

SNAP-এর জন্য কাজের নতুন শর্তাবলি

দ্রুত শনাক্তকরণ ও করণীয় নির্দেশিকা

1 আপনার প্রাপ্ত সুবিধার ওপর কি প্রভাব পড়বে?

এই বিবৃতিগুলো কি আপনার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য?

- ✓ আমার বয়স 18 থেকে 64 বছর।
- ✓ আমার সঙ্গে 14 বছরের কম বয়সী কোনো শিশু বাস করে না।
- ✓ আমি সপ্তাহে 20 ঘণ্টার কম কাজ করি।
- ✓ আমি কোনো স্কুল বা প্রশিক্ষণ কর্মসূচিতে অংশ নিচ্ছি না।
- ✓ আমার কোনো শারীরিক অসুস্থতা বা কাজের শর্ত থেকে অব্যাহতি নেই।

যদি হ্যাঁ হয় -> আপনি প্রভাবিত হতে পারেন।

2 আপনি কি এই নোটিশগুলো পেয়েছেন?

— আপনার ডাকযোগে আসা চিঠিগুলো দেখুন—

HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION
FAMILY INDEPENDENCE ADMINISTRATION
Supplemental Nutrition Assistance Program
P. O. Box 29008
Brooklyn, NY 11202

NYC

Department of Social Services
Family Independence Administration
1000-110 (rev. 10/25) (L.S. 10/06/2025) page 1 of 3 LFP

Date: _____
Case Number: _____
Participant Name: _____
Zip Code: _____

Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) Work Activity Letter

You are receiving this letter because you are applying for or receiving Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits either individually or as a part of a household, and you are an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD) as defined by federal SNAP rules. Under federal law, ABAWDs are only eligible to receive SNAP benefits for three (3) months in a 3-year period unless they meet certain special work requirements, or are excused. In New York State, this 3-year period will expire on September 30, 2026. A new 3-year period will then start over on October 1, 2026.

For each month that you receive a full month of SNAP benefits and do not meet your ABAWD work requirement, without a good reason, you will use up a countable month. Your countable months are tracked by HRA. Unless you are satisfying your ABAWD work requirement, you will be ineligible to receive SNAP benefits after your third countable month.

To help you meet the ABAWD work requirements and continue to get your SNAP benefit without interruption, we have scheduled the following appointment for you. During this appointment, you will be offered a chance to participate in a work activity that meets the ABAWD work requirement.

Appointment Date: _____ Time: _____ Telephone: _____

Provider Name: _____

Provider Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Email: _____

You can also call the telephone number to discuss remote options available.

For travel information, please call the New York City Transit Authority at 718-330-1234 or 511.

See the next page for more information about the ABAWD work requirements and qualifying exemptions.

(Turn page)

NYC

Department of Social Services
Family Independence Administration
1000-110 (rev. 10/25) (L.S. 10/06/2025) page 1 of 3 LFP

Date: _____
Case Number: _____
Case Name: _____

IMPORTANT INFORMATION ABOUT SNAP WORK RULES (GENERAL, MANDATORY E&T, AND ABAWD)

This letter is to tell you about work rules for the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). If you don't follow these rules, your SNAP benefits may go down or stop.

What do you need to do?

Listed below are the people in your house that must follow the General SNAP Work Rules:

Name	Relationship	Age

Listed below are the people in your house who must participate in a SNAP Employment and Training (E&T) Assignment:

Name	Relationship	Age

Listed below are the people in your house who must follow the Able-Bodied Adults without Dependents (ABAWD) Rules:

Name	Relationship	Age

NYC

Department of Social Services
Family Independence Administration
1000-110 (rev. 10/25) (L.S. 10/06/2025) page 1 of 3 LFP

Date: _____
Case Number: _____
Participant Name: _____
Zip Code: _____

Follow-Up to the Offer of a Work Activity to an Able-Bodied Adult Without Dependents (ABAWD)
You are receiving Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits. Our records show that you are not currently working or participating in an approved work/training program for at least 90 hours per month. In order to help you meet your ABAWD work requirements, we made a qualifying work activity available to you. We scheduled an appointment for you with an employment provider, but you did not keep the appointment. You can still go and meet with the employment provider listed below where you have an open offer of an ABAWD work activity. Or, you can call the phone number and discuss remote options.

Provider Name: _____
Provider Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Telephone: _____ Email: _____

For travel information, please call the New York City Transit Authority at (718) 330-1234 or 511.

To get SNAP benefits for more than 3 months in a 3-year period, you must follow the ABAWD work rules by:

1. Spending at least 90 hours every month (20 hours per week) doing one or more of the following:
 - Working (including "in-kind" work);
 - Participate in a qualifying work/training program approved by HRA;
 - Participating in an employment and training program for veterans operated by the Department of Labor or the Department of Veterans Affairs;
 - Participating in a program under Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA) or Trade Act which may include job search, job readiness, occupational skills training and education activities; or
 - Participating in a combination of work or qualifying programs

OR
2. Participating in a work experience activity approved by HRA, or volunteering in a community service activity, for the number of hours per month equal to the household's SNAP benefit divided by the higher of the federal or State minimum wage.

(Turn page)

— অথবা ACCESS HRA অ্যাকাউন্ট দেখুন

ACCESS HRA মোবাইল অ্যাপে যান



ACCESS
HRA



SNAP-এর জন্য কাজের নতুন শর্তাবলি

দ্রুত শনাক্তকরণ ও করণীয় নির্দেশিকা

3 গ্রাহকের করণীয় পদক্ষেপসমূহ:

1ম

ধাপ

PACE -এর নির্ধারিত অ্যাপয়েন্টমেন্টে যান

- আপনার অ্যাপয়েন্টমেন্টের তারিখ, সময় ও স্থান নোটিশে উল্লেখ করা আছে।
- আপনি যদি আপনার PACE-এর নির্ধারিত সাক্ষাতে উপস্থিত হতে না পারেন, তবে আবার অ্যাপয়েন্টমেন্ট করতে কিংবা একটি ভার্সুয়াল অ্যাপয়েন্টমেন্টের অনুরোধ জানাতে নোটিশে উল্লেখিত PACE প্রদানকারীর টেলিফোন নম্বরে কল করুন।

2য়

ধাপ

কাগজপত্র জমা দিতে ভুলবেন না

- যেমন—চিকিৎসাগত অব্যাহতি ফরম বা কাজ অথবা শিক্ষা প্রতিষ্ঠানে অংশগ্রহণের নথিপত্র। কী কী কাগজপত্র জমা দিতে হবে তা আপনার PACE প্রদানকারী আপনাকে জানিয়ে দেবেন।

3য়

ধাপ

আপনার বর্তমান অবস্থা সম্পর্কে জানতে অতিরিক্ত HRA বিজ্ঞপ্তিগুলোর জন্য ACCESS HRA অ্যাকাউন্ট অথবা ডাকযোগে আসা চিঠিগুলো দেখুন।

আপনার কি কোনো প্রশ্ন আছে অথবা ACCESS HRA অ্যাকাউন্টে প্রবেশ করতে সাহায্যের প্রয়োজন?



ফোন করুন 718-SNAP-NOW

718-762-7669 নম্বরে

নোটিশগুলো উপেক্ষা করবেন না

বারবার নোটিশ দেওয়ার পরেও যদি আপনি কোনো পদক্ষেপ না নেন, তবে আপনার SNAP সুবিধা বন্ধ হয়ে যাবে।