
Manual Revision Memorandum

ISD-MR 15-73

TO: ISD Employees

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

DATE: December 29, 2015

RE: Forms Manual Revision for FSP 400 Verification of Able Bodied Adult Time Limit Requirement / FSPSP 400 Requisito de verificación de tiempo límite para adultos aptos

Forms FSP 400 / FSPSP 400 "Verification of Able Bodied Adult Time Limit Requirement" have been created to verify the Able Bodied Adult SNAP participant is meeting their work activity requirement.

Instruction:

New- FSP 400 Able Bodied Adult Time Limit Form
FSPSP 400 Requisito de verificación de tiempo límite para adultos aptos

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

If you have questions regarding this MR, please contact Samuel Peinado at (505) 827-7219 or by e-mail at Samuel.Peinado@state.nm.us.

Attachments: FSP 400 Verification of Able Bodied Adult Time Limit Requirement
FSPSP 400 Requisito de verificación de tiempo límite para adultos aptos

Verification of Able Bodied Adult Time Limit Requirement

Give this form to the following:

- By Mail: CASA , P.O. Box 830, Bernalillo, NM 87004
- By Fax: (855) 804-8960
- Online at <https://www.yes.state.nm.us>
- In person at your local ISD office

SNAP rules say that you are limited to 3 months of SNAP benefits unless you work, volunteer, and/or participate in certain employment and training programs. These rules do not apply to all SNAP clients. At this point the information the department has, does not indicate that you meet a Federal work requirement exemption or a Federal time limit exception or an approved waiver. If you disagree or your circumstances have changed please contact ISD. Use this form to tell us about your situation so we can determine if you are already meeting the requirements or how you will meet these requirements. Give this completed form and any verification to ISD (if required). If you have questions or need help, call Customer Service Call Center at (800) 283-4465. Please read and or complete sections 1-5.

Section 1: Client Information

Print Name: _____

Case Number: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Section 2: Check all that apply to you

I am working 20 hours a week (or an average of 80 hours monthly). Working 20 hours per week, averaged monthly; 20 hours per week averaged monthly means 80 hours per month. Work is defined as:

- (a) work in exchange for money;
- (b) work in exchange for goods or services ("in kind" work); or
- (c) unpaid work, which includes work without compensation that gives a person

experience in a job or industry, tests a person's job skills, or involves volunteer time and effort to a not-for-profit organization.

I am doing work experience. Work experience includes: On-the-job skills training, and/or Work experience related to your occupational interests.

You may choose to use SL Start to find work experience. The number of hours necessary for compliance in this component are calculated in accordance with 7 CFR 273.7(e)(1); the total number of hours that you need to complete will be determined by dividing your total amount of SNAP benefits by the State or Federal minimum wage, whichever is higher.

I am doing volunteer work or community service work. Volunteer or community service provides on-the-job skills training and assists the communities of participants. This type of activity can include: On-the-job skills training and or Work-like experience; the total number of hours that you need to complete will be determined by dividing your total amount of SNAP benefits by the State or Federal minimum wage, whichever is higher.

*You may choose to use SL Start to find volunteer work or community service. The number of hours necessary for compliance in this component are calculated in accordance with 7 CFR 273.7(e)(1); the total number of hours that you need to complete will be determined by dividing your total amount of SNAP benefits by the State or Federal minimum wage, whichever is higher.

