

**SE NECESITA INFORMACION PARA SUS SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICION (FNS),
ANTERIORMENTE CONOCIDOS COMO ESTAMPILLAS DE COMIDA**

La ley federal limita a algunos adultos entre 18 y 49 años a 3 meses de Servicios de Alimentos y Nutrición desde Enero 2016 – Diciembre 2018, a menos que trabajen, sean voluntarios o estén en un programa de entrenamiento aprobado por un total de 20 horas a la semana. Nos referimos a estas personas como **ABAWD (Adultos Capaces de Trabajar sin Dependientes)**.

Vea la información incluida para una declaración completa de los nuevos requerimientos de trabajo y sus excepciones. Usted ha recibido esta carta porque usted u otra persona adulta en su grupo familiar ha sido identificada como una persona ABAWD (potencial), y se lista abajo:

Le hemos enviado esta forma porque no tenemos suficiente información para determinar si la persona que probablemente es ABAWD en su grupo familiar es requerida que trabaje o si ya está trabajando. **No se requiere que conteste estas preguntas inmediatamente para conservar sus beneficios de FNS.** Sin embargo, si no contesta a las preguntas ahora y resulta que la persona ABAWD en su grupo familiar no es elegible para recibir beneficios, puede ser que usted tenga que reembolsar algunos de los beneficios que ha recibido.

Ya sea que conteste estas preguntas o no, usted no será acusado de fraude o de una violación intencional al programa, porque no es su culpa que nosotros no tengamos esta información todavía.

Estas preguntas son solamente aplicables a los adultos miembros de su grupo familiar. Si responde SI a alguna de las siguientes preguntas, puede resultar en que la persona ABAWD en su grupo familiar sea elegible a beneficios FNS por más de tres meses. Aun si su respuesta es SI por parte de un mes, usted debe de responder SI y listar ese mes.

POR FAVOR RESPONDA EN CUALQUIERA DE LAS 3 MANERAS SIGUIENTES.

- 1. Firme esta forma y envíela por correo al Departamento de Servicios Sociales de su condado en el sobre que se incluye.**
- 2. Si no entiende esta carta, le podemos llamar para explicarle las preguntas. Díganos su teléfono y a qué hora le podemos llamar. Envíenos esta forma en el sobre adjunto.**

Su teléfono _____ ¿A qué hora le podemos llamar? _____
- 3. Llámenos al 1-866-719-0141.**

Es mejor si nos puede llamar o regresarnos esta forma antes de Abril 15, 2016.

Desde Enero 1, 2016 la posible persona ABAWD (Adulto capaz de trabajar sin dependientes) ha:

