

Для программы SNAP ожидаются требования к трудоустройству, которые затронут многих людей.

Примите меры, чтобы сохранить доступ к льготам!

С 1 сентября 2025 г. многим взрослым будет необходимо работать 20 ч в неделю, чтобы сохранить доступ к SNAP. Эти новые требования не применяются к людям, подпадающим под исключения. Если на вас не распространяются эти исключения и вы работаете меньше 20 ч в неделю, вам будут доступны только 3 месяца поддержки SNAP в течение 3 лет.

Новые требования НЕ распространяются на вас в указанных ниже случаях:

- ваше состояние физического или психического здоровья ограничивает вашу трудоспособность;
- вы зарабатываете не менее 217,50 долл. США в неделю до вычета налогов;
- у вас есть дети младше 14 лет;
- Вам меньше 18 или не менее 65 лет;
- вы получаете льготы по состоянию здоровья, например SSI или SSD;
- вы получаете образование или проходите обучение, занимающее не менее половины стандартного рабочего времени;
- на вас распространяется иное исключение, например беременность или пособие по безработице.
- Вы бездомны;
- Вы не можете работать из-за домашнего насилия;
- Вы ухаживаете за больным или пожилым человеком.

Что делать, если мое состояние здоровья ограничивает трудоспособность?

- Передайте форму на оборотной стороне этой листовки своему медицинскому специалисту, например лечащему врачу или психотерапевту. Попросите специалиста подписать ее.
- Лица, подписавшие медицинскую форму, смогут сохранить право на получение пособий по программе дополнительной продовольственной помощи (SNAP).
- Даже если в настоящий момент вы работаете, стоит заранее отдать эту форму на подпись, чтобы надежнее защитить ваш доступ к льготам SNAP на случай изменения рабочего расписания.
- Когда новые требования вступят в силу, отправьте подписанную форму в Окружную службу помощи (County Assistance Office, CAO), чтобы сохранить доступ к льготам.

Заполните эту форму в ближайшее время! Если этого не сделать, вы можете потерять доступ к SNAP уже в конце ноября.

Чтобы получить самую актуальную информацию о том, как защитить право на получение пособий по программе SNAP, посетите страницу clsphila.org/SNAPchanges.



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