

Asistencia Nutricional (NA) Límites de Tiempo para Adultos Disponibles Sin Dependientes (ABAWD)

Un Adulto Disponible sin Dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés) es un participante de Asistencia Nutricional (NA, por sus siglas en inglés), que tiene entre 18 y 54 años, y no cumple con un requisito o una exención laboral. Estos participantes están limitados a tres meses completos de beneficios de NA en un período fijo de tres años.

Revise los requisitos y las exenciones de trabajo, si alguno de estos le corresponde a usted, marque las casillas, firme, feche y devuelva este formulario a la FAA.

Requisitos de Trabajo ABAWD

Trabajar al menos 20 horas a la semana (o un promedio de 80 horas al mes). Esto incluye cualquier combinación de:

- Trabajo remunerado
- Empleo por cuenta propia
- Trabajo voluntario
- Trabajo en especie: trabajo a cambio de comida, alquiler u otras necesidades. Los comprobantes deberán indicar el valor del trabajo y la cantidad de horas trabajadas

Participar y cumplir con los requisitos de trabajo de alguno de los programas siguientes durante al menos 20 horas a la semana:

- La red de avance profesional del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP CAN, por sus siglas en inglés), aparte de cualquier otro programa de búsqueda de trabajo o capacitación en lo mismo
TENGA EN CUENTA: El programa puede contener un componente de búsqueda de trabajo o capacitación en lo mismo cuando dicho componente sea menos de la mitad de las 20 horas a la semana requeridas
- El programa de la Ley de Innovación y Oportunidad en la Fuerza Laboral (WIOA, por sus siglas en inglés) o cualquier componente de la WIOA
- La Ley de Subsidio por Ajuste de Comercio (TAA, por sus siglas en inglés).
- Un programa de empleo y capacitación para veteranos ofrecido por el:
 - Departamento de Trabajo
 - Departamento de Asuntos de Veteranos

Cualquier combinación de trabajo y participación en un programa de trabajo durante al menos 20 horas a la semana

Exenciones de Requisitos de Trabajo ABAWD y NA

Menor de 18 años O personas de 55 años o mayores

Vive con una persona menor de 18 años que es miembro de la unidad presupuestaria, incluso si no tiene derecho a recibir beneficios de NA

No puede trabajar por motivos de salud física o mental

Embarazo

Sin hogar

Veterano que haya prestado servicios en la fuerzas armadas de los Estados Unidos, sin importar su estado de baja

De 24 años de edad o más joven y en cuidado de crianza temporal cuando el participante cumpla 18 años

Participar en un programa de tratamiento de drogas o alcohol

Proveer para una persona incapacitada

Recibe Seguro por Desempleo (UI, por sus siglas en inglés) o tiene una solicitud de UI pendiente

Asistir a la escuela, programa de capacitación o universidad al menos medio tiempo

Participar y cumplir con los requisitos de trabajo de uno de los siguientes programas:

- Programa Jobs de Asistencia en Efectivo (CA, por sus siglas en inglés),
- Programa de Empleo para Reubicación de Refugiados,
- Programa de Oportunidades de Empleo para Indígenas Estadounidenses (NEW por sus siglas en inglés)
- Programas de Empleo para TANF Tribal

Recibir Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés)

Ganar una cantidad igual o superior al salario mínimo federal multiplicado por 30 horas a la semana, independientemente del número de horas trabajadas. (Un total de al menos \$217.50 por semana u \$870 por mes.)

Un trabajador agrícola migrante o estacional bajo contrato o acuerdo para regresar al trabajo dentro de los 30 días calendario

Puede demostrar una buena causa para no cumplir con los requisitos de trabajo:

En algunos casos, una persona que está empleada y que ha estado cumpliendo con el requisito de trabajo de 20 horas a la semana (o un promedio de 80 horas por mes) puede tener una buena causa para no cumplir con el requisito de trabajo o participación. Una buena causa es una situación temporal que no está bajo el control de la persona. Algunos ejemplos de buena causa pueden ser enfermedad propia o de un miembro del hogar, falta de transporte, emergencia en el hogar o desastre natural.

Si cree que tiene una buena causa, infórmenos de inmediato para que podamos actualizar nuestros registros.

Vivir en un área geográficamente exenta (en tierras tribales, en las ciudades de Buckeye y Apache Junction, o fuera del condado de Maricopa)

Nombre del participante: _____ Número de caso: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Como Entregar su Información

Usted puede presentar su información en cualquiera de las siguientes maneras:

1. Cuentas Health-e-Arizona Plus SOLAMENTE: Puede usar su cuenta en línea para:
Escanear y subir la verificación, O
Imprima las portadas de fax de Health-e-Arizona Plus y la verificación por fax al número que figura en la portada del fax.
2. Devuélvelo por correo a:
Department of Economic Security
P. O. Box 19009 Phoenix, AZ 85005-9009
Por favor, incluya su nombre en letra de molde y número de caso en cada documento que nos envíe.
3. Si no tiene una cuenta Health-e-Arizona Plus, envíe un fax a:
602-257-7031, si envía faxes desde los códigos de área 602, 480 o 623; o
1-844-680-9840, LLAMADA GRATUITA si envía faxes desde cualquier otro código de área.
Por favor, incluya su nombre en letra de molde y número de caso en cada documento que nos envíe por fax.
4. Lleve este aviso a la oficina de Administración de Asistencia para Familias del Departamento de Seguridad Económica

