



**ADULTOS SANOS SIN DEPENDIENTES (ABAWDS)  
REQUISITO DE TRABAJO DE SNAP - PETICIÓN DE EXENCIÓN**

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

Nombre  
del Caso: \_\_\_\_\_

Número del Caso/IES: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Complete esta sección para solicitar una exención del requisito de trabajo de SNAP (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional). Se le puede pedir que provea pruebas de que califica para una exención. Si su petición es negada tendrá que cumplir con el requisito de trabajo de SNAP para mantener su elegibilidad de los beneficios de SNAP. Tiene el derecho de apelar la decisión.

**Solicito estar exento de cumplir con el requisito de trabajo de SNAP porque:**

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Estoy físicamente o mentalmente imposibilitado para trabajar, o estoy embarazada.  |
| <input type="checkbox"/> Soy estudiante, matriculado por lo menos medio tiempo en una escuela de educación superior o programa de entrenamiento. Debe cumplir con los requisitos especiales de elegibilidad para estudiantes. |
| <input type="checkbox"/> Estoy en un programa de tratamiento y rehabilitación para la adicción de las drogas o del alcoholismo.   |
| <input type="checkbox"/> He solicitado para/recibo el Seguro de Desempleo.  |
| <input type="checkbox"/> Soy responsable del cuidado de una persona incapacitada.<br>(La persona incapacitada no tiene que vivir en el hogar con usted).  |
| <input type="checkbox"/> Vivo en un hogar del programa de SNAP con un niño menor de 18 años de edad.  |

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

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

Firma del Personal de FCRC:

**Esta sección debe ser completada por el Centro de Recursos Para Familias y Comunidad**

**Instrucciones: Permitir la exención mientras la solicitud de verificación esté pendiente. Complete esta sección cuando la verificación sea devuelta al FCRC.**

Su petición de exención ha sido revisada y hemos decidido:

Aprobar su petición de exención.

Negar su petición de exención.

Razón de la negación: \_\_\_\_\_

**Referencia de la póliza: PM 03-25-01**

**Referencia de la póliza: PM 03-25-01**

Nombre en Letras de Imprenta del Personal de FCRC: \_\_\_\_\_

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

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