

Departamento de Servicios para Niños y Familias
OFS 4MR SP

Fecha de envío: _____
SSN: _____
Cantidad de casos: _____ Condado: _____

Solicitud de Asistencia continuada

Es tiempo de revisar su elegibilidad para el (Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), (anteriormente el Programa de Cupones para Alimentos), Asistencia Temporal para la Independencia Familiar (FITAP), y el Programa de Subsidio de cuidado familiar (KCSP). Si no vuelve a presentar su solicitud, sus beneficios terminarán a partir del ____/____/____.

¡IMPORTANTE! LEA CUIDADOSAMENTE. A fin de que su trabajador determine su elegibilidad continuada, debe completar una solicitud en línea para asistencia continuada, la cual se encuentra en www.dcf.louisiana.gov o completar la solicitud adjunta. Si necesita ayuda para completar la solicitud, pídale a alguien que le ayude. La solicitud será aceptada si completa su nombre, dirección **y firma**. Usted puede solicitar la asistencia que no recibe actualmente, marcando la casilla al lado de ese programa en la solicitud. Si opta por completar la solicitud adjunta en lugar de presentarla en línea, devuélvalo junto con la verificación obligatoria a la dirección indicada anteriormente.

☐ **DEBE SER ENTREVISTADO. SU SOLICITUD FIRMADA DEBE RECIBIRSE ANTES DE LA ENTREVISTA PROGRAMADA.**

☐ **La entrevista se completa con teléfono.** No tendrá que visitar la oficina para ser entrevistado. Debe presentar su solicitud en línea o devolverla completa junto con la verificación que aparece en el reverso de esta página antes del día de su entrevista para que su trabajador realice su entrevista telefónica. Su trabajador le llaman al

_____/_____/_____,
(_____)_____/_____/_____, aproximadamente _____ en
(_____)_____-_____. La llamada para la entrevista puede generarse a partir de un número de teléfono fuera de su código de área o de un número desconocido. SI SU NÚMERO DE TELÉFONO HA CAMBIADO, ESCRIBA SU NÚMERO DE TELÉFONO ACTUAL EN LA SOLICITUD PARA QUE TENGAMOS UN NÚMERO DE TELÉFONO A DONDE PODAMOS COMUNICARNOS CON USTED. Si no puede ser entrevistado en esta fecha, o si quisiera venir a la oficina de la entrevista, usted debe comunicarse con su trabajador al (_____)_____-_____, ext. _____

antes de la fecha de su cita para programar otra entrevista. **SU TRABAJADOR NO LLAMARÁ SI NO PRESENTA SU SOLICITUD EN LÍNEA, O SI NO SE RECIBE LA SOLICITUD EN LA OFICINA ANTES DE LA FECHA DE LA CITA.**

☐ La entrevista se completará en la oficina del DCFS ubicada en _____.
La entrevista ha sido programada para el _____,
_____/_____/_____ en el _____.

Si no asiste a la entrevista, pero presentó su solicitud en línea o tiene el sello postal o se recibió antes del ____/15/_____, sus beneficios podrían continuar sin interrupción si se le entrevista y proporciona toda las verificaciones necesarias antes de que termine el mes. **NO SER ENTREVISTADO OCASIONARÁ QUE SE SUSPENDAN SUS BENEFICIOS.**

☐ **USTED NO TIENE QUE SER ENTREVISTADO.** Debe presentar su solicitud en línea ni devolver su solicitud completa y **firmada junto con** todas las verificaciones necesarias que se encuentran al dorso de esta página, a más tardar _____. Usted puede comunicarse con nosotros en _____ para solicitar una entrevista.

SI SU SOLICITUD NO SE HA COMPLETADO EN LÍNEA O EL ARCHIVO NO TIENE EL SELLO POSTAL O DE RECIBIDO ANTES DEL 15 DEL MES, SU CASO SERÁ CERRADO EL DÍA HÁBIL SIGUIENTE Y DEBERÁ PRESENTAR SU SOLICITUD NUEVAMENTE.

Tiene derecho de solicitar una audiencia justa si no está de acuerdo con nuestras acciones.

Si está solicitando:	Complete estas páginas			
	1-7	8-9	10-11	12
Programa de Asistencia Temporal para la Independencia de la Familia (FITAP)	√		√	√
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)	√	√		√
Programa de Subsidio para la Atención a Familiares (KCSP)	√		√	√

VERIFICACIÓN QUE DEBE PROPORCIONAR:

- Información de sueldo o salario (comprobantes de cheques, prueba de ingresos y gastos por empleo independiente) durante al menos los últimos cuatro períodos de pago. Si no tiene comprobantes de cheques, pida que el empleador complete el formulario de verificación de salario que está al final de este formulario.
- Recibo y cantidad de cualquier otro ingreso que reciba su familia.
- Gastos médicos actuales para los miembros de la familia que estén discapacitados o tengan más de 59 años. Incluya los recibos de la farmacia de los últimos tres meses completos.
- Orden judicial u otros documentos legales con respecto a manutención infantil a alguien fuera de su casa. Incluya una prueba de que usted está haciendo pagos, tales como cheques cancelados o declaraciones de retención de salario.
- Inmunizaciones para todos los niños que reciben FITAP o KCSP.