I am doing something else. Explain: _____

Section 3: Information

- If you are not already doing any of the above activities and you need assistance finding work for the required hours you can contact the NMW Service Provider at (866) 664-4404.
- If you are meeting the requirements and your hours fall below what is required, you must report this change to ISD.
- To continue receiving SNAP benefits, able bodied adults must:
 - Work 20 hours per week, averaged monthly; for purposes of this provision, 20 hours per week averaged monthly means 80 hours per month. Work is defined as:
 - work in exchange for money;
 - work in exchange for goods or services ("in kind" work); or
 - unpaid work, which includes work without compensation that gives a person experience in a job or industry, tests a person's job skills, or involves volunteer time and effort to a not-for-profit organization.
 - Participate, for an average of 80 hours a month, in a combination of the E & T work program components found at 8.139.410.12(i) NMAC (<http://legisweb.com/legis/nmac/parts/title08/08.139.0410.htm>)
 - as long as the job search component is less than 50 percent of the total activities; or
 - Participate for an average of 80 hours a month, in a combination of (1) and (2) of this subsection.
- Good cause: As determined by the department, if an individual would have worked an average of 20 hours per week but missed some work for good cause, the individual shall be considered to have met the work requirement if the absence from work is temporary and the individual retains their job. Good cause shall include circumstances beyond the individual's control, such as, but not limited to, illness, illness of another household member requiring the presence of the member, a household emergency, or the unavailability of transportation.

Section 4: Verification

ISD will verify your activity using available electronic databases (including information in your case file) when possible. If ISD is unable to electronically verify, you will need to provide verification of the requirement to keep getting SNAP benefits (it must meet the departments standards for work):

Give us a letter from the place where you are or will complete your requirement.

The letter must include:

- The phone number and address where you work or will work.
- The number of hours (on average) you work or will work each month.
- The signature of a staff person and the date.

Section 5: Printed name of individual completing this form

Name: _____

Date: _____

Section 6: Name of staff member completing this form on behalf of participant

Name: _____

Date: _____

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](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (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 (866) 632-9992.

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 505-827-7241.

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 it, 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.

Rescinded 03/07/2016

Requisito de verificación de tiempo límite para adultos aptos

- De esta forma a los siguientes:**
- Por correo: CASA , P.O. Box 830, Bernalillo, NM 87004
 - Por Fax: (855) 804-8960
 - En línea a <https://www.yes.state.nm.us>
 - En persona en su oficina local de ISD

Las reglas de SNAP dicen que usted está limitado a 3 meses de los beneficios de SNAP a menos que trabaje, sea voluntario, y/o participe en ciertos programas de empleo y entrenamiento. Estas reglas no se aplican a todos los participantes de SNAP. A este punto la información que el departamento tiene no indica que usted cumple con los requisitos para una exención de trabajo Federal o una exención de tiempo límite Federal o una renuncia aprobada. Si usted no está de acuerdo o sus circunstancias han cambiado por favor comuníquese con ISD. Use este formulario para informarnos sobre su situación para que podamos determinar si ya está cumpliendo con los requisitos o como va a cumplir con estos requisitos. Entregue este formulario completo y cualquier verificación al ISD (si se requiere). Si usted tiene cualquier pregunta o necesita ayuda, llame al Servicio de atención al cliente a (800) 283-4465. Por favor lea y complete la sección del 1-5.

Sección 1: Información del solicitante

Nombre: _____ Número de caso: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Sección 2: Marque todas las que le apliquen a usted

- Estoy trabajando 20 horas a la semana (o un promedio de 20 horas al mes). Trabajando 20 horas por semana, en un promedio mensual; 20 horas por semana en un promedio mensual significa 80 horas al mes. El trabajo se define como:
- (a) Trabajar a cambio de dinero
 - (b) Trabajar a cambio de bienes o servicios "especies" de trabajo
 - (c) El trabajo no pagado, lo que incluye el trabajo sin compensación que le da una experiencia de la persona en una profesión o industria, pone a prueba las habilidades de trabajo de una persona, o implica tiempo y esfuerzo voluntario para una organización sin fines de lucro.
- Estoy haciendo experiencia laboral. Experiencia laboral incluye: En el puesto de trabajo la capacitación y/o experiencia laboral relacionada con sus intereses profesionales.
- *Usted puede optar por utilizar SL Start para encontrar su experiencia laboral. El número de horas necesarias para el cumplimiento en este componente se calcula de acuerdo a 7CFR 273.7 (e) (1); el número de horas que usted necesita completar se determinara dividiendo la cantidad total de los beneficios de SNAP por el salario mínimo del Estado o Federal, el que sea mayor.
- Estoy haciendo trabajo voluntario o trabajo de servicio comunitario. Voluntario o comunitario proporciona formación en el puesto de trabajo las habilidades y ayuda a las comunidades de los participantes. Este tipo de actividad puede incluir: Capacitación en el puesto de trabajo y las habilidades o experiencia similares con el trabajo.
- *Usted puede optar por utilizar SL Start para encontrar su trabajo voluntario o servicio comunitario. El número de horas necesarias para el cumplimiento en este componente se calculan de acuerdo a 7 CFR 273.7 (e) (1); el número total de horas que usted necesita completar se determinará dividiendo la cantidad total de los beneficios de SNAP por el salario mínimo del Estado o Federal, el que sea mayor.

