

# O programa SNAP terá requisitos de trabalho para muitas pessoas.

## Mantenha a atenção para não perder seus benefícios!

A partir de 1.º de setembro de 2025, muitos adultos precisarão trabalhar 20 horas semanais para manter seu benefício do SNAP (Programa de Assistência para Nutrição Suplementar). Essas regras de trabalho não se aplicam a pessoas que se enquadrem em alguma exceção. Se você não está entre as exceções e não trabalhar 20 horas semanais, só poderá obter 3 meses de SNAP em 3 anos.

### Você NÃO precisa atender aos requisitos de trabalho do SNAP se:

- Você tem uma condição física ou mental que reduz a sua capacidade de trabalhar;
- Você recebe ao menos US\$217,50 por semana (antes de impostos);
- Você tem filhos menores de 14 anos de idade;
- Você tem menos de 18 ou no mínimo 65 anos;
- Você recebe um benefício por deficiência, como o SSI (Renda Suplementar de Segurança) ou SSD (Seguro Social para Deficiências);
- Você está matriculado(a) em uma escola ou treinamento por, no mínimo, meio período;
- Você está incluído(a) em outra exceção, por exemplo, por gravidez ou recebendo Seguro Desemprego.
- Você não tem uma casa onde morar;
- Você não consegue trabalhar por conta de violência doméstica;
- Você está cuidando de um idoso ou alguém que está doente.

### E se a minha condição de saúde reduzir a minha capacidade de trabalhar?

- Leve o formulário no verso deste panfleto ao seu provedor de cuidados saúde, como seu médico ou terapeuta. Peça-os para assinar o formulário.
- Pessoas com o formulário médico assinado poderão manter o SNAP.
- Mesmo que esteja trabalhando neste momento, é uma boa ideia ter o formulário assinado para proteger seu benefício SNAP, caso sua carga horária mude.
- Quando os requisitos de trabalho entrarem em vigor, você poderá enviar esse formulário ao County Assistance Office (Gabinete Distrital de Assistência) para manter seus benefícios.

### Obtenha a assinatura neste formulário de exceção médica o mais rápido possível! Do contrário, você poderá perder seu benefício SNAP no final de novembro.

Visite [clsphila.org/SNAPchanges](https://clsphila.org/SNAPchanges) para ter as informações mais atualizadas sobre como proteger o seu 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.**

- 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: \_\_\_\_\_
- 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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- 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