

¿Qué es ABAWD y qué significa? ABAWD significa Adultos Capaces Sin Dependientes y es un término dentro del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) para identificar a las personas entre 18 y 64 años que no tienen discapacidades o que no tienen hijos de 13 años o menos. Los ABAWD solo pueden recibir beneficios de SNAP durante 3 meses dentro de un período de 36 meses, a menos que cumplan ciertos requisitos de trabajo o estén exentos.

La hoja de evaluación ABAWD que aparece a continuación incluye una serie de preguntas para ayudar a determinar si alguien está sujeto a los requisitos de trabajo desde que se aprobó la H.R.1. La evaluación debe completarse al momento de la solicitud, la reevaluación y cualquier cambio intermedio para cada cliente.

ABAWD Formulario de Evaluación

Nombre del Jefe de Hogar: _____ Apellido: _____ ID de Caso: _____ Fecha: _____
 Oficina del Distrito: _____

Preguntas sobre el hogar		SÍ	NO
1.	¿13 años o menor en el caso de SNAP?		
2.	Nativo americano: ¿Indio americano, indio urbano o indio de California?		
3.	¿Tiene 65 años o más?		
4.	¿Embarazada?		
5.	¿Discapacitado, no calificado para trabajar o experimentando una condición física o mental temporal o permanente que le impida trabajar?		
6.	¿Responsable de cuidar a una persona en su hogar que necesita ayuda con las actividades diarias?		
7.	¿Ha recibido o solicitado algún beneficio público o privado por discapacidad o enfermedad, como SSI, compensación laboral, beneficios por discapacidad de veteranos o servicios de rehabilitación vocacional?		
8.	¿Tiene 18 años o más y está inscrito en una escuela vocacional, universidad o entrenamiento al menos medio tiempo?		
9.	¿Recibiendo o esperando una decisión sobre los beneficios del seguro de desempleo?		
10.	¿Está participando en un programa de tratamiento para alcohol o drogas?		
11.	¿Recibiendo TCA y cumpliendo con el programa de trabajo asociado?		

✓Marque SÍ O NO para cada pregunta. ¿Hay alguien en su hogar:

✓Marque SÍ O NO y comente si es necesario. ¿Hay alguien en su hogar que reciba SNAP?:

Preguntas sobre empleo y servicio comunitario		SÍ	NO
¿Ha participado en servicio comunitario o voluntariado con una agencia local?			
Si es así, ¿dónde? (nombre de la empresa)	¿Cuántas horas por semana?		

¿Esta Empleado?			
Si es así, ¿dónde? (nombre de la empresa)		¿Cuántas horas por semana?	

✓ Marque SÍ O NO **¿Alguno de los miembros restantes del hogar:**

Revisión de Buena Causa	SÍ	NO
¿Está experimentando la falta de hogar o pasando la falta de vivienda?		
¿Tiene problemas de transporte?		
¿No puede trabajar debido a una condición de salud física o mental temporal o permanente, o enfrenta barreras como la violencia doméstica?		
¿Un trabajador agrícola migrante o temporal?		
¿Tiene problemas con el cuidado de los niños?		
¿Condenado por delito y está trabajando sin pago en lugar de cumplir condena?		

CONCLUSIÓN		SÍ	NO
¿Alguna de las preguntas anteriores fue respondida "Sí"?			
Si es así, por favor indique la persona del hogar.	¿Qué pregunta(s)?		