
Manual Revision Memorandum

ISD-MR 15-14

TO: ISD Employees & SL Start

FROM: *ML* Marilyn Martinez, Director, Income Support Division

DATE: November 12, 2015

RE: Forms Manual Revision for:

FSP 005 SNAP Work Participation Agreement (WPA) FSP-SP 005 WPA

Forms FSP 005 SNAP WPA and FSP-SP 005 WPA have been revised to reflect updates to the E&T program.

Instruction:

Replace all previous versions of the forms listed below.

Delete- FSP SNAP E&T Work Activity Revised 7-19-13
FSP-SP SNAP E&T Actividad de Trabajo Revised 7-19-13

Replace - FSP 005 SNAP Work Participation Agreement (WPA) 11-04-15
FSP-SP 005 WPA Actividad de Trabajo Revised 11-04-15

These forms have been posted to the forms drive: \\disfasv025\ISDForms

If you have questions regarding this MR, please contact Marisa Vigil (505)827- 1326 or by e-mail at marisa.vigil@state.nm.us.



**Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
Employment and Training (E&T)
Work Participation Agreement (WPA)**

You are required to participate in the E&T Program. This means you must complete the work activities described on this form to keep getting SNAP benefits.

Participant Name	Participant ID/Case Number	Participant Phone Number
SNAP Specialist's Name:	SNAP Specialist's Phone Number	Date:
Support Service Needed: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Transportation <input type="checkbox"/> Child Care (not available for ABAWDs)		
Register as a Job Seeker		
<input type="checkbox"/> You must register online at https://www.jobs.state.nm.us website or in person at any NM Workforce Solutions Office as a Job Seeker and provide verification of the registration to your SNAP Specialist.		Due Date: _____ 30 days from the date of the approved WPA. Due Date: _____
What is my Monthly work Activity?		
Activity	Activity Date	Monthly Assigned Hours
<input type="checkbox"/> Employment Detail of Activity/Notes: _____	_____ to _____	_____
<input type="checkbox"/> Job Search (ABAWDs: Must be less than 1/2 required activity hours) Detail of Activity/Notes: _____	_____ to _____	_____
<input type="checkbox"/> Work Experience Detail of Activity/Notes: _____	_____ to _____	_____
<input type="checkbox"/> Community Service Detail of Activity/Notes: _____	_____ to _____	_____
The number of hours you work must meet the minimum wage requirements. Below is how we calculated the number of hours you are required to complete per month. FLSA Calculator for Work Experience or Community Service: SNAP amount \$ _____ / Highest of Federal/State Hourly Minimum Wage \$ _____ = _____ FLSA Maximum Monthly Hours		
My signature shows that someone has explained the activities to me and I agree to all activities in this WPA. Participant Signature: _____ Date: _____		
<input type="checkbox"/> Phone Signature		

Notice of Rights

Special Needs Information: If you are a person with a disability and you require this information in an alternative format, or require a special accommodation to participate in any public hearing, program or services, please contact the Human Services Department, American Disabilities Act (ADA) coordinator at 1-505-827-7701 or through the New Mexico Relay System TDD at 1-800-659-8331 or by dialing 711. The Department requests at least 10 days advance notice to provide requested alternative formats and special accommodations. (Revised 09/15/14)

Your Civil Rights Nondiscrimination Statement: In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits.

Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (800) 632-8992.

Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C.
20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider. (Revised 10/14/15)

To file a complaint: through HSD of discrimination and/or rude treatment regarding a program receiving Federal or State financial assistance, a complaint form is available at the ISD office or you may write to: NM Human Services Department, ISD Civil Rights Director, P.O. Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348 or by fax (505) 827-7248.

Confidentiality: All information you give to HSD is confidential. This information will be given to HSD employees who need it to manage the programs for which you have applied. Confidential information may also be released to other federal and state agencies. All information will be used to determine eligibility and/or to provide services. (Revised 07/15/14)

This information may be given to other Federal and state agencies for official examination, and to law enforcement officials for the purpose of picking up persons fleeing to avoid the law. If you get benefits that you were not eligible for and have to pay them back, this is called a claim. If your household gets a claim against you, the information on this application including all Social Security Numbers, may be given to Federal and State agencies, as well as private claims collection agencies for claims collection action. You only have to give U.S. Citizenship and Social Security Numbers for those household members that you are applying for. You do not need to be a U.S. Citizen to apply.

Receiving SNAP/food, energy or medical assistance will not prevent you from becoming a lawful permanent resident or U.S. Citizen. Non-citizen immigrants not requesting assistance for themselves, do not need to give immigration status information, Social Security Numbers, or other similar proofs; however, they must give proof of income and things they own because part of their income and things they own may count towards the household's eligibility for assistance. Certain benefits may be available for people without a Social Security Number; ask ISD.

We also check with other agencies, the federal Income and Eligibility Verification Service (IEVS) and The Public Assistance Reporting Information System (PARIS) about the information that you give us. This information may affect your household eligibility and benefit amount.



**Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental (SNAP)
Empleo y capacitación (E & T)
Acuerdo de participación laboral (WPA)**

Usted debe participar en el programa de E & T. Esto significa que debe completar las actividades laborales que se describen en este formulario para continuar recibiendo los beneficios del SNAP.