Cordialmente,

Representante de la agencia

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

Cantidad de casos: _____ Mes de redeterminación: _____ ID de caso: _____ Vuelvo a solicitar: _____	Yo también querría solicitar (Verifique todo que aplica) ☐ SNAP ☐ FITAP ☐ KCSP																																			
A. Háblenos de usted																																				
<i>Esta información se solicita exclusivamente con el propósito de determinar el cumplimiento de DCFS con las leyes de derechos civiles federales. Su respuesta no afectará la consideración de su solicitud y puede estar protegida por la Ley de Privacidad. La información se recopila para garantizar que se distribuyan los beneficios del programa sin considerar la raza, color o nacionalidad.</i>																																				
¿Necesita una nueva tarjeta de compras de Luisiana? ☐ Sí ☐ No																																				
¿Puede leer y comprender inglés? ☐ Sí ☐ No De lo contrario, ¿qué idioma puede leer y comprender? _____																																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Nombre</td> <td style="width: 10%;">MI</td> <td style="width: 20%;">Apellido</td> <td colspan="2" style="width: 37%;">Nombre de soltera u otro nombre</td> </tr> <tr> <td>Dirección postal</td> <td>N.º de apt./lote</td> <td>Ciudad</td> <td>Estado postal</td> <td>Código</td> </tr> <tr> <td>Dirección particular (si es distinta de la postal)</td> <td>N.º de apt./lote</td> <td>Ciudad</td> <td>Estado postal</td> <td>Código</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Número de teléfono particular</td> <td colspan="2">Número de teléfono celular</td> <td colspan="2">Número de teléfono del trabajo o de otro tipo</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Número del seguro social</td> <td colspan="2">Condado de residencia</td> </tr> <tr> <td>Fecha de nacimiento</td> <td colspan="4">Dirección de correo electrónico</td> </tr> </table>		Nombre	MI	Apellido	Nombre de soltera u otro nombre		Dirección postal	N.º de apt./lote	Ciudad	Estado postal	Código	Dirección particular (si es distinta de la postal)	N.º de apt./lote	Ciudad	Estado postal	Código	()	()	()	()	()	Número de teléfono particular	Número de teléfono celular		Número de teléfono del trabajo o de otro tipo		Número del seguro social			Condado de residencia		Fecha de nacimiento	Dirección de correo electrónico			
Nombre	MI	Apellido	Nombre de soltera u otro nombre																																	
Dirección postal	N.º de apt./lote	Ciudad	Estado postal	Código																																
Dirección particular (si es distinta de la postal)	N.º de apt./lote	Ciudad	Estado postal	Código																																
()	()	()	()	()																																
Número de teléfono particular	Número de teléfono celular		Número de teléfono del trabajo o de otro tipo																																	
Número del seguro social			Condado de residencia																																	
Fecha de nacimiento	Dirección de correo electrónico																																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Estado civil: ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Nunca se ha casado ☐ Viudo </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> Origen étnico: ¿Hispano o latino? ☐ Sí ☐ No Herencia racial: (elija todas las que correspondan): ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai/de las Islas del Pacífico ☐ Indígena americano/Nativo de Alaska ☐ Negro o afroamericano </td> <td style="width: 34%; vertical-align: top;"> ¿Nivel escolar completado? _____ ¿Estudiante? ☐ Sí ☐ No ¿Ciudadano de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No Si no, ¿tiene documentos de inmigración? ☐ Sí ☐ No Fecha de ingreso a EE. UU.: _____ </td> </tr> </table>		Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Estado civil: ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Nunca se ha casado ☐ Viudo	Origen étnico: ¿Hispano o latino? ☐ Sí ☐ No Herencia racial: (elija todas las que correspondan): ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai/de las Islas del Pacífico ☐ Indígena americano/Nativo de Alaska ☐ Negro o afroamericano	¿Nivel escolar completado? _____ ¿Estudiante? ☐ Sí ☐ No ¿Ciudadano de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No Si no, ¿tiene documentos de inmigración? ☐ Sí ☐ No Fecha de ingreso a EE. UU.: _____																																
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Estado civil: ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Nunca se ha casado ☐ Viudo	Origen étnico: ¿Hispano o latino? ☐ Sí ☐ No Herencia racial: (elija todas las que correspondan): ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Nativo de Hawai/de las Islas del Pacífico ☐ Indígena americano/Nativo de Alaska ☐ Negro o afroamericano	¿Nivel escolar completado? _____ ¿Estudiante? ☐ Sí ☐ No ¿Ciudadano de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No Si no, ¿tiene documentos de inmigración? ☐ Sí ☐ No Fecha de ingreso a EE. UU.: _____																																		
B. Indique si tiene un representante autorizado																																				
<i>Un representante autorizado es alguien con quien usted nos permite hablar sobre sus beneficios de SNAP. Puede nombrar a alguien, pero no es obligatorio.</i>																																				
¿Desea tener un representante autorizado? ☐ Sí ☐ No																																				
Si responde sí, indíquenos sobre su representante autorizado.																																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Nombre del representante autorizado</td> <td style="width: 33%;">Relación con el solicitante</td> <td style="width: 34%;">() Número de teléfono</td> </tr> <tr> <td>Dirección</td> <td>Ciudad</td> <td>Estado Código postal</td> </tr> </table>		Nombre del representante autorizado	Relación con el solicitante	() Número de teléfono	Dirección	Ciudad	Estado Código postal																													
Nombre del representante autorizado	Relación con el solicitante	() Número de teléfono																																		
Dirección	Ciudad	Estado Código postal																																		