Si estoy haciendo algo más.

Explique: _____

Sección 3: Información

- Si usted no ha hecho alguna de las actividades anteriores y necesita ayuda para encontrar un trabajo para las horas requeridas puede comunicarse con el proveedor de servicios NMW al número (866) 664-4434.
- Si está cumpliendo con los requisitos pero sus horas disminuyen por debajo de lo que se requiere, debe reportar este cambio al ISD.
- Para continuar recibiendo los beneficios de SNAP, adultos sin discapacidad deberán:
 - Trabajar 20 horas por semana, promedio mensual; para los efectos de esta disposición, 20 horas por semana en promedio mensual significa 80 horas al mes. Trabajo es definido como:
 - Trabajar a cambio de dinero.
 - Trabajar a cambio de bienes o servicios "especies" de trabajo.
 - Trabajo no pagado, lo que incluye el trabajo sin compensación que le da una experiencia de una persona en una profesión o industria, pone a prueba las habilidades de trabajo en una persona, o implica tiempo y esfuerzo para una organización sin fines de lucro.
 - Participar, por un promedio de 80 horas al mes, en una combinación del programa de trabajo E & T los componentes se encuentran en 8.139.410.12 (I) NMW (<https://164.64.110.239/nmac/parts/tittle08/08-139.04-10.htm>)
 - siempre y cuando el componente de búsqueda de empleo sea inferior al 50 por ciento de las actividades totales.
 - Participar por un promedio de 80 horas al mes, en una combinación de (1) y (2) de esta subsección.
- Buena causa: Es determinada por el departamento si una persona hubiera trabajado un promedio de 20 horas por semana, pero faltó al trabajo por causa justificada, el individuo se considerara que ha cumplido con el requisito de trabajo si la ausencia del trabajo es temporal y el individuo conserva su puesto de trabajo. Buena causa incluye circunstancias ajenas a la voluntad del individuo, tales como, pero no limitado a, la enfermedad, la enfermedad de otro miembro del hogar que requiera la presencia del miembro, una emergencia en el hogar o la falta de disponibilidad de transporte.

Sección 4: Verificación

ISD verificara su actividad utilizando bases de datos electrónicos disponibles (incluyendo información en su expediente) cuando sea disponible. Si ISD no puede verificar electrónicamente, tendrá que proporcionar la verificación de los requisitos para seguir recibiendo los beneficios de SNAP (necesita cumplir con los estándares del departamento para trabajar.)

Denos una carta del lugar donde usted esta o donde va a completar sus requisitos.

La carta deberá incluir:

- El número de teléfono y dirección donde usted trabaja o donde va a trabajar.
- El número de horas (en promedio) que trabaja o que va trabajar cada mes.

La firma de un miembro de personal y la fecha.

Sección 5: Nombre del individuo completando este formulario

Nombre: _____

Fecha: _____

Sección 6: Nombre del miembro del personal completando este formulario en nombre del participante

Nombre: _____

Fecha: _____

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 escribir al 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 09/13/14)

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 del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (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.inhake@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 empleados que ofrecen igualdad de oportunidades. (Revisado 07/15/14)

Para presentar una queja a través 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. Usted también puede escribir a: NM 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, esto 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 Estados 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, nosotros 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 pregúntele al 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 (ARIS 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.

Rescindida 03/07/2016