Nombre del participante	Número de ID de participante/caso:	Número de teléfono del participante:
Nombre del especialista en SNAP:	Número de teléfono del especialista en SNAP:	Fecha:
Servicio de apoyo necesario: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Cuidado infantil (no disponible para adultos sin discapacidades y sus dependientes)		
Regístrese como solicitante de empleo		
<input type="checkbox"/> Debe registrarse como solicitante de trabajo en línea, en el sitio web https://www.jobs.state.nm.us , o en persona, en cualquier oficina de Soluciones para la Fuerza Laboral de NM, y proporcionar a su especialista en SNAP una verificación de que se ha registrado.		Fecha de vencimiento: 90 días a partir de la fecha de aprobación de WPA. Fecha de vencimiento: _____
¿Cuál es mi actividad laboral mensual?		
Actividad	Fecha de la actividad	Horas asignadas al mes
<input type="checkbox"/> Empleo Detalle de la actividad/notas: _____	_____ al _____	_____
<input type="checkbox"/> Búsqueda laboral (adultos sin discapacidades y sin dependientes: debe ser inferior a la 1/2 de las horas requeridas de la actividad) Detalle de la actividad/notas: _____	_____ al _____	_____
<input type="checkbox"/> Experiencia laboral Detalle de la actividad/notas: _____	_____ al _____	_____
<input type="checkbox"/> Servicio comunitario Detalle de la actividad/notas: _____	_____ al _____	_____
<p>La cantidad de horas que trabaje debe cumplir con los requisitos de salario mínimo. A continuación, detallamos el cálculo de la cantidad de horas que debe trabajar por mes.</p> <p>Calculador de la Ley de normas razonables de trabajo (FLSA) según experiencia laboral o servicio comunitario: Monto del SNAP \$ _____ / Salario mínimo por hora más elevado a nivel federal/estatal \$ _____ = _____ Horas mensuales máximas según la FLSA</p>		
<p>Al firmar, manifiesto que alguien me ha explicado todas las actividades que se describen en este WPA y que estoy de acuerdo con ellas.</p>		
Firma del participante: _____		Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Teléfono Firma		

AVISO DE DERECHOS

Información de Necesidades Especiales Si Ud. es una persona con alguna incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere algún tipo de acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicios, comuníquese con el Coordinador de La Ley de Estadounidenses con Discapacidades del Departamento de Servicios Humanos llamando al número 1-505-827-7701, o a través del Sistema de Retransmisión de Nuevo México TDD al 1-800-659-8331 o puede oprimir 711. El Departamento solicita la comunicación previa de por lo menos 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (Revisado 09/15/14)

Sus Derechos Civiles / Declaración de no discriminación

En conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA"), sus agencias, funcionarios y empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar en base a raza, color, nacionalidad, sexo, religión, discapacidad, edad, convicciones políticas, o ejercer represalias o castigos por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (es decir, Braille, impresión en letra grande, cintas de audio, idioma de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde hayan solicitado los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio Federal de transmisión) al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además de inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA) que puede encontrar en el internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992.

Envíe al USDA su formulario completo o carta por uno de los siguientes medios:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. (Revisado 10/14/15)

Para presentar una denuncia de discriminación referente a un programa que reciba asistencia financiera federal por medio del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services; HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades. (Revisado 07/15/14)

Para presentar una queja por parte de HSD de la discriminación y/o el tratamiento grosero con respecto a un programa donde reciba asistencia financiera federal o estatal, un formulario de queja está disponible en la oficina de ISD o usted también puede escribir a: HHS Human Services Department, ISD Rights Director, P.O. Box 2348 Santa Fe, 87504-2348 o enviarlo por fax al (505)-827-7241.

Confidencialidad

Toda la información que usted provea es confidencial. Esta información será dada a los empleados del Departamento de Servicios Humanos (HSD por sus siglas en Inglés) que necesitan supervisar los programas a los cuales usted está aplicando. Información confidencial podría ser liberada a otras agencias federales y estatales.

Toda información podrá ser utilizada para determinar elegibilidad y/o proveer servicios. (Revisada 07/15/14)

Esta información podría ser dada a otras agencias Federales y Estatales para revisión oficial, y a oficiales de aplicación de la ley con el propósito de arrestar personas huyendo de la ley.

Si usted recibe beneficios que usted no era elegible y tiene que devolverlos, ésto se llama una reclamación. Si su hogar recibe una reclamación en su contra, la información provista en esta aplicación incluyendo Números de Seguro Social, podrían ser dados a las agencias Federales y Estatales para la acción de colección de reclamaciones. Usted solo tiene que proveer Estatus de Ciudadanía y Números de Seguro Social por aquellos miembros por los cuales usted está aplicando en su hogar. Usted no tiene que ser un Ciudadano de los Estados Unidos para aplicar.

Ser recipiente de los beneficios de SNAP/comida, energía o asistencia médica no le evita el hacerse un residente permanente legal (LPR por sus siglas en Inglés) o aplicar para ser ciudadano de los Estado Unidos.

Inmigrantes no ciudadanos que no estén pidiendo asistencia para ellos mismos, no tienen que dar información acerca de su estatus de ciudadanía, Números de Seguro Social, u otras pruebas similares, sin embargo, ellos tienen que proveer prueba de ingreso y cosas que poseen ya que parte de estas cosas cuentan al establecer la elegibilidad del hogar. Ciertos beneficios podrían estar disponibles para personas sin Número de Seguro Social, así que pregunte en el Departamento de Apoyo de Ingresos (ISD por sus siglas en Inglés).

Nosotros también verificamos con otras agencias, El Servicio Federal de Ingreso y Verificación de Elegibilidad (IEVS por sus siglas en Inglés) y el Sistema de Reporte de Información de Asistencia Pública (PARIS por sus siglas en Inglés) acerca de la información que usted proveyó. Esta información podría afectar la elegibilidad y cantidad de beneficios recibidos de su hogar.

RESCINDED