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

C. Háblenos de las otras personas en su familia; no se incluya usted

Describa a cualquier otra persona que viva en su hogar, incluso si no está presentando una solicitud por ellos. Esta información se solicita exclusivamente con el propósito de determinar el cumplimiento de DCFS con las leyes de derechos civiles federales. Su respuesta no afectará la consideración de su solicitud y puede estar protegida por la Ley de Privacidad. La información se recopila para garantizar que se distribuyan los beneficios del programa sin considerar la raza, color o nacionalidad.

No pierda en Seguro Médico **Sin Costo**. Si usted contesta la pregunta abajo, compartiremos su información con el Departamento de Salud de Louisiana (LDH). LDH se inscribirá a cualquier persona que califique y enviarán una carta con más información sobre el programa de Medicaid. Niños y adultos (bajo la edad de 65 años) pueden calificar.

FAVOR CONTESTAR LA PREGUNTA ABAJO.

- ☐ Sí, favor compartir mi información con LDH para que yo no llene otra solicitud.
- ☐ No, no comparta mi información. No necesito asistencia con solicitar Medicaid.

Miembros de la familia (escriba el nombre)	Relación con usted (NR=Sin relación)	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Sexo (M/F)	¿Es ciudadana no de EE. UU.? (Sí/No)	Nivel de ED *	Estado civil	Código de raza o étnico **
--	--------------------------------------	---------------------	-------------------------	------------	--------------------------------------	---------------	--------------	----------------------------

Apellido	Nombre	Inic. segundo nombre	Responda estas secciones solo 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 Hawai u originario de las Islas del Pacífico

N = No hispano o latino

***Nivel de educación:** señale el grado más alto completado o GED/universitario

Si necesita más espacio para miembros adicionales de la familia, puede escribir la información en una hoja adicional o solicitar un "Formulario de miembros adicionales de la familia".

Si alguna persona para la que esté presentando una solicitud no es ciudadana de EE. UU., su trabajador completará un Anexo de extranjero y una lista de comprobación con usted durante su entrevista.

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

D. Háblenos de su familia	
<i>Responda las preguntas siguientes sobre usted mismo y todas las demás personas en su hogar.</i>	
1.	¿Usted o alguien de su familia es un criminal fugitivo? ☐ Sí ☐ No
2.	¿Usted o alguien de su familia está violando su libertad condicional o bajo palabra? ☐ Sí ☐ No
3.	¿Usted o alguien en su hogar ha sido condenado como un adulto por un delito grave que ocurrió después del 7 de febrero de 2014? ¿Ha sido condenado por uno de los siguientes delitos? ☐ Sí ☐ No Abuso sexual agravado conforme a la sección 2241 del título 18, Código Penal de los EE. UU. (U.S.C.); Asesinato conforme a la sección 1111 del título 18, U.S.C.; Explotación sexual y otro tipo de abuso infantil conforme al capítulo 110 del título 18, U.S.C.; Una ofensa federal o estatal que involucre agresión sexual, como se define en la sección 40002(a) de la Ley de Violencia contra la Mujer de 1994 (42 U.S.C. 13925(a)); Una ofensa en virtud de la ley estatal determinada por el Procurador General de los Estados para que sea substancialmente parecida a la ofensa enumerada arriba.
En caso afirmativo, ¿quién? _____	
¿Está cumpliendo esta persona con los términos de su sentencia? ☐ Sí ☐ No	
4.	Usted o alguien de su familia ha sido descalificado o se han reducido o detenido sus beneficios por romper las reglas de SNAP, FITAP, KCSP o SSI? ☐ Sí ☐ No
5.	¿Usted o alguien de su familia tiene una discapacidad? ☐ Sí ☐ No
6.	¿Alguien de su familia asiste a la secundaria, universidad, escuela vocacional o técnica? ☐ Sí ☐ No
Si responde sí , complete la información siguiente para cada estudiante:	
a.	Nombre del estudiante _____ Nombre de la escuela y programa de estudios _____ ¿Cuántas horas asiste a la escuela el estudiante cada semana? _____ ¿Se considera de tiempo completo o de medio tiempo? ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo
b.	Nombre del estudiante _____ Nombre de la escuela y programa de estudios _____ ¿Cuántas horas asiste a la escuela el estudiante cada semana? _____ ¿Se considera de tiempo completo o de medio tiempo? ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo
7.	¿Suele comprar comida y preparar sus alimentos con todas las personas que viven con usted? ☐ Sí ☐ No Si responde no , ¿quién compra y prepara sus alimentos por separado? _____
8.	¿Usted o alguien de su familia ha recibido asistencia en efectivo o beneficios de SNAP de otro estado? ☐ Sí ☐ No a. Si responde sí , ¿quién? _____ b. ¿Cuándo? _____ c. ¿Qué estados? _____
9.	¿Usted o alguien de su familia tiene una solicitud pendiente de algún beneficio que no esté recibiendo aún? ☐ Sí ☐ No
10.	¿Alguien de su familia ha fallecido o abandonado el hogar desde su último informe o solicitud? ☐ Si ☐ No
11.	¿Se mudó alguien a su hogar desde su último informe o solicitud? ☐ Si ☐ No

