

¿Qué tipo de asistencia ofrece la Estabilidad Económica del Departamento de Servicios para Niños y Familias?

- Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños (Child Care Assistance Program, CCAP): proporciona asistencia a las familias para ayudar a pagar la atención que se brinda a menores necesaria para poder trabajar, asistir a la escuela o a una capacitación.
- Programa de Asistencia Temporal para la Independencia de la Familia (Family Independence Temporary Assistance Program, FITAP): proporciona ayuda temporal con dinero en efectivo a familias de bajos ingresos que necesiten ayuda para los niños. Los beneficiarios de FITAP también reciben beneficios de Medicaid a través del Departamento de Salud y Hospitales.
- Programa de Asistencia para la Nutrición Complementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (anteriormente el Programa de Cupones para Alimentos): proporciona beneficios mensuales que ayudan a los hogares de bajos ingresos a comprar la comida que necesitan para tener una buena salud.
- Programa de Subsidios para el Cuidado de Familiares (Kinship Care Subsidy Program, KCSP): proporciona asistencia con dinero en efectivo para niños elegibles que residen con parientes distintos de sus padres, que cumplen los requisitos establecidos. Los beneficiarios de KCSP también reciben beneficios de Medicaid a través del Departamento de Salud y Hospitales.
- Para obtener más información sobre programas y servicios o para obtener información concreta sobre su caso, llame al 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578).

¿Cómo puede solicitar ayuda?

- Complete el formulario de solicitud de asistencia OFS 4APP.
- La solicitud de asistencia podrá hacerse en línea y presentarse por vía electrónica en el sitio web de DCFS en www.dcfslouisiana.gov.
- También pueden presentar la solicitud en línea o retirar una solicitud en papel en cualquiera de los [socios locales de su comunidad](#).
- Devuelva el formulario completo a cualquier oficina de DCFS del condado o distrito si completó una solicitud en papel.
- Se puede usar un formulario para solicitar asistencia de CCAP, FITAP, SNAP y KCSP.
- Puede presentar una solicitud por separado para SNAP. Ya sea que presente una solicitud de SNAP en papel o en línea con otro programa o por separado, su solicitud SNAP se procesará de acuerdo con los mismos procedimientos de SNAP, lo que incluye tiempos, avisos y requisitos de audiencia imparcial.
- Si presenta una solicitud para SNAP conjuntamente con otro programa y se le deniegan los beneficios del otro programa, no tiene que entregar otra solicitud para SNAP. No se le podrán denegar beneficios de SNAP sólo porque no sea elegible para recibir beneficios de otro programa.
- Determinaremos su elegibilidad para todos los programas para los cuales presente una solicitud.
- Se le tendrá que entrevistar si está solicitando FITAP, SNAP o KCSP.
- No se le tendrá que entrevistar si sólo está solicitando CCAP.
- Debe proporcionar verificación a la oficina de DCFS del condado o distrito donde presente la solicitud. La verificación se explica a continuación.

Si está solicitando:	Complete estas páginas					
	A1	1-7	8-9	10	11-12	13
CCAP		√		√		√
FITAP		√			√	√
SNAP	√	√	√			√
KCSP		√			√	√

¿Necesita ayuda para completar el formulario de solicitud?

- Puede pedirle a alguien que le ayude a completar el formulario, o
- Puede pedirle al trabajador durante su entrevista que le ayude a completar el formulario.

¿Qué pasa después de que recibamos su formulario de solicitud?

- Se le asignará un trabajador.
- Se le entrevistará si está solicitando FITAP, SNAP o KCSP. Es posible que reciba una carta de cita para una entrevista telefónica.
- Recibirá una lista de la verificación que se necesita.
- Su trabajador determinará su elegibilidad en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la solicitud.
- Si ha solicitado CCAP, se le enviará un Formulario de Verificación de Disponibilidad y Tarifa de CCAP para cada niño que necesita cuidados. Debe tener el Formulario de Verificación de Disponibilidad y Tarifa de CCAP completado por su proveedor de cuidados infantiles y debe regresar este formulario antes de la fecha de vencimiento indicada. Si se le determina elegible, CCAP hará los pagos a su proveedor de cuidados infantiles en su nombre.
- Si solicitó FITAP, es posible que se le pida que participe en el Programa Estrategias para Facultar a la Gente (Strategies To Empower People, STEP). El programa STEP proporciona oportunidades para familias FITAP elegibles por el trabajo para recibir capacitación para el empleo, empleo y servicios de soporte para permitirles volverse autosuficientes.

¿Qué haremos con la información que nos proporcione?

- La información que nos proporcione en su formulario de solicitud será verificada por oficinas federales, estatales y locales, lo que incluye la comprobación cruzada por computadora con otras agencias. Alguien de nuestra agencia puede comunicarse con otras personas para verificar su elegibilidad para recibir los beneficios.
- La situación de extranjero de los miembros del grupo familiar puede verse sujeta a la verificación por medio del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (United States Citizenship and Immigration Service, USCIS) y puede afectar la elegibilidad y la cantidad de los beneficios.
- Usted no tendrá que proporcionar información sobre su estado de inmigración ni documentos de ningún miembro del hogar que no sea elegible por su condición inmigratoria y que no esté solicitando beneficios. Si un miembro de su grupo familiar no desea proporcionar información sobre su ciudadanía o condición inmigratoria, él o ella no será elegible para recibir beneficios. Otros familiares o miembros del grupo familiar todavía pueden recibir beneficios si son elegibles. Usted puede solicitar y recibir beneficios para los miembros elegibles del hogar, incluso si su hogar incluye miembros que no son elegibles por su condición inmigratoria.

¿Por qué necesitamos su número de Seguro Social y tiene obligación de darlo?

- La recopilación de información solicitada en el formulario de solicitud, incluidos los números de Seguro Social (SSN) de los miembros del grupo familiar, es voluntaria y está autorizada de conformidad con la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, (7 U.S.C. 2011-2036), según se haya enmendado. Si no se proporciona la información requerida, incluyendo número de Seguro Social o la prueba de haber solicitado un número de Seguro Social para los miembros del hogar puede resultar en la no elegibilidad de la persona para recibir los beneficios del SNAP y la asistencia en efectivo. Usted no tendrá que proporcionar números de Seguro Social para ningún miembro del grupo familiar que no sea elegible por su condición inmigratoria y que no esté solicitando beneficios.
- No se requieren los SSN para ser elegibles para recibir la Asistencia para el Cuidado de Niños y la elegibilidad no puede negarse por no proporcionar los SSN.
- Los SSN se usan para:
 - recopilar información de otras fuentes,
 - comprobar la identidad de los miembros del grupo familiar,
 - determinar si su grupo familiar es elegible, y
 - evitar que los grupos familiares obtengan más beneficios de los que tienen derecho a recibir.
- Los SSN se usan en revisiones de programas estatales y federales, auditorías y cotejo de datos por computadora con otras agencias, tales como la Comisión de Fuerza de Trabajo de Louisiana, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Ingresos Fiscales, etc., mediante el Sistema Estatal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad.
- De conformidad con la Ley de Privacidad de 1974 (P.L. 93-579), los SSN se pueden entregar por varios motivos, incluso los directamente relacionados con la administración del Programa de Cumplimiento de la Manutención de Menores.

¿Qué tipo de verificación tiene que aportar?

Verificación significa pruebas de la información que reporta. La tabla siguiente enumera la información que debe ser verificada por cada programa y los ejemplos de las pruebas que se requieren. Haga saber a su trabajador si tiene alguna pregunta sobre lo que debe proporcionar o si necesita ayuda para obtener las pruebas. Es nuestra responsabilidad ayudarlo a obtener las pruebas que necesita.