1. ¿Solicitado Beneficios de Seguro por Desempleo (UIB)? Sí No
Si respondió sí, ¿Quién? _____ ¿Cuáles meses? _____
2. ¿Ha sido un estudiante de al menos medio tiempo?
 Sí No Si respondió sí, ¿Quién? _____ ¿Cuáles meses? _____
3. ¿Ha cuidado de alguna persona discapacitada (aun si la persona no vive con usted)? Sí No
Si respondió sí, ¿Quién? _____ ¿Cuáles meses? _____
4. ¿Ha estado trabajando? Sí No Si respondió sí, ¿Quién? _____ ¿Dónde? _____
Horas que trabajó en: Enero ____ Febrero ____ Marzo ____ Abril ____ Mayo ____ Junio ____
Si trabajo menos de 80 horas, tiene una buena razón para no haber trabajado las 80 horas (enfermedad, un familiar enfermo, etc.)
5. ¿Trabajo en su propio negocio (ejemplo: trabajo de jardinería, aun si no ha hecho dinero después de gastos de negocio)? Sí No Si respondió sí, ¿Quién? _____
Horas que trabajo en: Enero ____ Febrero ____ Marzo ____ Abril ____ Mayo ____ Junio ____
Si trabajo menos de 80 horas, tiene una buena razón para no haber trabajado las 80 horas (enfermedad, un familiar enfermo, etc.)
6. ¿Trabajó como intercambio de bienes o servicios? (ejemplo: trabajo como pago de renta) Sí No
Si respondió sí, ¿Quién? _____
Horas que trabajo en: Enero ____ Febrero ____ Marzo ____ Abril ____ Mayo ____ Junio ____
Si trabajo menos de 80 horas, tiene una buena razón para no haber trabajado las 80 horas (enfermedad, un familiar enfermo, etc.)
7. ¿Operó una escuela en caso por al menos 30 horas a la semana? Sí No
Si respondió sí, ¿Quién? _____ ¿Nombre de la Escuela? _____
¿Cuáles meses? _____
8. ¿Estaba o está embarazada? Sí No
Si respondió sí, ¿Quién? _____ ¿Cuáles meses? _____
9. ¿Estaba impedido física o mentalmente para trabajar (aun temporalmente)? Sí No
Si respondió sí, ¿Quién? _____ ¿Cuáles meses? _____
10. ¿Vivió con un menor de 18 años que es parte del Grupo Familiar para beneficios de FNS (aun si el menor no es elegible para beneficios FNS)? Sí No Si respondió sí, ¿Cuáles meses? _____
11. ¿Ha estado en un programa de tratamiento por alcohol o drogas? Sí No
Si respondió sí, ¿Quién? _____ ¿Cuáles meses? _____
12. ¿No puede trabajar debido a una dependencia de alcohol o drogas? Sí No
Si respondió sí, ¿Quién? _____ ¿Cuáles meses? _____
13. ¿No tiene vivienda (vive en la calle o en refugio para personas desposeídas)? Sí No
Si respondió sí, ¿Quién? _____ ¿Cuáles meses? _____
14. ¿Ha sido voluntario con alguna agencia pública o privada tal como una caridad, escuela, hospital, grupo religioso, etc.? Sí No
Si respondió sí, ¿Quién? _____ ¿Dónde? _____
¿Horas de voluntario? Enero ____ Febrero ____ Marzo ____ Abril ____ Mayo ____ Junio ____
15. ¿Participó en un Programa de Entrenamiento para Trabajar? Sí No
Si respondió sí, ¿Quién? _____ ¿Dónde? _____
¿Horas que participó? Enero ____ Febrero ____ Marzo ____ Abril ____ Mayo ____ Junio ____

Esta información que he proporcionado es verdadera a mi mejor saber.

Firma del Jefe de la Casa _____ Fecha _____
Teléfono _____

El Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS), anteriormente conocido como Estampillas de Comida, tiene ahora requerimientos de trabajo para algunos adultos. Algunos adultos solamente podrían recibir beneficios de FNS **por 3 meses**, a menos que estén trabajando.

NO SE REQUIERE QUE USTED TRABAJE SI USTED ES O ESTA:

- Solicitando o recibiendo Beneficios de Desempleo
- Recibiendo Asistencia de Refugiado o de Work First (Trabajar Primero)
- Estudiante al menos de medio tiempo
- Cuidando de una persona discapacitada (aun si la persona no vive con usted)
- Opera una escuela en casa por al menos 30 horas a la semana
- Es menor de 18 años o tiene 50 o mas
- Está embarazada
- Está impedido física o mentalmente para trabajar (aun temporalmente)
- Es parte de un Grupo Familiar de FNS con un menor de 18 años (aun si el menor no es elegible para beneficios)
- Está en un programa de tratamiento de alcohol o drogas
- No puede trabajar debido a dependencia de alcohol o drogas (aun si no está en tratamiento)
- No tiene vivienda – Vive en un refugio para desposeídos o en la calle

Si no cumple con ninguna de las excepciones arriba mencionadas, usted debe de trabajar un promedio de 20 horas por semana, con cualquiera de las siguientes combinaciones:

- Trabajo pagado (incluyendo su propio negocio, aun si no está teniendo ganancias ahora);
- Ser voluntario con alguna agencia pública, privada, o sin fines de lucro, tal como Bancos de Comida, escuelas, organizaciones religiosas, o
- Está en un Programa de Empleo y Entrenamiento (E&T).

Si se le han negado beneficios de FNS porque no cumple con los requerimientos de trabajo, puede ser que pueda recibir beneficios al menos por tres meses si:

- Ha trabajado 80 horas dentro de un periodo de 30 días desde que usted perdió sus beneficios de FNS;
- Ha comenzado a trabajar, a ser voluntario o a comenzado entrenamiento para trabajo, o
- Está impedido para trabajar o ahora cumple con cualquiera de las excepciones arriba mencionadas.