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

E. Háblenos del trabajo en su familia

Háblenos de cualquier dinero que reciba usted o cualquier persona de su familia por trabajo, sea trabajo de tiempo completo, medio tiempo, temporal o estacional, empleo independiente, capacitación, pago de la reserva militar o trabajo por estudio. Esto incluye dinero recibido de salarios, propinas o comisiones.

1. ¿Usted o alguien de su familia trabaja? ☐ Sí ☐ No

Complete la información siguiente para **cada persona** que trabaje para un empleador. Si nadie trabaja para más de un empleador, complete un bloque separado para cada empleador. Use una hoja en blanco si necesita más espacio.

2. Persona que trabaja para un empleador

Nombre _____ Fecha de inicio _____

Nombre del empleador _____ Teléfono N.º _____

Dirección _____

¿Con qué frecuencia le pagan?

☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes
☐ Mensualmente ☐ Otro _____

¿Se le paga mediante depósito directo?

☐ Sí ☐ No

Si responde sí, ¿en qué banco o cooperativa de crédito?

Si responde no, ¿dónde hace efectivo su cheque de pago?

N.º de horas trabajadas por semana _____ Salario por hora _____

N.º de días trabajados por semana _____

¿Alguna vez trabaja horas extras?

☐ Sí ☐ No

¿con qué frecuencia?

¿Cuántas horas? _____

Si responde sí ¿gana propinas?

☐ Sí ☐ No

Si responde no, ¿cuánto?

¿Con qué frecuencia? _____

¿Es trabajo por estudio?

☐ Sí ☐ No

¿Es trabajo temporal?

☐ Sí ☐ No

Si responde sí, ¿fecha en que se espera que termine?

3. Persona que trabaja para un empleador

Nombre _____ Fecha de inicio _____

Nombre del empleador _____ Teléfono N.º _____

Dirección _____

¿Con qué frecuencia le pagan?

☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes
☐ Mensualmente ☐ Otro _____

¿Se le paga mediante depósito directo?

☐ Sí ☐ No

Si responde sí, ¿en qué banco o cooperativa de crédito?

Si responde no, ¿dónde hace efectivo su cheque de pago?

N.º de horas trabajadas por semana _____

Salario por hora _____

N.º de días trabajados por semana _____

¿Alguna vez trabaja horas extras?

☐ Sí ☐ No

Si responde sí, ¿con qué frecuencia?

¿Cuántas horas? _____

¿Gana propinas?

☐ Sí ☐ No

Si responde no,

¿cuánto?

¿Con qué frecuencia? _____

¿Es trabajo por estudio?

☐ Sí ☐ No

¿Es trabajo temporal?

☐ Sí ☐ No

Si responde sí, ¿fecha en que se espera que termine?

