

Des exigences de travail entrent bientôt en vigueur pour de nombreux bénéficiaires du programme d'aide alimentaire supplémentaire (SNAP).

Prenez des mesures dès maintenant pour conserver vos prestations!

À compter du 1^{er} septembre 2025, de nombreux adultes devront travailler au moins 20 heures par semaine pour continuer à bénéficier des prestations SNAP. Ces règles de travail ne s'appliquent pas aux personnes bénéficiant d'une exemption. Si vous n'êtes pas exempté(e) et ne travaillez pas 20 heures par semaine, vous ne pourrez bénéficier des prestations SNAP que pendant 3 mois sur une période de 3 ans.

Vous n'êtes pas tenu(e) de respecter les exigences de travail relatives aux prestations SNAP si:

- Vous souffrez d'un problème de santé physique ou mentale qui réduit votre capacité à travailler ;
- Vous gagnez au moins 217,50 \$ par semaine avant impôts (taxes) ;
- Vous avez des enfants de moins de 14 ans ;
- Vous avez moins de 18 ans ou au moins 65 ans ;
- Vous bénéficiez d'une prestation d'invalidité telle que SSI ou SSD ;
- Vous êtes inscrit(e) à temps partiel ou plus dans une école ou un programme de formation ;
- Vous bénéficiez d'une autre exemption, par exemple si vous êtes enceinte ou si vous recevez une allocation chômage.
- Vous êtes en situation de sans-abri ;
- Vous êtes incapable de travailler à cause de violences domestiques ;
- Vous vous occupez d'une personne malade ou âgée.

Que faire si mon problème de santé réduit ma capacité à travailler?

- Apportez le formulaire figurant au verso de ce dépliant à votre professionnel de santé, comme votre médecin ou votre thérapeute. Demandez-lui de le signer dès maintenant.
- Les personnes munies du formulaire médical signé pourront conserver leurs prestations SNAP.
- Même si vous travaillez actuellement, il est recommandé de faire signer ce formulaire afin de protéger vos prestations SNAP en cas de changement de vos horaires de travail.
- Une fois que les exigences de travail seront en vigueur, vous pourrez soumettre ce formulaire signé au Bureau d'assistance du comté afin de maintenir votre SNAP.

Faites signer ce formulaire d'exemption médicale sans tarder! Sinon, vous risquez de perdre votre SNAP dès la fin du mois de novembre.

Visitez clsphila.org/SNAPchanges pour obtenir les informations les plus récentes sur la manière de protéger vos prestations SNAP.



CAO NAME AND ADDRESS

--



Pennsylvania

Department of Human Services

CASE IDENTIFICATION

CO	RECORD NUMBER	CAT	CSLD	DIST
RECORD NAME				DATE

SNAP Medical Exemption Form

Dear Medical Provider or School Official:

For some students and certain other adults, eligibility for Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits may be restricted or time-limited. Individuals can be exempt from this requirement if they are medically certified as physically or mentally unfit for employment. Please help us determine whether your patient or student meets an exemption due to a physical or mental condition that limits their ability to work.

Patient/Student name: _____ Date of birth: _____

Patient/Student authorization:

I hereby authorize the release of the medical, rehabilitation participation, and/or reasonable accommodation information requested to the Pennsylvania Department of Human Services.

Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____

Please answer the relevant questions below. Once completed, sign and date this form including your title or position in your agency.

Questions 1 and 2 may be completed by a physician, physician's assistant, designated representative of the physician's office, nurse practitioner, osteopath, psychologist, drug and alcohol abuse counselor, mental health counselor, social worker, midwife, podiatrist, audiologist, physical therapist, occupational therapist, optometrist, or any other medical personnel whose services may be reimbursed by Medical Assistance.

Question 3 may be completed by any medical provider listed above or by a school official familiar with the services the individual is receiving. **Only complete Question 3 if the individual is enrolled in school half-time or more.**

1. Does this individual have a mental or physical condition or illness that reduces their ability to work?
(NOTE: The condition may be either temporary or permanent and does not need to meet the Social Security standard to qualify. For students, consider the individual's ability to work while also attending school.)
 Yes No If **yes**, specify condition: _____

2. Is this individual participating in a drug/alcohol treatment or counseling program, mental health counseling program, or a vocational rehabilitation program?
 Yes No If **yes**, specify program: _____
 If **ongoing**, specify date program will end: ____ / ____ / ____

3. Does this individual currently receive reasonable accommodations or other assistance from a postsecondary institution's disability access or reasonable accommodations office?
 Yes No If **yes**, specify condition: _____

By signing, I certify that all information provided above is true and accurate.

Name (please print)

Title/profession

Signature

____ / ____ / ____
Date form signed

Address and phone number