

# Encuesta sobre requisitos laborales



A partir del 1 de septiembre de 2019, algunos beneficiarios de CalFresh del condado de Alameda deberán cumplir determinados requisitos laborales. Las normas se aplican a cualquier beneficiario de CalFresh que tenga entre 18 y 49 años y que no viva con ningún niño en el hogar. Esta encuesta ayudará a determinar si usted está exento de cumplir con estos requisitos o si debe participar en actividades laborales aprobadas para continuar recibiendo los beneficios de CalFresh sin límite de tiempo.

**Complete la siguiente encuesta para ayudar a la Agencia de Servicios Sociales (Social Services Agency, SSA) a determinar sus beneficios futuros.**

*Es posible que deba proporcionar una verificación o proveerle información adicional a su trabajador.*



Nombre: \_\_\_\_\_ Número de caso (si se conoce): \_\_\_\_\_

Últimos cuatro dígitos del número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Díganos si ya trabaja o participa en una actividad que podría cumplir con el requisito laboral de adultos físicamente capaces sin dependientes (able-bodied adults without dependents, ABAWD).**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo al menos 20 horas por semana u 80 horas por mes (esto incluye el trabajo independiente). | <input type="checkbox"/> Hago actividades de servicio comunitario o trabajo de manera voluntaria al menos 80 horas por mes.                              |
| <b>Nombre del empleador:</b><br>_____   | <b>Nombre de la organización:</b> _____  |
| <b>Cantidad de horas laborables:</b> _____  | <b>Cantidad de horas:</b> _____  |
| <input type="checkbox"/> Participo en actividades de capacitación laboral.  | <input type="checkbox"/> Hago una combinación de las actividades anteriores (marque todas las casillas que correspondan e indique la cantidad de horas). |
| <b>Nombre del programa:</b> _____   |  |

**Es posible que esté exento de cumplir con los requisitos laborales si cualquiera de las siguientes opciones es válida para usted. (Marque todas las casillas que correspondan).**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tengo una discapacidad física, mental o emocional u otro problema personal que me impide trabajar al menos 80 horas en promedio por mes. | <input type="checkbox"/> Voy a la escuela o a una capacitación, como mínimo, a tiempo parcial.                     |
| <input type="checkbox"/> Tengo a mi cargo a un niño dependiente menor de 6 años. (No es necesario que viva con usted ni que sea su hijo).                         | <input type="checkbox"/> Vivo con un niño menor de 18 años. (El niño debe estar en su caso de CalFresh).           |
| <input type="checkbox"/> Tengo a mi cargo a una persona con discapacidad. (No es necesario que esta persona viva con usted).                                      | <input type="checkbox"/> Estoy embarazada (en cualquier etapa del embarazo). Fecha del parto (si se conoce): _____ |
| <input type="checkbox"/> Recibo o he solicitado beneficios por desempleo.   | <input type="checkbox"/> Recibo o he solicitado beneficios por discapacidad de cualquier fuente.                   |
| <input type="checkbox"/> Participo en un programa de tratamiento por drogadicción o alcoholismo, o estoy luchando contra un problema de abuso de sustancias.      | <input type="checkbox"/> Actualmente, no tengo hogar y no puedo satisfacer mis necesidades.                        |
|   | <input type="checkbox"/> Estoy huyendo de la violencia doméstica.  |

Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_