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

4.	¿Alguien está en huelga?	☐ Sí ☐ No										
5.	¿Algún miembro de su familia (incluido usted mismo) ha dejado de trabajar en los últimos 60 días?	☐ Sí ☐ No										
<i>Complete la información siguiente para cada persona que esté empleada independientemente. Esto incluye pescadores, proveedores de cuidados a menores, peluqueros y personas que hacen trabajos varios como cortar el césped, recoger latas, etc. Use una hoja en blanco si necesita más espacio.</i>												
6. Personas empleadas independientemente												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nombre</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nombre</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tipo de negocio</td> <td style="text-align: center;">Tipo de negocio</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ingresos mensuales del negocio</td> <td style="text-align: center;">Ingresos mensuales del negocio</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Gastos mensuales del negocio</td> <td style="text-align: center;">Gastos mensuales del negocio</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">N.º de horas trabajadas por semana</td> <td style="text-align: center;">N.º de horas trabajadas por semana</td> </tr> </table>			Nombre	Nombre	Tipo de negocio	Tipo de negocio	Ingresos mensuales del negocio	Ingresos mensuales del negocio	Gastos mensuales del negocio	Gastos mensuales del negocio	N.º de horas trabajadas por semana	N.º de horas trabajadas por semana
Nombre	Nombre											
Tipo de negocio	Tipo de negocio											
Ingresos mensuales del negocio	Ingresos mensuales del negocio											
Gastos mensuales del negocio	Gastos mensuales del negocio											
N.º de horas trabajadas por semana	N.º de horas trabajadas por semana											
7.	¿Alguien de su familia (incluido usted) está buscando trabajo?	☐ Sí ☐ No										
8.	¿Alguien de su familia es migrante o trabajador agrícola temporal?	☐ Sí ☐ No										
9.	¿Usted o alguien de su familia alquila una habitación?	☐ Sí ☐ No										
10.	¿Usted o alguien de su familia paga a alguien en su casa por sus alimentos?	☐ Sí ☐ No										
F. Infórmenos de otros ingresos												
1. ¿Usted o alguien de su familia recibe dinero de una fuente que no sea el trabajo? ☐ Sí ☐ No Si responde sí, marque cada tipo de ingresos. <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Ingresos por anualidad ☐ Ingresos por manutención de menores ☐ Aportaciones de parientes o amigos ☐ Beneficios de seguro por discapacidad ☐ Comprobación de energía ☐ Regalos ☐ Ingresos por intereses ☐ Préstamos ☐ Adjudicación militar ☐ Arrendamiento petrolero/Regalías ☐ Beneficios de ferrocarrileros ☐ Ingresos por rentas ☐ Pensión de retiro </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Inquilino o huésped ☐ Seguro Social ☐ Becas/Subsidios/Préstamos escolares ☐ SSI ☐ Manutención de cónyuge o pensión alimentaria ☐ Dinero tribal ☐ Asignación por capacitación (WIOA) ☐ Ingresos por fideicomisos ☐ Beneficios por desempleo ☐ Beneficios de veteranos ☐ Compensación para los trabajadores ☐ Otro </td> </tr> </table>			☐ Ingresos por anualidad ☐ Ingresos por manutención de menores ☐ Aportaciones de parientes o amigos ☐ Beneficios de seguro por discapacidad ☐ Comprobación de energía ☐ Regalos ☐ Ingresos por intereses ☐ Préstamos ☐ Adjudicación militar ☐ Arrendamiento petrolero/Regalías ☐ Beneficios de ferrocarrileros ☐ Ingresos por rentas ☐ Pensión de retiro	☐ Inquilino o huésped ☐ Seguro Social ☐ Becas/Subsidios/Préstamos escolares ☐ SSI ☐ Manutención de cónyuge o pensión alimentaria ☐ Dinero tribal ☐ Asignación por capacitación (WIOA) ☐ Ingresos por fideicomisos ☐ Beneficios por desempleo ☐ Beneficios de veteranos ☐ Compensación para los trabajadores ☐ Otro								
☐ Ingresos por anualidad ☐ Ingresos por manutención de menores ☐ Aportaciones de parientes o amigos ☐ Beneficios de seguro por discapacidad ☐ Comprobación de energía ☐ Regalos ☐ Ingresos por intereses ☐ Préstamos ☐ Adjudicación militar ☐ Arrendamiento petrolero/Regalías ☐ Beneficios de ferrocarrileros ☐ Ingresos por rentas ☐ Pensión de retiro	☐ Inquilino o huésped ☐ Seguro Social ☐ Becas/Subsidios/Préstamos escolares ☐ SSI ☐ Manutención de cónyuge o pensión alimentaria ☐ Dinero tribal ☐ Asignación por capacitación (WIOA) ☐ Ingresos por fideicomisos ☐ Beneficios por desempleo ☐ Beneficios de veteranos ☐ Compensación para los trabajadores ☐ Otro											

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

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.*

Nombre	Tipo de ingreso	Cantidad	Con qué frecuencia (semanal, mensual, etc.)	¿Espera que estos ingresos finalicen?
				☐ Sí ☐ No Si responde sí, ¿cuándo?
				☐ Sí ☐ No Si responde sí, ¿cuándo?
				☐ Sí ☐ No Si responde sí, ¿cuándo?
				☐ Sí ☐ No Si responde sí, ¿cuándo?

3. ¿Alguien tiene orden de un tribunal para pagarle manutención de menores a usted o a alguien de su familia? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Usted o alguien de su familia recibe dinero del padre de un menor que no tenga orden del tribunal para pagar? ☐ Sí ☐ No

G. Háblenos de sus gastos

Para recibir la mayor cantidad de beneficios posible, tiene que hablarnos de los gastos de su familia. No informar de los gastos abajo indicados se considerará una declaración por parte de su familia de que no desea recibir una deducción por el gasto no reportado.