Qué debe verificarse y ejemplos de pruebas	SNAP	FITAP (efectivo)	KCSP (efectivo)	Manutención de los hijos
Identidad: licencia de conducir, identificación (ID) del trabajo o la escuela, ID. para beneficios de salud u otro programa de servicios sociales, tarjeta de registro de votantes, talón de cheque o partida de nacimiento	√			
Edad/Relación: partida de nacimiento, fe bautismal o registros del hospital del nacimiento de la persona que se va a incluir. Si no es su propio hijo, registros de nacimiento que prueben que el menor tiene parentesco con usted		√	√	√
Número de Seguro Social: copia de la tarjeta de Seguro Social o los documentos que recibió en el hospital, en el caso de un recién nacido	√	√	√	
Situación de extranjero: si no es ciudadano de los EE. UU., formularios o tarjetas del USCIS que demuestren que la persona es un extranjero legal (a menos que decida no solicitar asistencia para esta persona)	√	√	√	√
Salarios: talones de los últimos 4 cheques de pago o declaración del empleador por cada persona que trabaja	√	√	√	√
Empleo independiente: declaraciones de impuestos, registros de ventas, registros de impuestos trimestrales, registro de salarios personales	√	√	√	√
Otros ingresos, tales como aportaciones, manutención para menores, pensión alimentaria, Seguro Social, SSI, VA, cheques de jubilación, Compensación por Desempleo (UCB): cartas de adjudicación, órdenes judiciales o declaraciones de quienes hacen las aportaciones	√	√	√	√
Ingresos que se suspendieron en los últimos 3 meses: hoja rosada (<i>pink slip</i>), aviso de cese o declaración del antiguo empleador, aviso de cese o declaración de la fuente de cualquier ingreso que haya terminado	√	√	√	√
Gastos médicos: recibos, impresiones de las farmacias de los últimos 3 meses, recibos médicos u otros documentos que muestren los gastos médicos para los miembros del grupo familiar que estén discapacitados o tengan más de 59 años de edad	√			
Pagos de manutención de menores hechos a alguien que vive fuera de su hogar: orden judicial u otros documentos legales y pruebas de que está haciendo los pagos, como serían cheques cancelados o declaraciones de retenciones salariales	√			
Vacunas: registros de vacunas, la escuela o el médico		√	√	√
Custodia: - orden judicial, u otros documentos legales, o la custodia provisional por mandato			√	
Hogar: -prueba de quién vive en el hogar, como expedientes escolares actuales, declaración escrita del casero o el nombre y número de teléfono de dos personas (no emparentadas con usted) que conozcan su situación		√	√	
Asistencia a la escuela o capacitación para el empleo: una declaración de la escuela o del programa de capacitación para el empleo, que indique el número de horas de asistencia por semana y la fecha prevista de finalización para cualquier persona que necesite que cuiden de sus niños para poder asistir a la escuela o a la capacitación para el empleo				√

Derechos y responsabilidades

Cuando recibe beneficios del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Louisiana, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades que se explican abajo. Conserve esta información importante para consultarla en el futuro.

¿Cuáles son sus derechos?

Esta institución tiene prohibida la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencia política o religiosa.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos también prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y personas que soliciten empleo, por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y, donde corresponda, creencias políticas, estado civil, estado familiar o de padres, orientación sexual o todo o parte de los ingresos de una persona que se derive de algún programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o fundada por el Departamento. (No todos los motivos de discriminación prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades del empleo).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos civiles ante el USDA, complete el [formulario de queja por discriminación del Programa del USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información que se solicita en el formulario. Envíe su formulario o carta de queja completos por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o envíelo por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades para escuchar o que tengan discapacidades del habla, se pueden comunicar con el USDA por medio del Servicio de retransmisión federal llamando al (800) 877-8339, o al (800) 845-6136 (español).

Para obtener cualquier otra información sobre asuntos del Programa de Asistencia para la Nutrición Complementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), las personas pueden comunicarse al número de línea directa de USDA SNAP llamando al (800) 221-5689, que también es en español, o llamar a los [números de la línea directa/Información del estado](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm) (haga clic en el vínculo para obtener un listado de los números por estado); los encuentra en línea en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación sobre un programa que reciba asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos, 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 al (800) 537-7697 (TTY).

El USDA y los HHS son empleadores y proveedores con igualdad de oportunidades.

- Audiencia imparcial: si no está de acuerdo con alguna decisión que se tome en su caso, tiene derecho a pedir la revisión de su caso. Puede decirnos que desea una audiencia imparcial por escrito, en persona o llamando a la oficina. Tiene el derecho de ver el expediente de su caso antes de la audiencia.
- Confidencialidad: toda la información que nos proporcione será confidencial. Esto significa que no podemos dar información de su caso a otras personas, salvo en condiciones especiales. Como ejemplos de esas condiciones tenemos la revisión oficial por parte de otras agencias estatales y federales o agencias de cobranza federales, estatales y privadas para el cobro de reclamaciones contra los beneficios de SNAP. También se puede dar información de su caso a agentes policíacos para efectos de detener personas que estén fugadas para evitar la ley y para la investigación de delitos o violaciones de la libertad condicional o bajo palabra

- Registro de votantes: a cualquier ciudadano en el estado de Louisiana que haya cumplido con los requisitos del registro de votantes y presente una solicitud de asistencia pública se le debe proporcionar la oportunidad de registrarse para votar. Si usted no está registrado para votar donde vive ahora, puede indicar en la Solicitud de asistencia que le gustaría presentar una solicitud para registrarse para votar. Tenga en cuenta que la información que proporcione a la agencia permanecerá confidencial y se usará solo para fines del registro de votantes. Presentar una solicitud para registrarse o rechazar registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia o de servicios que pueda recibir por parte del Departamento de Servicios para Niños y Familias. Si quisiera ayuda para llenar el formulario de registro de votantes, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o de aceptar ayuda es suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con su trabajador si necesita ayuda.

¿Cuáles son sus responsabilidades?

- Cooperación: tiene que cooperar proporcionando la información que necesitamos para determinar su elegibilidad para recibir los beneficios que esté solicitando para usted o para otras personas. También tiene que dar pruebas de la información que reporta. Se esperará que coopere si es necesaria una visita a su hogar para determinar su elegibilidad. Si su caso se selecciona para una revisión de control de calidad por parte de revisores estatales o federales, tiene que cooperar con ellos.
- Informar cambios: si usted recibe beneficios de SNAP, debe informar si los ingresos mensuales de su familia aumentan por encima del límite de ingresos brutos para el tamaño de su familia. Esto incluye informar sobre los ingresos de una persona que se mude a su casa, si los ingresos combinados de esa persona con sus ingresos de hogar de SNAP son más que el límite de ingresos brutos para su casa. Si su familia incluye a un adulto físicamente capaz sin dependientes (Able-Bodied Adult Without Dependent, ABAWD), deberá informar los cambios en las horas de trabajo del ABAWD que está sujeto al tiempo límite de SNAP si el cambio resulta en que el ABAWD trabaje un promedio de menos de 20 horas a la semana o menos de 80 por mes. Estos cambios se deben informar antes del día 10 del mes posterior al mes en el que los ingresos excedieron el límite de ingresos brutos. Además, si usted está recibiendo:
 - FITAP, tiene que:
 - Cumplir los requisitos de informes que se explican en su Acuerdo de Éxito Familiar y notificar estos cambios dentro de los 10 días de su conocimiento del cambio.
 - Informar en un plazo de 10 días si el único menor elegible que recibe beneficios de FITAP se muda de su casa.
 - KCSP, tiene que informar en un plazo de 10 días si el único menor elegible que recibe beneficios de KCSP se muda de su casa.
 - CCAP, tiene que informar en un plazo de 10 días si:
 - El empleo, la capacitación o la educación de alguno de los padres o de cualquier miembro adulto del grupo familiar finaliza o se interrumpe durante al menos 3 semanas.
 - Cambia de proveedores de cuidado infantil.
 - Su proveedor de cuidado infantil se muda con usted o usted se muda al hogar de su proveedor de cuidado de niños, o empiezan a compartir la misma dirección postal (con la excepción de un apartado de correos).
 - Un niño que reciba beneficios de cuidado infantil se muda de su casa.

Si **no** está recibiendo beneficios de SNAP, **y está** recibiendo:

- FITAP, KCSP o CCAP, tiene que informar en un plazo de 10 días si:
 - Hay un cambio en la fuente de cualquier ingreso recibido en su casa. Esto incluye cambios en empleadores y nuevas fuentes de ingresos, tales como manutención para menores, Seguro Social, SSI, etc.
 - La cantidad de los ingresos no ganados de su grupo familiar cambia en más de \$50 al mes.
 - La cantidad de los ingresos ganados de su grupo familiar cambia en más de \$100 al mes.
 - Alguien se muda a su casa o se va de su casa.
 - Usted se muda.

- FITAP o KCSP, además de los cambios arriba indicados, tiene que informar en un plazo de 10 días cualquier cambio en:
 - La asistencia escolar de cualquier persona de 18 años de edad que viva en su casa.
 - El estado civil de cualquier persona de su casa.
- CCAP, además de los cambios arriba indicados, tiene que informar en un plazo de 10 días si:
 - El empleo, la capacitación o la educación de alguno de los padres o de cualquier miembro adulto del grupo familiar finaliza o se interrumpe durante al menos 3 semanas.
 - Cambia el estado civil de cualquier persona de su grupo familiar.
 - Hay un cambio en el número de horas que trabaja cualquiera de los padres o miembro adulto del grupo familiar.
 - Cambia de proveedores de cuidado infantil o hay un cambio en el lugar donde se proporciona el cuidado.
 - Su proveedor de cuidado infantil se muda con usted o usted se muda al hogar de su proveedor de cuidado de niños o empiezan a compartir la misma dirección postal (con la excepción de un apartado de correos).
 - La asistencia a la escuela o la asistencia a cursos de capacitación cambia para uno de los padres u otro miembro adulto del grupo familiar.
 - Cambia el número de días u horas que los niños están en guardería.
 - Usted o cualquier persona de su familia tiene una discapacidad que termina o comienza.
- **Pagar copagos:** si recibe CCAP, tiene que pagarle al proveedor del cuidado de niños la diferencia entre lo que pagamos mediante CCAP y la cantidad que cobra el proveedor. Esto se conoce como copago. Si no se mantiene al día con sus copagos, su caso de CCAP puede cerrarse. Conserve sus recibos al pagar al proveedor de cuidado de niños porque podemos pedirle que pruebe que está al día con sus copagos.

