

CONOZCA SUS DERECHOS

CÓMO DEMOSTRAR QUE ESTÁ CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS LABORALES DE SNAP



Los recientes cambios en la legislación federal exigen que más adultos cumplan con los **requisitos laborales para conservar sus beneficios de SNAP (asistencia alimentaria)**. Conozca sus derechos y responsabilidades para proteger sus beneficios.

Cuando inician:

Estas reglas aplican cuando usted solicita o renueva los beneficios SNAP a partir del 1 de enero de 2026.

Qué tiene que hacer para cumplir con los requisitos:

Los adultos que reciben SNAP y deben cumplir con los requisitos laborales deben demostrar que trabajan 20 horas a la semana o un promedio de 80 horas al mes.

A quién aplica:

Adultos de 18 a 64 años que no están exentos. ¡Consulte nuestra hoja informativa sobre las exenciones!

Trabajar para cumplir con los requisitos significa:

- Trabajar a cambio de un salario o
- Trabajar a cambio de bienes y servicios.
- Ofrecer su tiempo como voluntario.

Cómo demostrar que cumple con los requisitos:

Entregue recibos de nómina, hoja de Asistencia u otra prueba de pago por el trabajo realizado para demostrar que cumple con los requisitos. También puede utilizar el formulario que se encuentra al reverso de esta hoja. Si necesita ayuda para documentar que cumple con los requisitos laborales, puede solicitarla a la División de Apoyo a los Ingresos (ISD, por sus siglas en inglés).

Si no cumple con estos requisitos durante 3 meses, perderá sus beneficios de SNAP por un máximo de 3 años o hasta que vuelva a cumplir con los requisitos.



Utilice este formulario para documentar que está trabajando o realizando trabajo voluntario para cumplir con los requisitos laborales de SNAP. Suba este formulario a su cuenta de YES NM o entréguelo a una oficina local de ISD.

Notificación de cumplimiento de los requisitos laborales de SNAP

Parte 1: Debe llenarlo la persona participante

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorización del participante: _____

Autorizo que la información solicitada a continuación se divulgue a New Mexico Income Support Division (División de Apoyo a los Ingresos de Nuevo México)

Firma del participante _____ Fecha _____

Parte 2: El Supervisor o el Personal del programa deben llenar esta información

Nombre del programa: _____

Nombre de la organización: _____

Dirección de la organización: _____

Tipo de organización:

Empleador _____

Agencia pública _____

Sin fines de lucro _____

Empresa privada _____

Otro _____

¿Se le pagó al participante? _____ Sí _____ No

Si es así, por favor indique el salario \$ _____

¿Cuántas horas trabaja o hace voluntariado a la semana el participante?: _____

¿Cuántas horas trabajó o hizo voluntariado el mes pasado el participante?: _____

¿El participante sigue haciendo voluntariado en el programa?: _____ Sí _____ No

Firma del personal del programa _____ Fecha: _____

Nombre impreso del personal del programa: _____

Cargo del personal del programa: _____ No. Teléfono: _____