GASTOS DE VIVIENDA

1. Marque cada tipo de gasto de vivienda que tenga usted o cualquier persona de su familia.

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ☐ Renta | ☐ Electricidad |
| ☐ Hipotecas (si está comprando) | ☐ Combustible |
| ☐ Renta de lote | ☐ Drenaje |
| ☐ Seguro de propietario | ☐ Agua |
| ☐ Seguro contra inundaciones | ☐ Basura |
| ☐ Impuesto sobre propiedades | ☐ Teléfono |
| ☐ Cuotas de condominio | ☐ Otro |

2. *Para cada casilla marcada en el N.º 1 de esta sección, complete la información siguiente.*

Tipo de gasto de vivienda	Nombre y número de teléfono de la persona o compañía a la que se le pagó	Cantidad	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

3.	¿Usted paga los gastos de vivienda para un hogar en el que ya no vive, pero al que tiene planificado volver?	☐ Sí ☐ No
4.	¿Es su familia responsable de pagar una factura de servicios públicos por el uso de un calefactor o aire acondicionado?	☐ Sí ☐ No
5.	¿Alguien le ayuda a pagar sus gastos de vivienda?	☐ Sí ☐ No
6.	¿Recibe asistencia para la energía? Si responde sí , ¿la asistencia es por medio del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)?	☐ Sí ☐ No
7.	¿Alguna de las rentas que paga se usa para pagar los servicios públicos?	☐ Sí ☐ No

GASTOS DE CUIDADO DE DEPENDIENTES

1.	¿Le paga usted o cualquiera en su grupo familiar a alguien para cuidar a un hijo o a un adulto anciano o discapacitado, para que usted o el miembro del grupo familiar pueda trabajar, asistir a una capacitación o escuela, o buscar trabajo?	☐ Sí ☐ No
2.	Si responde sí , complete la información siguiente:	

A quién se le paga	Nombre y número de teléfono de la persona a quien se le paga	Cantidad pagada	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)

GASTOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES

1.	¿Alguien de su familia paga manutención de menores ordenada por un tribunal?	☐ Sí ☐ No
	Si responde sí , complete la información siguiente:	

Quién paga	A quién le paga	Cantidad	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)

GASTOS MÉDICOS

*Podemos permitir una deducción médica en su caso de SNAP para cada miembro de la familia 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**.*

1.	¿Hay alguien de su familia que tenga una discapacidad o tenga más de 59 años de edad?	☐ Sí ☐ No
	Si responde sí , responda las preguntas de esta sección. Si responde no , pase a la sección Recursos de la familia en la siguiente página.	
2.	¿Esta persona tiene que pagar gastos médicos?	☐ Sí ☐ No
	a. Si responde sí , ¿desea verificar estos gastos de modo que pueda obtener una deducción médica?	☐ Sí ☐ No
	b. Marque cada gasto médico que tenga esta persona.	
	☐ Facturas dentales ☐ Facturas de hospital ☐ Seguro médico o Primas de Medicare ☐ Aparatos médicos	☐ Medicamentos con receta Prima de Plan de medicamentos con receta ☐ Residencia de ancianos ☐ Otros

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

3. <i>Para cada casilla marcada en el N.º 2 en la página 7, complete la siguiente información.</i>				
Nombres	Tipo de gasto	Cantidad	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)	
4. ¿Alguna persona mayor o discapacitada incluida en listados abajo tiene costos de transporte médico? ☐ Sí ☐ No				
a. ¿Esta persona usa su propio vehículo o el vehículo de un miembro de la familia? ☐ Sí ☐ No				
b. Si responde sí , complete la información siguiente:				
Nombre de la persona	Enumere todos los lugares visitados para efectos médicos (por ej., médicos, farmacia, hospital, etc.)	N.º de millas viajadas en viaje redondo	Número de visitas por mes	
c. ¿Esta persona le paga a alguien que no sea miembro de la familia para tener transporte médico? ☐ Sí ☐ No				
d. Si responde sí , 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
Si necesita más espacio, puede escribir la información en una hoja en blanco.				
5. ¿Se reembolsará a usted o a cualquier otra persona de su familia por alguno de los gastos médicos arriba enumerados? ☐ Sí ☐ No				
6. ¿Alguien le ayuda a pagar los gastos médicos? ☐ Sí ☐ No				

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

H. Háblenos acerca de los recursos de su familia

Los recursos incluyen efectivo, dinero en el banco, certificados de depósito, acciones y bonos. Los recursos no incluyen posesiones personales como joyería, muebles, equipo eléctrico o ropa.

1. Marque cada recurso abajo indicado que tenga usted o cualquiera de su familia.

- | | |
|--|--|
| ☐ Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Cheques)

☐ Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Ahorros)

☐ Cuenta mancomunada
☐ Bonos
☐ Dinero disponible
☐ Certificado de depósito (CD) | ☐ Cuentas de mercado de valores
☐ Fondos de inversión

☐ Bono de ahorro
☐ Acciones |
|--|--|

2. Para cada casilla marcada arriba, complete la información siguiente.

A nombre de quién está indicado el recurso	Tipo de recurso	Cuánto vale	Dónde está el recurso (incluya el nombre del banco o empresa donde se guarda el dinero, etc.)