Penalizaciones

Si informa de modo consciente información incorrecta, sus beneficios de SNAP, asistencia en efectivo o Asistencia para el Cuidado de niños pueden denegarse, reducirse o darse por terminados, y usted puede verse sujeto a acusaciones penales.

¿Qué penalizaciones son aplicables en el programa SNAP?

Si hace lo siguiente:	La consecuencia será:
<ul style="list-style-type: none">● Esconder información o proporcionar información falsa● Vender o comerciar con los beneficios de SNAP o las tarjetas EBT● Usar beneficios de SNAP para comprar artículos no elegibles, como alcohol o tabaco● Usar los beneficios de SNAP de otra persona● Pagar por las compras de alimentos a crédito con los beneficios de SNAP	<p>Perder sus beneficios de SNAP:</p> <ul style="list-style-type: none">● Durante 1 año por la primera violación● Durante 2 años por la segunda violación● Permanentemente por la tercera violación <p>También se le puede multar con hasta \$250,000 o encarcelar por hasta 20 años, o ambos.</p>
<ul style="list-style-type: none">● Intercambiar beneficios de SNAP por drogas ilegales	<p>Perder sus beneficios de SNAP:</p> <ul style="list-style-type: none">● Durante 2 años por la primera violación● Permanente por la segunda violación
<ul style="list-style-type: none">● Intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos● Vender, comprar o comerciar con beneficios de SNAP de \$500 o más	<ul style="list-style-type: none">● Perder sus beneficios de SNAP permanente
<ul style="list-style-type: none">● Dar información falsa sobre quién es usted o dónde vive para recibir beneficios en más de un caso al mismo tiempo	<ul style="list-style-type: none">● Perder sus beneficios de SNAP durante 10 años.

¿Qué penalizaciones son aplicables en CCAP?

Si hace lo siguiente:	La consecuencia será:
<ul style="list-style-type: none">● Esconder información o proporcionar información falsa	<p>Perder sus beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none">● Durante 1 año por la primera violación● Durante 2 años por la segunda violación● Permanente por la tercera violación

¿Qué penalizaciones son aplicables en FITAP y KCSP?

Si hace lo siguiente:	La consecuencia será:
<ul style="list-style-type: none"> ● Esconder información o proporcionar información falsa 	<p>Perder sus beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Durante 1 año por la primera violación ● Durante 2 años por la segunda violación ● Permanentemente por la tercera violación <p>También puede recibir una multa de hasta \$20,000 o se le puede encarcelar por hasta 5 años o ambas cosas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Usa su tarjeta EBT: <ul style="list-style-type: none"> ➤ en una tienda de licores, ➤ en un casino de apuestas o centro de juegos, ➤ en un establecimiento minorista que ofrece entretenimiento para adultos en el que los artistas se desnudan o actúan sin ropa para fines de entretenimiento, ➤ en cualquier librería para adultos, cualquier tienda de parafernalia para adultos o cualquier negocio de orientación sexual, ➤ en cualquier centro de tatuajes, perforaciones o centro de arte comercial corporal, ➤ en cualquier salón de uñas, ➤ en cualquier joyería, ➤ en cualquier centro de diversiones o juegos electrónicos de video, ➤ en cualquier empresa de fianzas, ➤ en cualquier club nocturno, bar, taberna o salón, ➤ en cualquier viaje en crucero, ➤ en cualquier negocio de ocultismo o, ➤ en cualquier establecimiento donde no se permitan menores de 18 años de edad, o ➤ en un ATM (cajero automático) en cualquiera de estos establecimientos. ● Usa su tarjeta EBT: <ul style="list-style-type: none"> ➤ en cualquier tienda minorista para comprar una bebida alcohólica, ➤ en cualquier tienda minorista para comprar productos derivados del tabaco, o ➤ en cualquier tienda minorista para comprar boletos de lotería, ➤ en cualquier tienda al por menor para la compra de joyas. 	<p>Perder sus beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Durante 1 año por la primera violación ● Durante 2 años por la segunda violación ● Permanentemente por la tercera violación
<ul style="list-style-type: none"> ● Dar información falsa sobre dónde vive para recibir beneficios en dos o más estados al mismo tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Perder sus beneficios durante 10 años.

Solicitud de asistencia

Date Received: _____

Assigned to: _____

¿Se necesita una tarjeta **EBT**? Sí No

Marque únicamente los programas que está solicitando:

- Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños (CCAP)
- Programa de Asistencia Temporal para la Independencia de la Familia (FITAP)
- Programa de Subsidios para el Cuidado de Familiares (KCSP)
- Programa de Asistencia para la Nutrición Complementaria (SNAP) (anteriormente el Programa de Cupones para Alimentos)

Puede empezar a completar su solicitud y establecer la fecha de su solicitud rellorando su nombre, dirección y firma abajo, y darnos este formulario hoy. Nos ayudará a procesar su solicitud más rápidamente si también nos da un número de teléfono donde podamos encontrarle durante el día y si nos **proporciona una copia de una identificación con fotografía u otra prueba de identidad.**

¿Puede leer y entender inglés? Sí No

En caso contrario, ¿qué idioma puede leer y comprender? _____

(Apellido) (Nombre) (MI) Número de Seguro Social

Calle o Ruta rural Apt. o Lote# Ciudad y estado Código postal N.º de teléfono

Dirección postal si es distinta de la anterior: _____

Su firma

¿Qué pasa si necesita beneficios de SNAP de inmediato?

Es posible que le podamos hacer llegar beneficios de SNAP en un plazo de 7 días a partir de la fecha de su solicitud, si cumple con los requisitos. Usted cumple con los requisitos si:

- La cantidad total de dinero que ha recibido o espera recibir este mes es de menos de \$150 y tiene \$100 o menos en recursos líquidos, tales como efectivo, cuentas de ahorros o de cheques, o
- La renta o hipoteca y pago de servicios públicos de su casa son más que sus ingresos y recursos totales, o
- En su hogar viven trabajadores migrantes o trabajadores agrícolas temporales.

Si cualquiera de los anteriores describe a su quienes viven en su hogar (grupo familiar), responda a las preguntas abajo:

1. ¿Cuál es la cantidad total de dinero que su grupo familiar recibirá este mes? Incluya dinero de todas las fuentes, como ingresos ganados, aportaciones, Seguro Social, SSI, VA, etc. \$ _____
2. ¿Cuánto dinero tiene su grupo familiar en recursos líquidos? Incluya efectivo a mano, cuentas de cheques, cuentas de ahorros, etc. \$ _____
3. ¿Cuánto es la renta o hipoteca mensual de su familia? \$ _____
4. ¿Paga servicios públicos, tales como electricidad, gas, agua, etc.? Sí No
5. ¿Paga costos de servicios públicos de calefacción o aire acondicionado? Sí No
6. ¿Paga gastos de teléfono? Sí No
7. ¿Alguien de su grupo familiar es migrante o trabajador agrícola temporal? Sí No

Office Use Only

1.	Income	\$ _____	Is #1 less than \$150? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		+	AND
2.	Resources	\$ _____	Is #2 less than \$101? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		=	
	Total	\$ _____ (A)	If yes to both, Expedite. If no, consider shelter costs.
3.	Rent/Mortgage	\$ _____	Is B greater than A? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		+	If yes, Expedite. If no, consider migrant or seasonal farm worker status.
	Utility Standard*	\$ _____	Is anyone in the household a migrant or seasonal farm worker? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		=	AND
	Total	\$ _____ (B)	Is #2 less than \$101? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			If yes to both, Expedite. If no, the case is not expedited.

*If, on the reverse side, the answer to:
#4 is Yes **and** #5 is No, use BUA.
#5 is Yes, use SUA
#6 is Yes **and** #4 **and** #5 are No, use TEL.

Expedited: Yes No If yes, enter "Expedited Date" on CP CA screen of LAMI.

Due Date*:

*The case must be certified and the client must have their EBT card in sufficient time to be able to use their SNAP benefits by the 6th calendar day after the date of application. If the 6th calendar day falls on a weekend or holiday, the due date becomes the previous workday.

