



Дата: _____

Номер дела: _____

Имя и фамилия клиента: _____

Идентификационный номер
клиента (Client Identification
Number, CIN): _____

УЧИТЫВАЕМЫЙ МЕСЯЦ НЕВЫПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНО ТРУДОВОЙ ЗАНЯТОСТИ ДЛЯ ТРУДОСПОСОБНЫХ ВЗРОСЛЫХ БЕЗ ИЖДИВЕНЦЕВ (ABAWD) (Russian)

Настоящим письмом мы сообщаем Вам, что _____ был (-а) идентифицирован (-а) как трудоспособный взрослый без иждивенцев (Able Bodied Adults Without Dependents, ABAWD). По нашим данным, за указанный период Вы получили пособие за один полный учитываемый месяц. Однако Вы не выполнили требования ABAWD относительно трудовой занятости, установленные для _____.
(ММ/ГГГГ)

В связи с данным уведомлением размер Ваших пособий не меняется.

Для получения пособия по программе дополнительной продовольственной поддержки (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) лица, относящиеся к категории ABAWD, должны выполнять определенные требования относительно трудовой занятости. Получение пособия SNAP без выполнения этих требований допускается не более чем за три месяца в течение 36-месячного периода. Это ваш _____ учитываемый месяц.

После третьего учитываемого месяца выплата пособия SNAP будет прекращена, если Вы не начнете выполнять требования относительно трудовой занятости или не получите право на освобождение от них. Прежде чем прекратить выплату Вам пособий, мы направим Вам отдельное уведомление.

СОХРАНЕНИЕ ПОСОБИЯ SNAP

Вы можете сохранить право на получение пособия SNAP и избежать использования учитываемого месяца, если будете выполнять требования относительно трудовой занятости. Требования относительно трудовой занятости считаются выполненными, если Вы предоставите подтверждение того, что в среднем не менее 20 часов в неделю или 80 часов в месяц Вы:

- работаете (включая работу на условиях натуральной оплаты и волонтерскую работу);
- участвуете в программе трудоустройства/обучения, утвержденной Управлением по трудовым ресурсам (Human Resources Administration, HRA);
- участвуете в любой программе Департамента труда (Department of Labor) или Министерства по делам ветеранов (Department of Veterans Affairs) по трудоустройству и обучению ветеранов;
- участвуете в программе, созданной согласно Закону об инновациях и возможностях в сфере трудоустройства (Workforce Innovation and Opportunity Act) или Закону о коммерческой деятельности (Trade Act), включая поиск работы, подготовку к работе, профессиональное обучение и получение образования; **ИЛИ**
- принимаете участие в трудовой деятельности, одобренной HRA, или выполняете волонтерскую общественно полезную работу в течение количества часов в месяц, равного размеру пособия SNAP для вашего домохозяйства, разделенного на минимальную заработную плату, установленную в штате. Мы направим Вам отдельное письмо с предложением такой возможности.

Ознакомьтесь со следующими страницами для получения информации о том, что делать, если Вы полагаете, что не относитесь к категории ABAWD, либо если у Вас была уважительная причина, по которой Вы не смогли выполнить требования в текущем месяце.

(Продолжение на следующей странице)

УЧИТЫВАЕМЫЙ МЕСЯЦ НЕВЫПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНО ТРУДОВОЙ ЗАНЯТОСТИ ДЛЯ ТРУДОСПОСОБНЫХ ВЗРОСЛЫХ БЕЗ ИЖДИВЕНЦЕВ (ABAWD) (продолжение)

Как узнать, отношусь ли я к категории ABAWD?

Лицо в возрасте от 18 до 64 лет, не проживающее с ребенком младше 14 лет в семье, участвующей в программе SNAP, и считающееся физически и умственно трудоспособным, должно соблюдать требования для ABAWD. Если лицо не соблюдает эти требования, то может получать пособия SNAP только 3 месяца за период 3 года.

Вы можете быть освобождены от правил ABAWD, если на Вас распространяется любое из следующих условий :

- Вы еще не достигли возраста 18 лет или уже достигли возраста 65 лет.
- Вы не в состоянии работать по крайней мере 80 часов в месяц по причине физического или психического заболевания.
- Вы являетесь членом домохозяйства, которое участвует в программе SNAP и в котором есть лицо младше 14 лет.
- Вы — беременная женщина.
- Вы получаете пособие по инвалидности из государственного или частного источника, например пособие по инвалидности, выплачиваемое Департаментом по делам ветеранов, или пособие по инвалидности штата Нью-Йорк.
- Вы являетесь индейцем, городским индейцем, калифорнийским индейцем и/или другим индейцем, имеющим право на услуги Индейской службы здравоохранения (Indian Health Services).
- К Вам не применяются требования относительно трудовой занятости по любой из следующих причин:
 - Вы еще не достигли возраста 16 лет или уже достигли возраста 65 лет.
 - Вам 16 или 17 лет, Вы не являетесь главой семьи ИЛИ посещаете учебное заведение или курсы профессиональной подготовки хотя бы неполный рабочий день.
 - Вы соблюдаете требования относительно трудовой занятости в рамках Программы помощи семьям (Family Assistance Program).
 - Вы осуществляете уход за ребенком младше 6 лет или инвалидом.
 - Вы регулярно участвуете в программе лечения от алкогольной или наркотической зависимости.
 - Вы подали заявление на получение пособия по безработице или уже получаете его.
 - Вы не можете работать по причинам, связанным с психическим или физическим здоровьем.
 - Вы работаете не менее 30 часов в неделю.
 - Вы зарабатываете \$217.50 (30-кратный размер федеральной минимальной заработной платы) или больше в неделю.
 - Вы обучаетесь в школе, колледже или на обучающих курсах хотя бы неполный рабочий день (на студентов могут распространяться другие правила). **ИЛИ**
 - Вы подали заявление на получение или уже получаете дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI).

Если Вы полагаете, что на Вас не распространяются требования по трудоустройству лиц ABAWD, так как соответствуете одному или нескольким из перечисленных выше критериев, позвоните по номеру 718-SNAP-NOW (718-762-7669), чтобы сообщить нам об этом. Мы можем попросить Вас предоставить подтверждающие документы.

(Продолжение на следующей странице)

УЧИТЫВАЕМЫЙ МЕСЯЦ НЕВЫПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНО ТРУДОВОЙ ЗАНЯТОСТИ ДЛЯ ТРУДОСПОСОБНЫХ ВЗРОСЛЫХ БЕЗ ИЖДИВЕНЦЕВ (АВАВД) *(продолжение)*

Что делать, если я выполняю требования для АВАВД или обычно выполняю их, но в этом месяце возникли обстоятельства, из-за которых мне не удалось этого сделать?

Вам нужно сообщить об этом в HRA, и, возможно, предоставить подтверждающие документы. Подтверждением могут быть текущие квитанции о начислении заработной платы, письмо от врача, письмо от координатора организации, в которой Вы работаете волонтером, и т. п. Вы можете позвонить по номеру 718-SNAP-NOW (718-762-7669) и сообщить нам об этом.

У Вас имеется физическое или психическое заболевание либо инвалидность?

Это состояние мешает Вам понять содержание настоящего уведомления или выполнить предусмотренные в нем действия? Это состояние не позволяет Вам пользоваться другими услугами HRA? **Мы можем помочь.** Позвоните по номеру 718-557-1399. Вы также можете обратиться за помощью во время посещения отделения HRA. Вы имеете законное право обратиться за такой помощью.