

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 Siguiente 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