Expedited status determined by: _____

Signature of Agency Representative Date

A. Háblenos de usted				
<i>Puede optar por no darnos información sobre su origen étnico y racial. No afectará su elegibilidad. Esta información nos ayuda a respetar el Título VI de la Ley de los Derechos Civiles de 1964.</i>				
¿Necesita una nueva tarjeta de compras de Louisiana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Apellido de soltera u otro nombre	
Dirección postal	Apt. o lote	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de su hogar (si es distinta)	Apt. o lote	Ciudad	Estado	Código postal
()	()	()		
Número de teléfono particular	Número de teléfono celular	Número de teléfono del trabajo u otro		
Número de Seguro Social		Condado de residencia		
Fecha de nacimiento	Dirección de correo electrónico		¿Nivel de grado más alto terminado en la escuela? _____	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Origen étnico: ¿Hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado civil:	Herencia racial: (elija todas las que correspondan):		¿Ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ Islas del Pacífico	Si no, ¿tiene documentos de inmigración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indígena americano/ Nativo de Alaska	Fecha de entrada en los EE. UU.: _____	
<input type="checkbox"/> Divorciado		<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		
<input type="checkbox"/> Nunca se ha casado				
<input type="checkbox"/> Viudo				
B. Díganos si tiene un representante autorizado				
<i>Un representante autorizado es alguien con quien usted nos permite hablar sobre sus beneficios de SNAP/Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños. Puede nombrar a alguien, pero no es obligatorio.</i>				
¿Desea tener un representante autorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
En caso afirmativo, háblenos sobre su representante autorizado.				
Nombre del representante autorizado	Relación con el solicitante	()	Número de teléfono	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
For Office Use Only				
Rights and Responsibilities discussed with applicant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Reporting requirements explained to applicant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Is an EBT card needed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Is there an authorized representative? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Identity verified by: <input type="checkbox"/> Driver's License <input type="checkbox"/> Identification card <input type="checkbox"/> Other				
Residency verified by:				
Marital status verified by:				
Reason for application:				
FITAP/KCSP explained? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Client selected: <input type="checkbox"/> FITAP <input type="checkbox"/> KCSP				

C. Háblenos de las otras personas que hay en su casa; no se incluya usted

Enumere a todas las otras personas que viven en su casa, aunque no esté presentando una solicitud para ellas. Puede optar por no darnos información sobre el origen étnico y racial. No afectará su elegibilidad. Esta información nos ayuda a respetar el Título VI de la Ley de los Derechos Civiles de 1964.

No se pierda el Seguro de Salud sin costo para sus hijos. Si marca la casilla de abajo, vamos a compartir lo que usted pone en este formulario con el Departamento de Salud y Hospitales (DHH) de Louisiana. DHH inscribirá a los niños que califican y le enviaremos una carta con más información sobre el Programa de Medicaid.

Sí, por favor, compartir mi información con DHH, así no necesito completar otra solicitud.
Entiendo que si mis hijos reciben beneficios de Medicaid, y sus gastos médicos son pagados por un seguro médico privado o por un acuerdo judicial, Medicaid puede recuperar su dinero de esta fuente.

Miembros de la casa (introduzca el nombre)	Relación con usted NR=Ninguna relación)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo (M/F)	Ciudadano de los EE. UU. (Sí/No)	Nivel de ED *	Estado civil	Código de raza o étnico **
---	--	------------------------	----------------------------------	---------------	---	---------------------	-----------------	----------------------------------

Apellido	Nombre	Inic. segundo nombre	Responda estas secciones sólo para quienes necesitan beneficios					

****Raza:** (Puede seleccionar más de una raza) ****Origen étnico:**
AN = Nativo de Alaska **WH** = Blanco **BL** = Negro o afroamericano **Y** = Hispano o latino
AI = Indio americano **AS** = Asiático **PI** = Nativo de Hawái u otro originario de las Islas del Pacífico **N** = No hispano o latino

***Nivel de educ.:** señale el grado más alto completado o GED/nivel universitario
Si necesita más espacio para miembros adicionales del grupo familiar, puede escribir la información en papel común o pedir un "Formulario para miembros adicionales del grupo familiar".
Si alguna persona para la que esté presentando una solicitud no es ciudadano de los EE. UU., su trabajador completará con usted un Anexo para extranjeros y lista de comprobación durante su entrevista.

For Office Use Only

Household composition: _____ person household
 Are all members linked on LAMI? Yes No
 Enumeration verified by:
 Age and relationship verified by:
 Document CR 5
 Citizenship: Are all household members U.S. citizens? Yes No
 If no, complete Alien Addendum and Alien Checklist.

D. Háblenos de su quienes viven en su hogar	For Office Use Only
<p><i>Responda las preguntas siguientes sobre usted mismo y todas las demás personas de su hogar.</i></p>	
<p>1. ¿Usted o alguien de su hogar es un criminal fugado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>2. ¿Usted o alguien de su hogar está violando su libertad condicional o bajo palabra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>3. ¿Usted o alguien de su hogar ha sido declarado culpable de un delito relacionado con drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>3. If yes, complete supplement.</p>
<p>4. ¿Usted o alguien de su hogar ha sido descalificado o se le han reducido o detenido sus beneficios por romper las reglas de SNAP, FITAP, KCSP o SSI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>4. If yes, complete supplement.</p>
<p>5. ¿Usted o alguien de su hogar tiene que alejarse de una situación de abuso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>5. If yes and FITAP/KCSP: Issue Flyer DV.</p>
<p>6. ¿Usted o alguien de su familia tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>6. If yes, complete supplement. If FITAP, complete OFS 90 or OFS 90L.</p>
<p>7. ¿Las vacunas de todos los niños están al día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>7. Verification: <input type="checkbox"/> CR 9</p>
<p>Si negativo, ¿de quién no? _____ ¿Por qué? _____</p>	<p><input type="checkbox"/> LINKS</p>
<p>8. ¿Alguien de su familia asiste a la secundaria, colegio universitario, escuela vocacional o técnica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> OFS IM</p>
<p>En caso afirmativo, complete la información siguiente para cada alumno:</p>	<p>8. If yes, is anyone attending an institution of higher education? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
<p>a. _____</p>	<p>If yes, complete supplement.</p>
<p>Nombre del alumno _____ Nombre de la escuela y programa de estudios _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Eligible student</p>
<p>¿Cuántas horas asiste a la escuela el alumno cada semana? _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ineligible student</p>
<p>¿Se considera de tiempo completo o de medio tiempo? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo</p>	
<p>b. _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Eligible student</p>
<p>Nombre del alumno _____ Nombre de la escuela y programa de estudios _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Ineligible student</p>
<p>¿Cuántas horas asiste a la escuela el alumno cada semana? _____</p>	
<p>¿Se considera de tiempo completo o de medio tiempo? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo</p>	
<p>9. ¿Usted o alguien de su familia está encinta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Si afirmativo, ¿quién? _____ Fecha de parto: _____</p>	
<p>10. ¿Suele comprar comida y preparar sus alimentos con todas las personas que viven con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>En caso negativo, ¿quién compra y prepara sus alimentos por separado? _____</p>	
<p>11. ¿Usted o alguien de su familia ha recibido asistencia en efectivo o beneficios de SNAP de otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>a. ¿En caso afirmativo, quién? _____</p>	
<p>b. ¿Cuándo? _____</p>	
<p>c. ¿Qué estados? _____</p>	
<p>12. ¿Usted o alguien de su grupo familiar tiene una solicitud pendiente de algún beneficio que no esté recibiendo aún? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>12. If yes, what type?</p>

E. Háblenos del trabajo de las personas que viven en su hogar (grupo familiar)	For Office Use Only
<p>Háblenos de cualquier dinero recibido por usted o por cualquier persona de su hogar por un trabajo, sea trabajo de tiempo completo, medio tiempo, temporal o estacional, trabajo independiente, capacitación, pago de la reserva militar o trabajo por estudio. Esto incluye dinero recibido de salarios, propinas, comisiones.</p>	
<p>1. ¿Usted o alguien de su hogar trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Complete la información siguiente para cada persona que trabaje para un empleador. Si alguien trabaja para más de un empleador, complete un bloque separado para cada empleador. Use papel común si necesita más espacio.</p>	
<p>2. Persona que trabaja para un empleador</p>	
<p>Nombre _____ Fecha de inicio _____</p>	Use OFS 3
<p>Nombre del empleador _____ N.º de teléfono _____</p>	Verified by:
<p>Dirección _____</p>	
<p>¿Con qué frecuencia paga? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro _____</p>	
<p>¿Se le paga mediante depósito directo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>En caso afirmativo, ¿en qué banco o cooperativa de crédito? _____</p>	
<p>En caso negativo, ¿dónde hace efectivo su cheque de pago? _____</p>	
<p>N.º de horas trabajadas por semana _____ Salario por hora _____</p>	
<p>N.º de días trabajados por semana _____</p>	
<p>¿Alguna vez trabaja horas extras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____ ¿Cuántas horas? _____</p>	<p>Is commission earned? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, how much? How often?</p>
<p>¿Se ganan propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>En caso afirmativo, ¿cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____</p>	<p>Is this piecework? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Rate per piece?</p>
<p>¿Se trata de trabajo por estudio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>¿Se trata de trabajo temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>3. Persona que trabaja para un empleador</p>	
<p>Nombre _____ Fecha de inicio _____</p>	Use OFS 3
<p>Nombre del empleador _____ N.º de teléfono _____</p>	Verified by:
<p>Dirección _____</p>	
<p>¿Con qué frecuencia paga? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro _____</p>	
<p>¿Se le paga mediante depósito directo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>En caso afirmativo, ¿en qué banco o cooperativa de crédito? _____</p>	
<p>En caso negativo, ¿dónde hace efectivo su cheque de pago? _____</p>	
<p>N.º de horas trabajadas por semana _____ Salario por hora _____</p>	
<p>N.º de días trabajados por semana _____</p>	
<p>¿Alguna vez trabaja horas extras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____ ¿Cuántas horas? _____</p>	<p>Is commission earned? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, how much? How often?</p>
<p>¿Se ganan propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>En caso afirmativo, ¿cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____</p>	<p>Is this piecework? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Rate per piece?</p>
<p>¿Se trata de trabajo por estudio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>¿Se trata de trabajo temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	

