屬健全成年人 (Able-Bodied Adults Without, ABAWD) 可以透過志願參加社區服務活動來滿足聯邦 ABAWD 工作規則。如果您不受聯邦 ABAWD 工作規則的約束，則不需要填寫此表格。

■ **步驟 1: 瞭解您需要多少時數**

要了解您每月需要做志工多少時數，請將您的每月 SNAP 福利除以您所在地區目前的紐約州 (New York State, NYS) 最低工資。例如，如果您每月在 SNAP 中獲得 \$165，並且您居住在紐約市 (New York City, NYC)，最低工資*為 \$16.50，您必須每月做志願者 10 小時。如果您需要協助確定您的工作時間，請撥打本通知最後一頁的電話號碼聯絡 PACE 提供者。

* 2026 年 1 月 1 日，紐約市的最低工資將提高至 \$17.00。

■ **步驟 2: 由社區服務計畫工作人員完成第 2 部分**

如果您已經在做志工或想開始，請將此表格帶到非營利組織或公共組織，並請他們填寫此表格的第 2 部分。若要確認社區服務計畫符合聯邦 ABAWD 工作規則，或尋找計畫，請聯繫 PACE 提供者。

注意：社區服務計畫不得成為候選人競選公職的一部分。

■ **步驟 3: 將這份填妥的表格提交給 HRA**

您必須每月將填妥的表格提交給 PACE 提供者，以證明您符合聯邦 ABAWD 工作規則。如果您不提交參與證明，您可能會失去 SNAP 福利。

注意：如果因故無法參加社區服務計畫，請撥打本通知最後一頁的電話號碼告知 PACE 提供者您無法參加的原因和日期。

每月 ABAWD 志工 參與紀錄 (續)

第 1 部分：由參與者填寫

參與者姓名

個案編號

郡

地址

參與者授權

我授權向 HRA 發佈所請求的志工/社區服務計畫資訊。

參與者簽名

日期

第 2 部分：由志工/社區服務計畫工作人員填寫

計畫名稱

組織名稱

組織地址

這個組織是公共組織還是非營利組織？ 公共 非營利 其他 _____

每月 ABAWD 志工 參與紀錄 (續)

將此表格送回 PACE 提供者的方式



電子郵件: _____



請攜帶文件的副本前往:

親送: _____



將文件傳真至: _____

您是否有醫療或心理健康疾病或殘障問題？ 此問題是否導致您難以理解此通知或完成此通知所要求的事情？此問題是否使您難以獲得 HRA 提供的其他服務？**我們可助您一臂之力。** 請撥打 **718-557-1399** 與我們聯絡。您也可以造訪 HRA 辦公室尋求協助。根據法律規定，您有權尋求此類幫助。