



Data: _____

Numer sprawy: _____

Imię i nazwisko klienta: _____

Numer identyfikacyjny klienta
(Client Identification Number,
CIN): _____

POLICZALNY MIESIĄC W RAMACH WYMAGAŃ DOTYCZĄCYCH PRACY DLA OSÓB PEŁNOSPRAWNYCH BEZ OSÓB NA UTRZYMANIU (ABAWD) (Polish)

Niniejszym informujemy, że _____ został(a) uznany(-a) za osobę pełnosprawną bez osób pozostających na utrzymaniu (Able Bodied Adults Without Dependents, ABAWD). Z naszych danych wynika, że osoba ta otrzymywała świadczenia przez cały policzalny miesiąc. Jednak nie spełniła oni wymogów dotyczących pracy ABAWD w miesiącu _____. Pana/Pani świadczenia nie ulegają zmianie w związku z niniejszym zawiadomieniem.

Aby otrzymać pomoc w ramach Programu dodatkowej pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), ABAWD musi spełniać określone wymagania dotyczące pracy. Osoby nie mogą otrzymywać pomocy w ramach program SNAP bez spełnienia tych wymagań przez okres dłuższy niż trzy miesiące w ciągu 36 miesięcy. To Pana/Pani _____ policzalny miesiąc.

Po upływie trzeciego policzalnego miesiąca, świadczenia SNAP zostaną wstrzymane, chyba że zacznie Pan/Pani spełniać wymagania lub uzyska zwolnienie. Przed wstrzymaniem świadczeń wyślemy Panu/Pani osobne zawiadomienie.

JAK ZACHOWAĆ ŚWIADCZENIA SNAP:

Jeśli spełnia Pan/Pani wymagania dotyczące pracy, może Pan/Pani zachować świadczenia SNAP i uniknąć wykorzystania policzalnego miesiąca. Wymóg dotyczący pracy można spełnić, przedstawiając dowód, że średnio przez co najmniej 20 godzin tygodniowo lub 80 godzin miesięcznie Pan/Pani:

- Pracuje (z włączeniem pracy wynagradzanej w naturze i wolontariatu),
- Uczestniczy w kwalifikującym programie pracy/szkolenia, zatwierdzonym przez Wydział Zasobów Ludzkich (Human Resources Administration, HRA),
- Uczestniczy w programie zatrudnienia i szkolenia weteranów, prowadzonym przez Departament Pracy (Department of Labor) lub Departament Spraw Weteranów (Department of Veterans Affairs),
- Uczestniczy w programie objętym Ustawą o innowacyjności i stwarzaniu możliwości dla siły roboczej (Workforce Innovation and Opportunity Act) lub Ustawą o pomocy w przekwalifikowaniu (Trade Act), który może obejmować szukanie pracy, gotowość do podjęcia pracy, szkolenie w zakresie umiejętności zawodowych i szkolenia edukacyjne **LUB**
- Uczestniczy w aktywności związanej z doświadczeniem zawodowym, zatwierdzonej przez HRA lub jest wolontariuszem w działalności związanej ze służbą społeczną przez liczbę godzin w każdym miesiącu równą zasiłkowi SNAP gospodarstwa domowego podzielonemu przez stanową płacę minimalną. Wyślemy Panu/Pani osobny list z ofertą skorzystania z tej możliwości.

Jeśli uważa Pan/Pani, że nie jest ABAWD lub ma Pan/Pani ważny powód, dla którego nie mógł (mogła) Pan/Pani spełnić wymogów w tym miesiącu, prosimy zapoznać się z informacjami na kolejnych stronach.

**(Ciąg dalszy na
następnej stronie)**

POLICZALNY MIESIĄC W RAMACH WYMAGAŃ DOTYCZĄCYCH PRACY DLA OSÓB PEŁNOSPRAWNYCH BEZ OSÓB NA UTRZYMANIU (ABAWD) (ciąg dalszy)

Skąd mam wiedzieć, czy jestem ABAWD?

Osoba, która jest w wieku od 18 do 64 lat, nie mieszka w gospodarstwie domowym SNAP z dzieckiem poniżej 14 roku życia i jest uważana za fizycznie i psychicznie zdolną do pracy, musi przestrzegać zasad ABAWD. Jeśli dana osoba nie przestrzega tych zasad, może otrzymywać świadczenia SNAP tylko przez 3 miesiące w 3-letnim okresie.