4. ¿Alguien está en huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 5. ¿Alguien de su casa (incluido usted) dejó de trabajar en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Complete la información siguiente para cada persona que esté trabaje de manera independiente. Esto incluye pescadores, proveedores de cuidados a menores, peluqueros y personas que hacen trabajos varios, como cortar la hierba, recoger latas, etc. Use papel común si necesita más espacio.</i>				For Office Use Only	
6. Personas que trabajan de manera independiente				5. If yes, complete supplement. 6. Verified by: <input type="checkbox"/> Prior year's income tax return <input type="checkbox"/> Accountant or bookkeeper records <input type="checkbox"/> Personal business records	
Nombre	Nombre				
Tipo de negocio	Tipo de negocio				
Ingresos mensuales del negocio	Ingresos mensuales del negocio				
Gastos de negocios mensuales	Gastos de negocios mensuales				
N.º de horas trabajadas por semana	N.º de horas trabajadas por semana				
7. ¿Alguien de su grupo familiar (incluido usted) está buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 8. ¿Alguien de su grupo familiar es un trabajador migrante o trabajador agrícola temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 9. ¿Usted o alguien de su familia alquila una habitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 10. ¿Usted o alguien de su familia le paga a alguien de su casa por sus alimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				7. If yes, complete supplement.	
F. Infórmenos de otros ingresos					
1. ¿Usted o alguien de su grupo familiar recibe dinero de una fuente que no sea el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de ser sí , marque cada tipo de ingresos.					
<input type="checkbox"/> Ingresos por anualidad	<input type="checkbox"/> Inquilino o huésped				
<input type="checkbox"/> Ingresos por manutención de menores	<input type="checkbox"/> Seguro Social				
<input type="checkbox"/> Aportaciones de parientes o amigos	<input type="checkbox"/> Becas/Subsidios/Préstamos escolares				
<input type="checkbox"/> Beneficios de seguro por discapacidad	<input type="checkbox"/> SSI				
<input type="checkbox"/> Cheque para energía	<input type="checkbox"/> Manutención de cónyuge o pensión alimentaria				
<input type="checkbox"/> Ingresos por intereses	<input type="checkbox"/> Dinero tribal				
<input type="checkbox"/> Préstamos	<input type="checkbox"/> Asignación por capacitación (WIA)				
<input type="checkbox"/> Adjudicación militar	<input type="checkbox"/> Ingresos por fideicomisos				
<input type="checkbox"/> Arrendamiento petrolero/Regalías	<input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo				
<input type="checkbox"/> Beneficios ferrocarrileros	<input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos				
<input type="checkbox"/> Ingresos por rentas	<input type="checkbox"/> Compensación para los trabajadores				
<input type="checkbox"/> Pensión de retiro	<input type="checkbox"/> Otro				
For Office Use Only		FITAP		SNAP	
Name	Age	WR Code	Reason For Exemption	WR Code	Reason For Exemption

2. Para cada casilla marcada en el N.º 1 de esta sección en la página 5, complete la información siguiente. Incluya cualquier dinero que espere recibir en los próximos 30 días.					For Office Use Only														
Nombre	Tipo de ingreso	Monto	Con qué frecuencia (semanal, mensual, etc.)	¿Espera que estos ingresos finalicen?															
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo?															
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo?															
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo?															
3. ¿Alguien tiene orden de un tribunal para pagarle manutención de menores a usted o a alguien de su grupo familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Verified by:														
4. ¿Usted o alguien de su grupo familiar recibe dinero del padre de un menor sin una orden del tribunal para pagar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																			
G. Háblenos de sus gastos					3. If yes, complete supplement														
Para recibir la mayor cantidad de beneficios posible, tiene que hablarnos de los gastos de su hogar. No informar de los gastos abajo indicados se verá como una declaración por parte de su grupo familiar de que no desean recibir una deducción por el gasto no reportado.						4. If yes, complete supplement.													
GASTOS DE VIVIENDA																			
1. Marque cada tipo de gasto de vivienda que tenga usted o cualquier persona de su hogar.																			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Renta</td> <td><input type="checkbox"/> Electricidad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hipotecas (si está comprando)</td> <td><input type="checkbox"/> Gasolina</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Renta de lote</td> <td><input type="checkbox"/> Cloaca</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Seguro de propietario</td> <td><input type="checkbox"/> Agua</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Seguro contra inundaciones</td> <td><input type="checkbox"/> Basura</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Impuesto a la propiedad</td> <td><input type="checkbox"/> Teléfono</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cuotas de condominio</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Hipotecas (si está comprando)	<input type="checkbox"/> Gasolina	<input type="checkbox"/> Renta de lote	<input type="checkbox"/> Cloaca	<input type="checkbox"/> Seguro de propietario	<input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Seguro contra inundaciones	<input type="checkbox"/> Basura	<input type="checkbox"/> Impuesto a la propiedad	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Cuotas de condominio	<input type="checkbox"/> Otro	Living Arrangement <input type="checkbox"/> Public housing <input type="checkbox"/> HUD or Section 8 subsidy <input type="checkbox"/> Other subsidy <input type="checkbox"/> No rent subsidy
<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> Electricidad																		
<input type="checkbox"/> Hipotecas (si está comprando)	<input type="checkbox"/> Gasolina																		
<input type="checkbox"/> Renta de lote	<input type="checkbox"/> Cloaca																		
<input type="checkbox"/> Seguro de propietario	<input type="checkbox"/> Agua																		
<input type="checkbox"/> Seguro contra inundaciones	<input type="checkbox"/> Basura																		
<input type="checkbox"/> Impuesto a la propiedad	<input type="checkbox"/> Teléfono																		
<input type="checkbox"/> Cuotas de condominio	<input type="checkbox"/> Otro																		
					Are insurance and property taxes included in the mortgage payment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No														
					Are any of these bills past due? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No														
2. Para cada casilla marcada en el N.º 1 de esta sección, complete la información siguiente.					Indicate how each expense was verified. Eligible for: <input type="checkbox"/> SUA <input type="checkbox"/> BUA <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> None														
Tipo de gasto de vivienda	Nombre y número de teléfono de la persona o compañía a la que se le pagó	Monto	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)																

<p>3. ¿Usted paga los gastos de vivienda para un hogar en el que ya no vive, pero planea volver? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Es alguien de su hogar responsable de pagar una factura de servicios públicos para el uso de un calefactor o aire acondicionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Alguien le ayuda a pagar sus gastos de vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Recibe asistencia para la energía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿la asistencia es por medio del Programa de Asistencia de Energía para Hogares Bajos Ingresos (LIHEAP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Alguna parte de la renta que usted paga se utiliza para pagar los servicios públicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>5. If yes, complete supplement.</p>																
GASTOS DE CUIDADO DE DEPENDIENTES																	
<p>1. ¿Usted o alguien de su grupo familiar le paga a alguien para cuidar a un menor o a un adulto que sea mayor o discapacitado, de modo que un miembro del grupo familiar pueda trabajar, asistir a capacitación o a la escuela, o buscar trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. En caso afirmativo, complete la información siguiente:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Para quién se paga</th> <th style="width: 25%;">Nombre y número de teléfono de la persona a la que se le paga</th> <th style="width: 15%;">Monto pagado</th> <th style="width: 35%;">Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Para quién se paga	Nombre y número de teléfono de la persona a la que se le paga	Monto pagado	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)													<p>Certified for CCAP? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>What is co-payment amount?</p>
Para quién se paga	Nombre y número de teléfono de la persona a la que se le paga	Monto pagado	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)														
<p>3. ¿Alguien le ayuda a pagar sus gastos de cuidado de dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>3. If yes, complete supplement.</p>																
GASTOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES																	
<p>1. ¿Alguien de su casa paga manutención de menores ordenada por un tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, complete la información siguiente:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Quién paga</th> <th style="width: 25%;">A quién le paga</th> <th style="width: 15%;">Monto pagado</th> <th style="width: 35%;">Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Quién paga	A quién le paga	Monto pagado	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)													<p>Court-ordered child support expenses:</p>
Quién paga	A quién le paga	Monto pagado	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)														
GASTOS MÉDICOS																	
<p><i>Podemos permitir una deducción médica en su caso de SNAP para cada miembro del grupo familiar que tenga una discapacidad o tenga más de 59 años de edad. Se puede conceder una deducción por gastos médicos que sean superiores a los \$35.00 al mes.</i></p>																	
<p>1. ¿Hay alguien de su grupo familiar que tenga una discapacidad o tenga más de 59 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, responda las preguntas de esta sección. En caso negativo, pase a la sección que hace referencia a los recursos de su grupo familiar en la siguiente página.</p> <p>2. ¿Esta persona tiene que pagar gastos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a. En caso afirmativo, ¿desea verificar estos gastos de modo que pueda obtener una deducción médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. Marque cada gasto médico que tenga esta persona.</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Facturas dentales</td> <td><input type="checkbox"/> Medicamento recetado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Facturas de hospital</td> <td><input type="checkbox"/> Prima de Plan de medicamentos con receta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Seguro médico o Primas de Medicare</td> <td><input type="checkbox"/> Residencia de ancianos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aparatos médicos</td> <td><input type="checkbox"/> Otros</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Facturas dentales	<input type="checkbox"/> Medicamento recetado	<input type="checkbox"/> Facturas de hospital	<input type="checkbox"/> Prima de Plan de medicamentos con receta	<input type="checkbox"/> Seguro médico o Primas de Medicare	<input type="checkbox"/> Residencia de ancianos	<input type="checkbox"/> Aparatos médicos	<input type="checkbox"/> Otros	<p>Medical expenses: Use form SNAP 1MW</p>								
<input type="checkbox"/> Facturas dentales	<input type="checkbox"/> Medicamento recetado																
<input type="checkbox"/> Facturas de hospital	<input type="checkbox"/> Prima de Plan de medicamentos con receta																
<input type="checkbox"/> Seguro médico o Primas de Medicare	<input type="checkbox"/> Residencia de ancianos																
<input type="checkbox"/> Aparatos médicos	<input type="checkbox"/> Otros																

