

Se implementarán requisitos laborales para muchas personas que reciben SNAP.

¡Tome medidas para conservar sus beneficios!

Empezando tan pronto como el 1 de septiembre de 2025, muchas personas adultas deberán trabajar 20 horas por semana para mantener su Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). Estas reglas laborales no se aplican a las personas que cumplen los requisitos para una exención. Si usted no tiene una exención y no trabaja al menos 20 horas por semana, solo podrá recibir SNAP por 3 meses en un período de 3 años.

NO tiene que cumplir con los requisitos laborales de SNAP si:

- Usted tiene una condición de salud física o mental que reduce su capacidad para trabajar.
- Usted gana por lo menos \$217.50 por semana antes de los impuestos.
- Usted tiene hijos menores de 14 años.
- Tiene menos de 18 años o 65 años o más;
- Usted recibe beneficios por discapacidad, como SSI o SSD.
- Usted está inscrito en la escuela o en un programa de capacitación al menos medio tiempo.
- Usted cumple con otra exención, como estar embarazada o recibir compensación por desempleo.
- Está en situación de calle;
- No puede trabajar debido a violencia doméstica;
- Está a cargo del cuidado de alguien enfermo o mayor.

¿Qué pasa si mi condición de salud limita mi capacidad para trabajar?

- Lleve el formulario que se encuentra en el reverso de este folleto a su proveedor de salud, como su médico o el terapeuta. Pídale que lo firme ahora.
- Las personas que presenten el formulario médico firmado podrán conservar sus beneficios de SNAP.
- Aunque usted esté trabajando ahora, es una buena idea que este formulario sea firmado para proteger sus beneficios SNAP en caso de que cambien sus horas de trabajo.
- Una vez que comiencen a aplicarse los requisitos laborales, podrá presentar este formulario firmado en la Oficina de Asistencia del Condado para conservar los beneficios.

¡Obtenga este formulario de exención médica firmado pronto! Si no lo hace, podría perder los beneficios SNAP tan pronto como a finales de noviembre.

Visite clsphila.org/SNAPchanges para obtener la información más actualizada sobre cómo proteger sus beneficios de 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