



Estado de Illinois  
 Departamento de Servicios Humanos  
**SOLICITUD DE EXENCION DEL REQUISITO DE TRABAJO  
 PARA ADULTOS SANOS SIN DEPENDIENTES (ABAWDs)**

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_

Nombre del caso: \_\_\_\_\_

Nombre de la oficina: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

TTY: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Por favor complete esta sección para solicitar una exención del requisito de trabajo de SNAP. Es posible que se le solicite proporcionar pruebas que demuestren que califica para una exención. Si su solicitud es negada, deberá cumplir con el requisito de trabajo de SNAP para mantener su elegibilidad para SNAP. Tiene derecho a apelar la decisión.

Yo, \_\_\_\_\_ solicito estar exento de cumplir con el requisito de trabajo de SNAP debido a

<input type="checkbox"/>	Estoy física o mentalmente incapacitado para trabajar.
<input type="checkbox"/>	Estoy embarazada.
<input type="checkbox"/>	Vivo en un hogar de SNAP con un hijo menor de 18 años.
<input type="checkbox"/>	Soy veterano.
<input type="checkbox"/>	No tengo un hogar.
<input type="checkbox"/>	Actualmente tengo 24 años o menos. En el momento de mi cumpleaños número 18, vivía en cuidado de crianza en:
<input type="checkbox"/>	Illinois
<input type="checkbox"/>	En el Estado de _____

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Una vez que el formulario esté completado, puede:

- Envíe este formulario electrónicamente seleccionando el botón Administrar mi requisito de trabajo de SNAP desde su panel de control Administrar mi caso (MMC) en [abe.illinois.gov](http://abe.illinois.gov); o
- Devolverlo por correo o en persona a su Centro de Recursos Comunitarios Familiar; o
- Enviarlo por correo a la Unidad de Procesamiento Central de Escaneo (CSU, Apartado Postal 19138, Springfield, IL 62763).

**Esta sección debe ser completada por el Centro de Recursos Comunitarios Familiar.**

**Instrucciones: Si se necesita verificación, permita la exención mientras se procesa la solicitud de verificación. Complete esta sección cuando se reciba la verificación en el FCRC.**

Su solicitud de exención ha sido revisada y hemos decidido:

Aprobar su solicitud de exención.

Negar su solicitud de exención.

Razon por negación: \_\_\_\_\_

**Referencia de Póliza: PM 03-25-01**

Nombre impreso del personal de FCRC: \_\_\_\_\_

Firma del Personal de FCRC: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_