3. Para cada casilla marcada en el N.º 2 en la página 7, complete la siguiente información.				For Office Use Only
Nombres	Tipo de gasto	Monto	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)	
4. ¿Alguna persona mayor o discapacitada incluida en la página anterior tiene costos de transporte médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
a. ¿Esta persona usa su propio vehículo o el vehículo de un miembro del grupo familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
b. En caso afirmativo , complete la información siguiente:				
Nombre de la persona	Enumere todos los lugares visitados con fines médicos (p. ej., médicos, farmacia, hospital, etc.)	N.º de millas viajadas en viaje de ida y vuelta	Número de visitas por mes	
c. ¿Esta persona le paga a alguien que no sea miembro del grupo familiar para tener transporte médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
d. En caso afirmativo , complete la información siguiente:				
Nombre de la persona	A quién se le paga	A dónde va esta persona	Cuánto paga esta persona por cada viaje	Cuántos viajes paga esta persona cada mes
<i>Si necesita más espacio, puede escribir la información en papel común.</i>				
5. ¿Se le reembolsará a usted o a cualquier otra persona de su grupo familiar por alguno de los gastos médicos que figuran arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
6. ¿Alguien le ayuda a pagar los gastos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
5. If yes, complete supplement.				
6. If yes, complete supplement. When management is questionable, use form OFS 4MW.				

H. Háblenos acerca de los recursos de su grupo familiar				For Office Use Only															
<p><i>Los recursos incluyen dinero en efectivo, dinero en el banco, certificados de depósito, acciones y bonos. Los recursos no incluyen posesiones personales como joyería, muebles, equipo eléctrico o ropa.</i></p>																			
<p>1. Marque cada recurso abajo indicado que tenga usted o cualquier persona de su grupo familiar.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Cheques) <input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Ahorros) <input type="checkbox"/> Cuenta mancomunada <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Dinero en mano <input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Cuentas de mercado de dinero <input type="checkbox"/> Fondos de inversión <input type="checkbox"/> Caja de seguridad <input type="checkbox"/> Bono de ahorro <input type="checkbox"/> Acciones </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Cheques) <input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Ahorros) <input type="checkbox"/> Cuenta mancomunada <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Dinero en mano <input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD)	<input type="checkbox"/> Cuentas de mercado de dinero <input type="checkbox"/> Fondos de inversión <input type="checkbox"/> Caja de seguridad <input type="checkbox"/> Bono de ahorro <input type="checkbox"/> Acciones														
<input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Cheques) <input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Ahorros) <input type="checkbox"/> Cuenta mancomunada <input type="checkbox"/> Bonos <input type="checkbox"/> Dinero en mano <input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD)	<input type="checkbox"/> Cuentas de mercado de dinero <input type="checkbox"/> Fondos de inversión <input type="checkbox"/> Caja de seguridad <input type="checkbox"/> Bono de ahorro <input type="checkbox"/> Acciones																		
<p>2. <i>Para cada casilla marcada arriba, complete la siguiente información.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">A nombre de quién figura el recurso</th> <th style="width: 15%;">Tipo de recurso</th> <th style="width: 15%;">Cuánto vale</th> <th style="width: 45%;">Dónde está el recurso (incluya el nombre del banco o empresa donde se guarda el dinero, dirección de la propiedad, etc.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				A nombre de quién figura el recurso	Tipo de recurso	Cuánto vale	Dónde está el recurso (incluya el nombre del banco o empresa donde se guarda el dinero, dirección de la propiedad, etc.)												
A nombre de quién figura el recurso	Tipo de recurso	Cuánto vale	Dónde está el recurso (incluya el nombre del banco o empresa donde se guarda el dinero, dirección de la propiedad, etc.)																
<p>3. ¿Usted o alguien en su hogar recibió un reembolso de impuestos federales en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Usted o alguien de su hogar recibió o espera recibir una suma única de dinero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Su nombre o el nombre de alguien de su hogar aparecen en una cuenta de banco o cooperativa de crédito con otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p style="margin-left: 20px;">a. En caso afirmativo, ¿qué nombres figuran en la cuenta? _____</p> <p style="margin-left: 20px;">b. ¿Por qué este nombre está en la cuenta? _____</p> <p style="margin-left: 20px;">c. ¿Alguien más hace depósitos en esta cuenta? _____</p> <p style="margin-left: 20px;">d. En caso afirmativo, ¿quién y cuánto por mes? _____</p> <p>6. ¿Usted o alguien más de su grupo familiar ha vendido, intercambiado, regalado o transferido un recurso en los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>																			
<p>For Office Use Only</p>																			
<p>For Office Use Only</p>																			

Are liquid resources \$1500 or less? Yes No

3. If yes, complete supplement.

4. If yes, complete supplement.
 Countable lump sum
 Non-countable lump sum

How was this verified?
 Client statement
 Bank statement
 Other

6. If yes, complete supplement.

SI ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS DE SNAP ÚNICAMENTE, PASE A LA PÁGINA 13.

SÓLO DEBE COMPLETAR ESTA PÁGINA SI ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

I. Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños

1. ¿Está presentando una solicitud para el Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños? Sí No
- En caso afirmativo**, complete esta página. **En caso contrario**, pase a la página 11.
2. Haga una lista de todos los niños que necesiten cuidados y las horas de cada día en que se necesita el cuidado. Si hay niños en edad escolar que necesitan atención antes y después de la escuela, indique ambas horas (por ejemplo: de 7:00 a. m. a 8:00 a. m. y de 3:30 p. m. a 6:00 p. m.)

Nombre del niño	Edad	Tipo de atención	Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor	Relación del proveedor con el menor	Costo del cuidado	Tiempo de cuidados que se necesitan cada día
		<input type="checkbox"/> Hogar del menor <input type="checkbox"/> Hogar del proveedor <input type="checkbox"/> Centro de Clase A <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Hogar del menor <input type="checkbox"/> Hogar del proveedor <input type="checkbox"/> Centro de Clase A <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Hogar del menor <input type="checkbox"/> Hogar del proveedor <input type="checkbox"/> Centro de Clase A <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Hogar del menor <input type="checkbox"/> Hogar del proveedor <input type="checkbox"/> Centro de Clase A <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Hogar del menor <input type="checkbox"/> Hogar del proveedor <input type="checkbox"/> Centro de Clase A <input type="checkbox"/> Otro				

3. Escriba el nombre de los niños que asisten o van a asistir a Head Start, Pre-Kindergarten, Kindergarten o la escuela este año escolar. _____

4. ¿Alguno de los niños arriba indicados necesita atención especializada debido a un problema físico, mental o emocional? Sí No
- a. **En caso afirmativo**, ¿quién? _____
- b. ¿Cuál es la afección? _____

For Office Use Only

Did the provider change? Yes No

How were special needs verified?