3. ¿Usted o alguien en su familia recibió un reembolso de impuestos federales en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Usted o alguien de su familia recibió o espera recibir una cantidad de dinero? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Su nombre o el nombre de alguien de su familia aparecen en un banco o cooperativa de crédito cuenta con otra persona? ☐ Sí ☐ No
- a. Si responde sí, ¿qué nombres figuran en la cuenta? _____
- b. ¿Por qué está este nombre en la cuenta? _____
- c. ¿Alguien más hace depósitos en esta cuenta? _____
- d. Si responde sí, quién y cuánto por mes? _____
6. ¿Usted o alguien más de su familia ha vendido, intercambiado, regalado o transferido un recurso en los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No

SI ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS DE SNAP ÚNICAMENTE, PASE A LA PÁGINA 12.

**DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS
SOLO DEBE COMPLETAR ESTA PÁGINA SI ESTÁ SOLICITANDO FITAP O KCSP**

I. FITAP o KCSP		
1. ¿Está solicitando FITAP o KCSP? ☐ Sí ☐ No Si responde sí, complete esta página. Si responde no, pase a la página 12.		
2. ¿Usted o alguien de su familia tiene que alejarse de una situación de abuso? ☐ Sí ☐ No		
3. ¿Las vacunas de los niños están al día? ☐ Sí ☐ No Si responde no, ¿quién? _____ ¿Por qué? _____		
4. ¿Usted o alguien de su familia está embarazada? ☐ Sí ☐ No Si responde sí, ¿quién? _____ Fecha de parto: _____		
SEGURO MÉDICO		
5. ¿Usted o alguien de su familia puede obtener seguro médico por medio de un empleador? ☐ Sí ☐ No		
AVALES		
6. Complete la información siguiente para dos personas que no estén relacionadas con usted que puedan verificar la situación de su familia.		
Nombre	Dirección	Número de teléfono durante el día
CUSTODIA		
7. Si no es el padre de los menores por los cuales está presentando la solicitud, ¿tiene su custodia legal? ☐ Sí ☐ No a. Si responde sí, complete la información siguiente:		
Menores de los cuales tiene la custodia	Tipo de custodia	Fecha de vigencia de la custodia
<i>Un padre no custodio es aquel que no vive en el hogar con su hijo. Háblenos de otros padres no custodios 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, proporcione la información solicitada de ambos padres. Use una hoja en blanco si necesita más espacio.</i>		
8. Información del padre que no tenga la custodia		
Nombre	Número del seguro social	Fecha de nacimiento
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Número de teléfono
Empleador		
Nombres de los niños		
Relación de paternidad (relación de los padres de los niños):		☐ Casado ☐ Viudo ☐ Nunca casado ☐ Divorciado

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

9. Información del padre que no tenga la custodia

Nombre	Número del seguro social	Fecha de nacimiento
--------	--------------------------	---------------------

Dirección postal

Ciudad	Estado	Número de teléfono
--------	--------	--------------------

Empleador

Nombres de los niños

Relación de paternidad (relación de los padres de los niños):	☐ Casado	☐ Viudo
	☐ Nunca casado	☐ Divorciado

10. Información del padre que no tenga la custodia

Nombre	Número del seguro social	Fecha de nacimiento
--------	--------------------------	---------------------

Dirección postal

Ciudad	Estado	Número de teléfono
--------	--------	--------------------

Empleador

Nombres de los niños

Relación de paternidad (relación de los padres de los niños):	☐ Casado	☐ Viudo
	☐ Nunca casado	☐ Divorciado

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

Lea cuidadosamente y firme abajo			
Certifico bajo pena de perjurio que la información que he brindado en esta solicitud es verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender, incluida la información que he brindado con respecto a la condena por ciertos delitos y con respecto a la ciudadanía de los EE. UU. o el estado migratorio de todos los miembros de la familia. Entiendo que yo y cualquier miembro adulto de la casa estaremos sujetos a descalificación y procesamiento, y se nos exigirá que reembolsemos los beneficios no elegibles si a sabiendas brindamos información falsa, incorrecta o incompleta para obtener o tratar de obtener asistencia financiera o alimenticia. Al firmar esta solicitud, doy permiso para que cualquier persona o agencia que tenga conocimiento de mis circunstancias divulgue información al Departamento de Servicios para Niños y Familias.			
Recuerde, 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 cónyuge		Fecha de la firma	
Firma del padre soltero del menor		Fecha de la firma	
Si usted, o su cónyuge, firman con una marca de "X", pídeles a dos personas atestiguar la marca; si el solicitante es ciego, pídeles a tres personas que funjan como testigos.			
Testigo		Testigo	Testigo
Firma de la persona que le ayudó a completar este formulario y qué parentesco tiene con usted			
Firma		Relaciones	
Firma del representante de la agencia		Fecha	

Correo postal	Fax	En línea	Personalmente
Department of Children and Family Services ES Document Processing Center P. O. Box 260031 Baton Rouge, LA 70826-9918	(225) 663-3164	Portal del cliente CAFÉ' www.dcfsl.a.gov/CAFE	Cualquier oficina de DCFS

Voter Registration

If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today? (Check one)

☐ I want to register to vote.

☐ I do not want to register to vote.

IF YOU DO NOT CHECK EITHER BOX, YOU WILL BE CONSIDERED TO HAVE DECIDED NOT TO REGISTER TO VOTE AT THIS TIME.

