



日期: _____

个案号码: _____

受服务者姓名: _____

受服务者识别号码 (CIN): _____

无需家属抚养的健全成人 (ABAWD) 工作要求可计数月份 (Simplified Chinese)

本函旨在告知您, _____ 已被认定为无需家属抚养的健全成人 (Able Bodied Adults Without Dependent, ABAWD)。我们的记录显示该人士已领取一整个可计数月份的福利, 但并未满足 _____ 的 ABAWD 工作要求。您的
(月/年)

福利不会因本通知而改变。

如要继续领取补充营养援助计划 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 福利, ABAWD 必须满足特定的工作要求。在 36 个月内, 如果个人超过三个月未满足该要求, 将无法继续领取 SNAP 福利。这是为您的第 _____ 个可计数月份。

在第三个可计数月份后, 您的 SNAP 福利将会停止发放, 除非您开始满足工作要求或取得豁免资格。我们将在福利停发前单独向您发出通知。

如何继续领取您的 SNAP 福利:

如果您满足工作要求, 则可继续领取 SNAP 福利, 且本次不会计入可计数月份。为满足工作要求, 您可提供证明来证实您平均每周至少有 20 小时或每月至少有 80 小时在:

- 工作 (包括“以实物支付”的工作和志愿者工作);
- 参加由人力资源管理局 (Human Resources Administration, HRA) 批准的合格工作/培训计划;
- 参加由劳工部 (Department of Labor) 或退伍军人事务部 (Department of Veterans Affairs) 运营的伍军人就业与培训计划;
- 参加《劳动力创新与机会法案》(Workforce Innovation and Opportunity Act) 或《贸易法案》(Trade Act) 规定的计划, 其中可能涉及求职、工作准备、职业技能培训和教育活动; 或者
- 参与由 HRA 批准的工作体验活动或参加社区志愿服务活动, 且每月时长需达到用 SNAP 福利金额除以州最低工资所得的小时数。我们将另行致函, 为您提供此项申请机会。

如果您认为您并非 ABAWD, 或者如果您本月因正当理由而未能满足工作要求, 请参阅后续页面的应对措施。

(翻页)

无需家属抚养的健全成人 (ABAWD) 工作要求可计数月份 (续上页)

我该如何确认自己是否为 ABAWD?

年龄在 18 至 64 岁之间、未与 14 岁以下的儿童共同生活在 SNAP 家庭中且视为在身体和心理上具备工作能力的个人必须遵守 ABAWD 规定。如果该人未遵守这些规定，3 年内仅能领取 3 个月的 SNAP 福利。

如果您符合以下任一条件，或许可免于遵守 ABAWD 规定：

- 未满 18 岁或年满 65 岁；
- 因身体或心理健康状况，每月无法工作至少 80 小时；
- 是 SNAP 家庭中的一员，且该家庭中包含未满 14 岁的成员；
- 已怀孕；
- 领取公共或私人机构发放的残障福利，例如退伍军人事务部或纽约州残障福利；
- 印第安人、都市印第安人、加利福尼亚印第安人和/或其他符合印第安健康服务 (Indian Health Services) 资格的印第安人；或者
- 因以下情形免于遵守一般工作要求：
 - 您未满 16 岁或年满 65 岁；
 - 您年满 16 岁或 17 岁且不是户主，或正以至少半日制的方式在校就读或参与就业计划；
 - 您符合家庭援助计划 (Family Assistance Program) 的工作要求；
 - 您负责照看未满 6 岁儿童或无行为能力者；
 - 您定期参加酒精或药物治疗计划；
 - 您正在申请或领取失业救济金；
 - 您因身心健康问题无法工作；
 - 您已经每周工作至少 30 小时；
 - 您每周收入达到 \$217.50（联邦最低工资的 30 倍）或以上；
 - 您正以至少半日制方式在校就读、参加训练计划或就读大学（学生可能需要遵守其他资格规定）；或者
 - 您是社会安全收入 (Social Security Income, SSI) 申请人或领取人。

如果您认为自己因符合上述一种或多种条件而应免于遵守 ABAWD 规定，请拨打 718-SNAP-NOW (718-762- 7669) 告知我们。我们可能会要求您提供相关证明。

无需家属抚养的健全成人 (ABAWD) 工作要求可计数月份 (续上页)

如果我已满足 **ABAWD** 要求，或者如果我基本上都能满足该要求，但本月因特殊情况未能达标，该怎么办？

您需要告知 **HRA**，并且可能需要提供相关证明。您可提供当前的薪资单、医生证明信、志愿服务单位协调员出具的证明信等证明文件。您可以拨打 **718-SNAP-NOW (718-762-7669)** 告知我们。

您是否有医疗或心理健康疾病或残障问题？ 此问题是否让您难以理解本通知或完成本通知所要求的事情？此问题是否使您难以获得 **HRA** 的其他服务？**我们可以为您提供帮助。** 请拨打 **718-557-1399** 与我们联系。您也可以在访问 **HRA** 办公室时寻求帮助。根据法律规定，

您有权要求为您提供此类帮助。