SÓLO DEBE COMPLETAR ESTA PÁGINA SI ESTÁ SOLICITANDO FITAP O KCSP

J. FITAP o KCSP			For Office Use Only		
1. ¿Está solicitando FITAP o KCSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , complete esta página. En caso contrario , pase a la página 13.			2. If yes, provide BHSF Flyer LaHIPP.		
SEGURO MÉDICO					
2. ¿Usted o alguien de su grupo familiar puede obtener seguro médico por medio de un empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			4. Custody verified by:		
AVALES					
3. Complete la información siguiente para dos personas que no estén relacionadas con usted que puedan verificar la situación de su grupo familiar.					
Nombre	Dirección	Número de teléfono durante el día			
CUSTODIA					
4. Si no es el padre o la madre de los menores por los cuales está presentando la solicitud, ¿tiene usted su custodia legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. En caso afirmativo , complete la información siguiente:					
Menores de los cuales tiene la custodia	Tipo de custodia	Fecha de vigencia de la custodia			
<i>Un padre que no tiene la custodia de sus hijos es aquel que no vive en el hogar con su hijo. Háblenos de los padres que no tienen la custodia de cada menor que vive en su casa. Esto incluye tanto a la madre como al padre, si usted no es el padre de los menores. Si el padre biológico y el padre legal de un menor no son la misma persona, aporte la información solicitada de ambos padres. Use papel común si necesita más espacio.</i>					
5. Información del padre (o madre) que no tiene la custodia					
Nombre		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento	
Dirección postal					
Ciudad		Estado		Número de teléfono	
Empleador					
Nombres de los niños					
Relación parental (relación de los padres de los niños):			<input type="checkbox"/> Casados		<input type="checkbox"/> Viudo/a
			<input type="checkbox"/> Nunca se casaron		<input type="checkbox"/> Divorciados

6. Información del padre (o madre) que no tiene la custodia

Nombre Número de Seguro Social Fecha de nacimiento

Dirección postal

Ciudad Estado Número de teléfono

Empleador

Nombres de los niños

Relación de parental (relación de los padres de los niños): Casados Viudo/a
 Nunca se casaron Divorciados

7. Información del padre (o madre) que no tiene la custodia

Nombre Número de Seguro Social Fecha de nacimiento

Dirección postal

Ciudad Estado Número de teléfono

Empleador

Nombres de los niños

Relación de parental (relación de los padres de los niños): Casados Viudo/a
 Nunca se casaron Divorciados

For Office Use Only

Living in the home with qualified relative? Yes No

Verified by:

- Landlord statement
- School records
- Collateral
- Other

NCP: Complete form 4NCP and 4NCP Supplement, if applicable:

Lea cuidadosamente y firme a continuación

Certifico bajo pena de perjurio que la información que he aportado en esta solicitud es verdadera, completa y exacta hasta donde sé, incluso la información que he dado respecto a la ciudadanía estadounidense o situación migratoria de todos los miembros del grupo familiar. Entiendo que yo y cualquier miembro adulto del grupo familiar podemos estar sujetos a descalificación y enjuiciamiento, y se nos exigirá devolver el pago de beneficios no elegibles si a sabiendas damos información falsa, incorrecta o incompleta con el objeto de obtener o tratar de obtener asistencia financiera, para alimentos o para el cuidado infantil. Al firmar esta solicitud, doy permiso para que cualquier persona o agencia que tenga conocimiento de mis circunstancias entregue información al Departamento de Servicios para Niños y Familias.

Recuerde, usted debe entregar pruebas de la información que reportó en este formulario de solicitud y verificación de su identidad.

_____	_____
Su firma (o marca)	Fecha de la firma
_____	_____
Firma (o marca) de su esposa o esposo	Fecha de la firma
_____	_____
Firma del padre (o de la madre) soltero menor	Fecha de la firma

Si usted, o su mujer o marido, firman con una marca de "X", pídale a dos personas que atestigüen la marca; si el solicitante es ciego, pídale a tres personas que funjan de testigos.

_____	_____	_____
Testigo	Testigo	Testigo
Firma de la persona que le ayudó a completar este formulario y relación que tiene con usted		

_____	_____
Firma	Relación
_____	_____
Firma del representante de la agencia	Fecha
Deseo retirar mi _____ solicitud porque _____	_____

_____	_____
Firma del solicitante	Fecha

Registro de votantes

Si usted no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le gustaría inscribirse hoy para votar aquí?

Sí No

SI USTED NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERA QUE HA DECIDIDO EN ESTE MOMENTO NO REGISTRARSE PARA VOTAR.

El hecho de inscribirse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le será proporcionada por el Departamento de Servicios para Niños y Familias.

Si desea ayuda para llenar el formulario para registrarse, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

¿Necesita ayuda de DCFS para completar el formulario para registrarse? Sí No

Si usted cree que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse o no inscribirse para votar, en su derecho a la privacidad al decidir si inscribirse o solicitar registrarse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el Secretario de Estado de Louisiana, Comisionado de Elecciones, P.O. Caja 94125, Baton Rouge, LA 70804-9125, Teléfono: (gratis) 1-800-883-2805.

La solicitud para recibir asistencia puede presentarse por correo, por fax, en persona o en línea a través del portal del cliente CAFÉ. Si lo envía por correo, envíelo a Department of Children & Family Services ES, Document Processing Center, P. O. Box 260031, Baton Rouge, LA 70826-9918. Por fax al (225) 663-3164 o deje su solicitud en cualquier oficina parroquial local. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente llamando al 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578).

USE THIS FORM TO: 1) register to vote 2) change your address 3) request a name change 4) change party affiliation

TO REGISTER TO VOTE AND BE ELIGIBLE TO VOTE YOU MUST: 1) be a United States citizen 2) be at least 17 years old to register but must be 18 years old to vote 3) not be under an order of imprisonment for conviction of a felony 4) not be under a judgment of full interdiction or limited interdiction where your right to vote has been suspended 5) reside in the state and parish in which you seek to register and vote.

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THIS FORM: All information except your signature should be printed clearly in ink, preferably black, or typed. Fill in all boxes that apply to you.

Box 1: Indicate whether you are a citizen of the United States of America. Indicate whether you will be 18 years of age on or before election day.

Box 2: Provide full name. Do not use initials for middle or maiden name.

Box 3: 'Residence Address' means the address where you live and are registering to vote. If you claim a homestead exemption, you must list the address of that residence. Do not use a post office box for your 'Residence Address'. If you use a rural route and box number, draw a map in the space labeled 'Give Location.' Write in the names of the crossroads (streets) nearest to where you live. Draw an X to show where you live. Use a dot to show any schools, churches, stores or landmarks near where you live and write the name of the landmark. Check the box provided if mail is not delivered to your residence address by the post office. Complete 'Mailing Address' only if it is different from the 'Residence Address' or if mail is not delivered to your residence address.

Boxes 5 & 13: You must provide your LA driver's license number or LA special identification card number, if issued. If not issued, you must provide at least the last four digits of your social security number, if issued. The full social security number may be provided on a voluntary basis. If neither a social security number nor a LA driver's license number or LA special identification card number has been issued, and this form is submitted by mail, and you are registering to vote for the first time, in order to avoid additional identification requirements for first time voters, attach either a) a copy of a current and valid photo identification or b) a copy of a current utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document that shows your name and address.

Boxes 7, 11 & 12: The items 'race/ethnic origin', 'email' and 'phone' are not required but are helpful. Email is protected from disclosure by law.

Box 8: If you do not complete this item, your party affiliation will be listed as 'no party', unless you are presently registered with a party affiliation and no change is being made today. If you are not registering with a political party, circle 'no party'. The recognized political parties are Democrat, Green, Libertarian, Reform and Republican or you may specify any other party affiliation.

Box 17: If you are using this form to request a change of name, you must print the name to be changed here.

Box 18: Date and sign the card with your signature or mark.

If returned by mail, place in an envelope and mail to the appropriate registrar of voters at the address found on the reverse side of this card. If you have not been issued a social security number or Louisiana driver's license number, you must mail the required documentation with your application. Your application or envelope must be postmarked 30 days prior to the first election in which you seek to vote based on the residence listed on this application.

NOTE: 1. If you decline to register to vote, this fact will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you register to vote, the office where your application was submitted will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. 2. Your social security number will also remain confidential and is intended to be used for voter registration purposes only.

QUESTIONS? Call your Parish Registrar of Voters OR call the Department of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

COMPLETE AND CHECK ALL APPLICABLE BOXES AND CUT HERE BEFORE MAILING.

