

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
Programa de Empleo y Capacitación de SNAP
FORMULARIO DE DERIVACIÓN AL PROGRAMA ABAWD

******* AVISO IMPORTANTE *******

Todos los solicitantes y beneficiarios del programa SNAP que son Adultos Sanos sin Dependientes [ABAWDs por sus siglas en inglés] DEBEN PARTICIPAR en el Programa de Empleo y Capacitación de SNAP. La persona nombrada a continuación ha sido designada como participante obligatorio del programa de ABAWD y se requiere que contacte por teléfono al Proveedor del Programa de E&T (Empleo y Capacitación) mencionado a continuación dentro de 10 días de la fecha de este aviso para iniciar su participación. El no hacerlo puede ocasionar que sea descalificado para recibir beneficios de SNAP.

Datos Personales del Participante

Nombre del Participante Obligatorio: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de Derivación: _____

Estatus:

ABAWD Obligatorio

No. de CHIP: _____ Condado: _____ Nombre del Caso: _____

Información de la Derivación

Nombre del Trabajador de Elegibilidad: _____ Teléfono: _____

Derivación del Participante al Siguiete Proveedor de E&T:

Goodwill de SC Teléfono: _____ | SC DEW Teléfono: _____

Mensaje del Proveedor de E&T al Personal de Elegibilidad

- El cliente no contactó al proveedor para programar la primera cita.
- El cliente no se presentó en la primera cita programada para el: _____
- El cliente está exento de Registro de Trabajo y/o de los requisitos del Programa de E&T (Empleo y Capacitación).
(Documentar el motivo de la exención a continuación):

Motivo de la Exención: _____

Firma del Personal del Proveedor de E&T

Fecha