

Persyaratan Kerja akan Diberlakukan untuk Banyak Orang di SNAP.

Ambil Tindakan agar Manfaat Anda tetap Terjaga!

Dimulai paling awal pada 1 September 2025, banyak orang dewasa harus bekerja 20 jam seminggu untuk mempertahankan SNAP mereka. Aturan kerja ini tidak berlaku untuk orang yang memenuhi pengecualian. Jika Anda tidak dikecualikan atau bekerja 20 jam seminggu, Anda hanya dapat mendapatkan 3 bulan SNAP dalam 3 tahun.

Anda TIDAK harus memenuhi persyaratan kerja SNAP jika:

- Anda memiliki kondisi fisik atau jiwa yang mengurangi kemampuan Anda dalam bekerja;
- Anda mendapatkan setidaknya 217,50USD dalam satu minggu sebelum dikurangi pajak;
- Anda memiliki anak di bawah 14 tahun;
- Anda berusia di bawah 18 tahun atau setidaknya berusia 65 tahun;
- Anda mendapatkan manfaat disabilitas seperti SSI atau SSD;
- Anda terdaftar di sekolah atau pelatihan setidaknya separuh waktu;
- Anda memenuhi pengecualian lain, seperti sedang hamil atau menerima Kompensasi Pengangguran
- Anda adalah tunawisma;
- Anda tidak dapat bekerja karena mengalami kekerasan dalam rumah tangga;
- Anda merawat seseorang yang sakit atau lanjut usia.

Bagaimana jika masalah kesehatan saya mengurangi kemampuan saya dalam bekerja?

- Ambil formulir di belakang selebaran ini dan serahkan ke penyedia kesehatan Anda, seperti dokter atau terapis. Minta mereka untuk menandatangani.
- Warga yang memiliki formulir medis yang telah ditandatangani akan tetap dapat menerima bantuan SNAP.
- Bahkan jika Anda bekerja sekarang, ini langkah yang bagus agar formulir ini ditandatangani untuk melindungi SNAP Anda jika jam mengalami perubahan.
- Setelah persyaratan kerja dimulai, Anda dapat mengirimkan formulir bertandatangan ini ke Kantor Bantuan Daerah untuk mempertahankan manfaat Anda.

Segera minta formulir pengecualian medis ini ditandatangani! Jika tidak, Anda dapat kehilangan SNAP segera setelah akhir November.

Kunjungi clsphila.org/SNAPchanges untuk mengetahui informasi terbaru tentang cara untuk tetap menerima bantuan 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	