LOUISIANA VOTER REGISTRATION APPLICATION				OFFICIAL USE ONLY			
LR-1 & 1M, FORM #100				Wd / Dist _____	Pct _____	Reg Type _____	In/Out _____ REG # _____
1 Are you a citizen of the United States of America? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Will you be 18 years of age on or before election day? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> If you checked 'no' in response to either of these questions, DO NOT COMPLETE THIS FORM.							
2 NAME OF APPLICANT (PLEASE PRINT NAME) LAST _____ FIRST _____ FULL MIDDLE OR MAIDEN _____						GIVE LOCATION 	
3 RESIDENCE ADDRESS (MUST BE ADDRESS WHERE YOU CLAIM HOMESTEAD EXEMPTION, IF ANY) HOUSE OR APT. NO. & STREET (IF RURAL, ROUTE & BOX NO.) _____ CITY OR TOWN _____ STATE _____ ZIP _____							
If NO mail delivery to residential address, check here: () _____ MAILING ADDRESS, IF DIFFERENT _____							
4 DATE OF BIRTH MONTH _____ DAY _____ YEAR _____		5 * SOCIAL SECURITY # (CIRCLE ONE) NO _____ YES # _____		6 SEX (CIRCLE ONE) MALE _____ FEMALE _____		7 ** RACE / ETHNIC ORIGIN (CIRCLE ONE) WHITE _____ BLACK _____ ASIAN _____ HISPANIC _____ AMER. INDIAN _____ OTHER: _____	
8 PARTY AFFILIATION (CIRCLE ONE) DEM GRN LBT RFM REP NO PARTY OTHER (SPECIFY) _____			9 APPLICANT'S PLACE OF BIRTH CITY OR TOWN _____ PARISH OR COUNTY _____ STATE _____ COUNTRY _____			10 MOTHER'S MAIDEN NAME _____	
11 **EMAIL _____			12 ** PHONE HOME () _____ DAY () _____		13 LA DRIVER'S LICENSE / I.D. # (CIRCLE ONE) NO _____ YES # _____		14 Will you require assistance at the polls?(CIRCLE ONE) NO YES IF YES, GIVE REASON: _____
15 LAST RESIDENCE ADDRESS ADDRESS _____			16 PLACE OF LAST REGISTRATION PARISH OR COUNTY _____ STATE _____			17 FORMER REGISTERED NAME, IF APPLICABLE _____	
AFFIRMATION: I do hereby solemnly swear or affirm that I am a United States citizen, that I am at least 17 years old, that I am not currently under an order of imprisonment for conviction of a felony, that I am not currently under a judgment of full interdiction or limited interdiction where my right to vote has been suspended, that I am a bona fide resident of this state and parish, and that the facts given by me on this application are true to the best of my knowledge and belief. If I have provided false information, I may be subject to a fine of not more than \$2,000 (\$5,000 for subsequent offense) or imprisonment for not more than 2 years (5 years for subsequent offense), or both. Any false statement may constitute perjury.							
18 SIGN YOUR NAME IN BOX AT RIGHT. DATE: _____ / _____ / _____							
19 IF YOU ARE UNABLE TO SIGN YOUR NAME, TWO WITNESSES TO YOUR MARK MUST SIGN HERE. WITNESS SIGNATURE: _____				WITNESS SIGNATURE: _____			

ACADIA
568 NW Court Circle
Crowley, LA 70526-4363
(337) 788-8841
ALLEN
P. O. Box 150
Oberlin, LA 70655-0150
(337) 639-4966
ASCENSION
828 S. Irma Blvd. - #205
Gonzales, LA 70737-3631
(225) 621-5780
ASSUMPTION
P. O. Box 578
Napoleonville, LA 70390-0578
(985) 369-7347
AVOYELLES
312 N. Main St. - #E
Marksville, LA 71351-2409
(318) 253-7129
BEAUREGARD
P. O. Box 952
DeRidder, LA 70634-0952
(337) 463-7955
BIENVILLE
P. O. Box 697
Arcadia, LA 71001-0697
(318) 263-7407
BOSSIER
P. O. Box 635
Benton, LA 71006-0635
(318) 965-2301
CADDO
P. O. Box 1253
Shreveport, LA 71163-1253
(318) 226-6891
CALCASIEU
1000 Ryan St. - #7
Lake Charles, LA 70601-5250
(337) 437-3572
CALDWELL
P. O. Box 1107
Columbia, LA 71418-1107
(318) 649-7364

CAMERON
P. O. Box 1
Cameron, LA 70631-0001
(337) 775-5493
CATAHOULA
P. O. Box 215
Harrisonburg, LA 71340-0215
(318) 744-5745
CLAIBORNE
507 W. Main St. - Suite 1
Homer, LA 71040-3914
(318) 927-3332
CONCORDIA
4001 Carter St. - #4
Vidalia, LA 71373-3021
(318) 336-7770
DESOLO
105 Franklin St.
Mansfield, LA 71052-2046
(318) 872-1149
E. BATON ROUGE
222 St. Louis - #201
Baton Rouge, LA 70802-5860
(225) 389-3940
E. CARROLL
P. O. Box 708
Lake Providence, LA 71254-0708
(318) 559-2015
E. FELICIANA
P. O. Box 488
Clinton, LA 70722-0488
(225) 683-3105
EVANGELINE
200 Court St. - Ste. 102
Ville Platte, LA 70586-4463
(337) 363-5538
FRANKLIN
Courthouse
6560 Main St.
Winnsboro, LA 71295-2750
(318) 435-4489
GRANT
Courthouse
200 Main St.
Colfax, LA 71417-1828
(318) 627-9938

IBERIA
300 S. Iberia St. - #110
New Iberia, LA 70560-4543
(337) 369-4407
IBERVILLE
P. O. Box 554
Plaquemine, LA 70765-0554
(225) 687-5201
JACKSON
500 E. Court St. - #102
Jonesboro, LA 71251-3400
(318) 259-2486
JEFFERSON
P. O. Box 10494
Jefferson, LA 70181-0494
(504) 736-6191
JEFFERSON DAVIS
302 N. Cutting Ave.
Jennings, LA 70546-5361
(337) 824-0834
LAFAYETTE
1010 Lafayette St. - #313
Lafayette, LA 70501-6885
(337) 291-7140
LAFOURCHE
307 W. 4th St.
Thibodaux, LA 70301-3105
(985) 447-3256
LASALLE
P. O. Box 2439
Jena, LA 71342-2439
(318) 992-2254
LINCOLN
100 W. Texas Ave.
Ruston, LA 71270-4463
(318) 251-5110
LIVINGSTON
P. O. Box 968
Livingston, LA 70754-0968
(225) 686-3054
MADISON
100 N. Cedar St.
Tallulah, LA 71282-3892
(318) 574-2193

MOREHOUSE
129 N. Franklin St.
Bastrop, LA 71220-3815
(318) 281-1434
NATCHITOCHE
P. O. Box 677
Natchitoches, LA 71458-0677
(318) 357-2211
ORLEANS
1300 Perdido St. - #1W23
New Orleans, LA 70112-2127
(504) 658-8300
OUACHITA
122 St. John St. #114
Monroe, LA 71201-7342
(318) 327-1436
PLAQUEMINES
P. O. Box 989
Port Sulphur, LA 70083-0989
(504) 934-3620
POINTE COUPEE
211 E. Main St.
New Roads, LA 70760-3661
(225) 638-5537
RAPIDES
701 Murray St.
Alexandria, LA 71301-8099
(318) 473-6770
RED RIVER
P. O. Box 432
Coushatta, LA 71019-0432
(318) 932-5027
RICHLAND
P. O. Box 368
Rayville, LA 71269-0368
(318) 728-3582
SABINE
400 Capitol St. - #107
Many, LA 71449-3099
(318) 256-3697
ST. BERNARD
8201 W. Judge Perez - Rm. 104
Chalmette, LA 70043-1696
(504) 278-4231

ST. CHARLES
P. O. Box 315
Hahnville, LA 70057-0315
(985) 783-2731
ST. HELENA
P. O. Box 543
Greensburg, LA 70441-0543
(225) 222-4440
ST. JAMES
P. O. Box 179
Convent, LA 70723-0179
(225) 562-2330
ST. JOHN
1801 W. Airline Hwy.
LaPlace, LA 70068-3344
(985) 652-9797
ST. LANDRY
P. O. Box 818
Opelousas, LA 70571-0818
(337) 948-0572
ST. MARTIN
415 Saint Martin St.
St. Martinville, LA 70582-4549
(337) 394-2204
ST. MARY
500 Main St. - #301
Franklin, LA 70538-6144
(337) 828-4100
ST. TAMMANY
701 N. Columbia St.
Covington, LA 70433-2709
(985) 809-5500
TANGIPAHOA
P. O. Box 895
Amite, LA 70422-0895
(985) 748-3215
TENSAS
P. O. Box 183
St. Joseph, LA 71366-0183
(318) 766-3931
TERREBONNE
P. O. Box 9189
Houma, LA 70361-9189
(985) 873-6533

UNION
P. O. Box 235
Farmerville, LA 71241-0235
(318) 368-8660
VERMILION
100 N. State St. - #120
Abbeville, LA 70510
(337) 898-4324
VERNON
P. O. Box 626
Leesville, LA 71496-0626
(337) 239-3690
WASHINGTON
Courthouse Bldg.
900 Washington St.
Franklinton, LA 70438
(985) 839-7850
WEBSTER
P. O. Box 674
Minden, LA 71058-0674
(318) 377-9272
W. BATON ROUGE
P. O. Box 31
Port Allen, LA 70767-0031
(225) 336-2421
W. CARROLL
P. O. Box 71
Oak Grove, LA 71263-0071
(318) 428-2381
W. FELICIANA
P. O. Box 2490
St. Francisville, LA 70775-2490
(225) 635-6161
WINN
119 W. Main St. - Room 105
Winnfield, LA 71483-3238
(318) 628-6133

OFFICIAL USE ONLY

Address Change

Name Change

Party Change

Remarks

Circle One: PA-In Person PA-By Mail

MV RG SDA SS(Disability)

Received by: _____

PLACE IN AN ENVELOPE AND MAIL TO YOUR
REGISTRAR OF VOTERS