Może Pan/Pani być zwolniony(-a) z zasad ABAWD, jeśli spełnia Pan/Pani którykolwiek z poniższych warunków:

- Wiek poniżej 18. roku życia lub powyżej 65. roku życia, lub starszy,
- Niezdolność do pracy przez co najmniej 80 godzin miesięcznie z powodu stanu zdrowia fizycznego lub psychicznego,
- Członek gospodarstwa domowego objętego świadczeniem SNAP z osobą poniżej 14. roku życia,
- Cięża,
- Świadczeniobiorca zasiłków dla osób niepełnosprawnych ze źródła prywatnego lub publicznego, np. świadczenia z tytułu niepełnosprawności od Wydziału ds. Weteranów lub stanu Nowy Jork,
- Osoba uznawana za Indianina(-kę), Indianina(-kę) miejskiego(-ą), Indianina(-kę) kalifornijskiego(-ą) lub innego(-ą) Indianinema(-kę) kwalifikującego(-ą) się do Usług zdrowotnych dla Indian (Indian Health Services), lub
- Zwolnienie z ogólnych wymogów dotyczących pracy z następującego powodu:
 - Ma Pan/Pani poniżej 16 lub co najmniej 65 lat,
 - Ma Pan/Pani 16 lub 17 lat, nie jest głową gospodarstwa domowego LUB uczęszcza do szkoły lub uczestniczy w programie szkoleń zawodowych co najmniej w połowie pełnego wymiaru godzin,
 - Spełnia Pan/Pani wymagania dotyczące pracy w ramach programu pomocy rodzinie (Family Assistance Program),
 - Jest Pan/Pani odpowiedzialny(-na) za opiekę nad dzieckiem poniżej 6. roku życia lub osobą niezdolną do pracy,
 - Regularnie uczestniczy Pan/Pani w programie leczenia uzależnienia od alkoholu lub narkotyków,
 - Ubiega się Pan/Pani o zasiłek dla bezrobotnych lub go otrzymuje,
 - Jest Pan/Pani niezdolny(-a) do pracy z przyczyn związanych ze zdrowiem psychicznym lub fizycznym,
 - Pracuje Pan/Pani co najmniej 30 godzin tygodniowo,
 - Zarabia Pan/Pani \$217.50 (30-krotność federalnej płacy minimalnej) lub więcej tygodniowo,
 - Uczęszcza Pan/Pani do szkoły, college'u lub bierze udział w programie szkoleniowym co najmniej w połowie pełnego wymiaru godzin (studenci mogą podlegać innym zasadom kwalifikacyjnym) **LUB**
 - Jest Pan/Pani wnioskodawcą lub odbiorcą dochodu z ubezpieczenia społecznego (Supplemental Security Income, SSI).

Jeśli uważa Pan/Pani, że powinien/powinna być zwolniony(-a) z przestrzegania zasad ABAWD, ponieważ spełnia Pan/Pani jeden lub więcej warunków wymienionych powyżej, proszę zadzwonić pod numer 718-SNAP NOW (718-762-7669), aby poinformować nas o tym. Możemy poprosić Pana/Panią o przedstawienie dowodu.

**(Ciąg dalszy na
następnej stronie)**

POLICZALNY MIESIĄC W RAMACH WYMAGAŃ DOTYCZĄCYCH PRACY DLA OSÓB PEŁNOSPRAWNYCH BEZ OSÓB NA UTRZYMANIU (ABAWD) *(ciąg dalszy)*

Co się stanie, jeśli spełniam wymagania ABAWD lub zazwyczaj je spełniam, ale w tym miesiącu coś mi przeszkodziło i nie mogłem(-am) ich spełnić?

Musi Pan/Pani poinformować o tym HRA i być może będziesz musiał(a) przedstawić nam dowód. Dowodem mogą być aktualne odcinki wypłaty, zaświadczenie od lekarza, zaświadczenie od koordynatora z miejsca, w którym Pan/Pani pracuje jako wolontariusz(ka) itp. Można zadzwonić pod numer 718-SNAP-NOW (718-762-7669), aby powiedzieć nam o tym.

Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnością lub cierpi na chorobę fizyczną lub psychiczną? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego zawiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy ten stan utrudnia Panu/Pani uzyskanie innych usług od HRA? **Możemy zapewnić pomoc. Prosimy o kontakt pod numerem 718-557-1399. Pomoc można również uzyskać w biurze HRA. Zgodnie z przepisami ma Pan/Pani prawo otrzymać taką pomoc.**