Oportunidades de Empleo y Capacitación

Si no cumple con una exención de ABAWD y actualmente no cumple con los requisitos laborales de ABAWD, puede comunicarse con la Red de Avance Profesional del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP CAN) para obtener ayuda. Los proveedores del programa SNAP CAN tienen recursos que pueden ayudarlo a cumplir con sus requisitos laborales para ABAWD. Los proveedores del programa SNAP CAN pueden pagar los gastos que sean razonablemente necesarios y directamente relacionados con la participación en el programa, tales como:

- Transporte
- Cuidado de niños
- Artículos o equipos de seguridad personal
- Otros costos requeridos razonables, como herramientas, libros y uniformes

Para cualquier mes que cumpla con el requisito de trabajo, el límite de tiempo no se le aplicará.

Para obtener información sobre SNAP CAN:

-Visite el sitio web de SNAP CAN en www.azsnapcan.com.

Los servicios de empleo están disponibles para cualquier miembro del hogar a través de ARIZONA@WORK.

Para información sobre ARIZONA@WORK:

-Visite el sitio web ARIZONA@WORK en arizonaatwork.com

Recuperar la Elegibilidad Después de que Terminen sus Beneficios

Cuando un participante pierde la elegibilidad para NA por haber alcanzado el límite de tiempo de 3 meses, el participante puede recuperar la elegibilidad cuando ocurra cualquiera de las siguientes:

1. Cumple con el requisito de trabajo ABAWD al completar cualquiera de los siguientes en un periodo de 30 días:
 - Trabaja 80 horas
 - Participar en un programa de trabajo de 80 horas
 - Tiene una combinación de trabajo y participación en un programa de trabajo durante 80 horas
2. Cumple con cualquier exención
3. Ingresa a un nuevo periodo de tres años, el periodo de tres años se reinicia el 01/01/2025.

No hay límite para la cantidad de veces que un ABAWD puede recuperar la elegibilidad cuando cumple con los criterios anteriores.

Los ABAWD pueden ser elegibles por un periodo de extensión, que son tres (3) meses adicionales de beneficios de NA. Los ABAWD pueden ser potencialmente elegibles cuando todo lo siguiente se aplica al participante ABAWD:

- Se determinó que no era elegible para recibir tres meses contables de NA en el periodo actual de tres años.
- Cumplió con el requisito de trabajo ABAWD durante cualquier periodo de 30 días consecutivos y ya no cumple con el requisito de trabajo ABAWD.
- No ha recibido un periodo de extensión ABAWD en el periodo actual de tres años.

Si Tiene Preguntas o Necesita Ayuda

Contáctenos si necesita ayuda para obtener documentos u otra información en:

1. Llame al 1 (855) 432-7587 de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.
El número TTY/TTD para personas con dificultades para oír es 7-1-1
2. En persona en cualquier oficina de Administración de Asistencia para Familias del Departamento de Seguridad Económica

Informar Cambios

Debe informar cualquier cambio que se enumera a continuación antes del día 10 del mes siguiente al mes en que se produce el cambio.

- Cuando el ingreso bruto de su hogar suma más del 130% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) por mes (el ingreso bruto es el monto de su ingreso antes de cualquier deducción).
- Cuando es un adulto físicamente capaz entre 18 y 52 años sin hijos dependientes, deberá informar si sus horas de trabajo se reducen a menos de 80 horas mensuales.
- Cuando cualquier miembro del hogar recibe ganancias de lotería o juegos de azar de \$4250 o más en un solo juego.

Asistencia Legal Gratuita

Para Asistencia Legal Gratuita, puede comunicarse con:

- En los condados de Maricopa, Mohave, Yavapai, y Yuma: Community Legal Services (Servicios Legales para la Comunidad) en www.claz.org o 1 (800) 852-9075
- En los condados de Apache, Cochise, Gila Graham, Greenlee, Navajo, Pima, Pinal y Santa Cruz: Southern Arizona Legal Aid en www.sazlegalaid.org o 1 (800) 640-9465
- En el condado de Coconino: DNA-People's Legal Services en www.dnalegalservices.org o 1 (800) 798-5781

Estos programas de asistencia legal gratuitos no son una parte del DES o AHCCCS.

Reglas que Usamos para Tomar Nuestra Decisión

Límite de tiempo para adultos físicamente capaces: 7 Código de Regulaciones Federales (CFR) sección 273.7

Ley General de Responsabilidad Fiscal del 2023

Dónde Encontrar las Reglas

Puede encontrar estas leyes en cualquiera de los siguientes:

- En una biblioteca pública
- En Internet en www.ecfr.gov/
- Solicitando una copia en cualquier oficina de Administración de Asistencia para Familias del Departamento de Seguridad Económica

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

1. **correo:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o
2. **fax:**
(833) 256-1665, o (202)-690-7442; o bien por
3. **correo electrónico:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Available in English on-line or at the local office.