

ABLE BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD) SELF-SCREENING EXEMPTION WORKSHEET

Client Name	Case Name and Number
Date	Worker PCN

A TODOS LOS CLIENTES DE CALFRESH ENTRE LAS EDADES DE 18 Y 49: A partir del 1ro de septiembre, 2019, las reglas de CalFresh dicen que usted tiene que trabajar, ser voluntario, o participar en ciertos programas de entrenamiento y empleo. Si no lo hace, sera limitado a tres meses de beneficios de CalFresh en un period de 36 meses. Algunas personas quedan excluidas (exenciones) de estas reglas.

POR FAVOR LLENE ESTA FORMA POR COMPLETO Y SELECCIONE TODAS LAS CAJAS QUE APLIQUEN A SU SITUACION

Podria ser necerario proveer verificaciones o dar informacion adicional a su trabajador/a.

SECCIÓN UNA- EXENCIONES

Esta sección ayudara al condado de Contra Costa determinar si usted puede ser exencionado de los requisitos de trabajo de ABAWD.

Tengo una discapacidad fisica, mental, o emocional, o otro problema personal que me impide trabajar por lo menos 80 horas por mes.

- Cuido un niño dependiente que tiene menos de 6 años de edad. (No necesita vivir con usted o ser su hijo)
- Cuido a una persona discapacitada. (La persona no tiene que vivir con usted)
- Estoy recibiendo o he aplicado para beneficios de desempleo.
- Estoy en un programa de tratamiento de abuso de droga o alcohol, o estoy luchando con un problema de abuso de substancias.
- Voy a la escuela o programa de entrenamiento por los menos mitad de tiempo completo.
- Vivo con un niño menor de 18 años de edad. (El niño tiene que estar en su caso de CalFresh)
- Estoy embarazada (Cualquier etapa de embarazo). Fecha de parto (si lo sabe): _____
- Estoy recibiendo o he aplicado para beneficios de discapacidad de cualquier fuente.
- Actualmente estoy sin hogar y no puedo satisfacer mis necesidades.
- Estoy escapando violencia domestica.
- Ninguno de los anteriores/cajas arriba.

SECCIÓN DOS – Cumplir con el requisito de trabajo

Por favor diganos si usted ya esta trabajando o participa en una actividad que podra cumplir con el requisito de trabajo de ABAWD.

- Estoy trabajando por lo menos 20 horas por semana o 80 horas por mes (incluyendo empleo propio).
Nombre de Empleador y Numero de Horas: _____
- Estoy participando en actividades de entrenamiento de trabajo
Nombre de Programa: _____
- Estoy cumpliendo con actividades de servicio comunitario o trabajo voluntario por lo menos 80 horas al mes.
Nombre de Organizacion y numero de horas: _____
- Estoy haciendo trabajo para ingresos no en efectivo (trabajo a cambio de bienes o servicios como renta) por lo menos 80 horas al mes
- Estoy hacienda una combinacion de las actividades arriba. (complete todas las caja que apliquen y anote el numero de horas)
- Ninguno de los anteriores

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____