Applying to register or declining to register to vote **will not** affect the amount of assistance that you will be provided by this agency. Voter eligibility requirements are found on the voter registration application form.

Note: If you do register to vote, the location where your application was submitted will remain confidential. If you decline to register to vote, this fact will remain confidential. Applying to register or declining to register to vote will be used **only** for voter registration purposes.

If you would like help in filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

(Check one)

☐ Yes, I would like help.

☐ No, I do not want help.

For assistance in completing the voter registration application form outside our office, contact the Department of Children and Family Services at 1-888-LAHELPU or 1-888-524-3578.

If completed outside our office, this declaration form and your completed voter registration application form (if you filled one out) should be returned to the DCFS ES Document Processing Center at P.O. Box 260031, Baton Rouge, LA 70826-9918.

Signature or Mark

Name Typed or Printed

Date

Signatures of Two Witnesses If Signed With Mark:

1) _____ 2) _____

COMPLAINTS

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with the Louisiana Secretary of State, Commissioner of Elections, P.O. Box 94125, Baton Rouge, LA 70804-9125 or by calling (225) 922-0900 or 1-800-883-2805.

Comments/Remarks: (for official use only)

This Page Intentionally Left Blank



Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 6/19)

SEE THE OTHER SIDE OF THIS PAGE FOR INSTRUCTIONS →
QUESTIONS? - Call your parish Registrar of Voters Office or call the Secretary of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

OFFICIAL USE ONLY: WD: PCT: REG. TYPE: IN/OUT: REG #

Please print clearly in ink, preferably black.

Reason for Application: ☐ New Voter Registration ☐ Updating Voter Registration

Eligibility	1.	Are you a citizen of the United States of America? ☐ Yes ☐ No		If you checked 'No' in response to either of these questions, do not complete this form. You are not eligible to vote at this time. (Please see application instructions for information regarding eligibility to register prior to age 18.)	
		Will you be 18 years of age on or before election day? ☐ Yes ☐ No			
Name	2.	LAST NAME: _____		FIRST NAME: _____	
		FULL MIDDLE OR MAIDEN NAME: _____		SUFFIX (Sr., Jr., II): _____	
Residence Address (Where you live and claim homestead exemption, if any)		HOUSE # & STREET (NO P.O. BOX): _____		UNIT/APT #: _____	
		CITY/TOWN: _____ STATE: <u>LA</u> ZIP CODE: _____			
Mailing Address (If different from Residence Address)	3.	☐ Check if no postal service at your residence address above and supply mailing address here.			
		HOUSE # & STREET/P.O. BOX: _____		UNIT/APT #: _____	
		CITY/TOWN: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____			
Date of Birth	4.	MM / DD / YYYY	5. *SSN	6. Sex	7. Race
			XXX - XX - XXXX	☐ M ☐ F	☐ WHITE ☐ BLACK ☐ ASIAN ☐ HISPANIC ☐ AMERICAN INDIAN ☐ OTHER
Party Affiliation	8.	☐ DEMOCRAT ☐ GREEN ☐ INDEPENDENT ☐ LIBERTARIAN ☐ REPUBLICAN ☐ NO PARTY ☐ OTHER (Specify) _____		9. Place of Birth	
				CITY/TOWN: _____ STATE: _____ PARISH/COUNTY: _____ COUNTRY: _____	
Mother's Maiden Name	10.	11. Email		12. Phone	Home: () - Other: () -
LA DL/ID Card #	13.	☐ I do not have a LA DL/ID card.		14. Do you need assistance in voting?	☐ No ☐ Yes, Reason: _____
Last Residence Address	15.	HOUSE # & STREET: _____		16. Place of Last Registration	17. Former Registered Name, if any
		CITY: _____ STATE: _____		STATE: _____ PARISH/COUNTY: _____	
Affirmation and Signature (Read and sign or make your mark.)	18.	I do hereby solemnly swear or affirm that I am a United States citizen, that I am of eligible age to register to vote, that I have not been incarcerated pursuant to an order of imprisonment for conviction of a felony within the past five years, nor am I under an order of imprisonment for a felony offense of election fraud or other election offense pursuant to R.S. 18:1461.2, 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.			
		Applicant Signature: ☒		Date: _____	
Witnesses (If your signature is a mark, you must have two witnesses sign.)	19.	Witness #1 Signature: ☒		Witness #1 Print Name: _____	
		Witness #2 Signature: ☒		Witness #2 Print Name: _____	

* If you do not have a LA driver's license or LA special ID, the last four digits of your social security number are required if you have one. Full SSN is preferred but optional.

Note: 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. You may request a copy of your voter registration form at any time from the registrar of voters.

OFFICIAL USE ONLY

☐ New Registration Updated Registration: ☐ Address Change ☐ Name Change ☐ Party Change ☐ Change to Assistance in Voting ☐ Other

REMARKS: _____

CIRCLE ONE: PA MV RG SDA SS (Disability)

Received by: _____ Date: _____

Provided by the Louisiana Secretary of State

Approved by the Louisiana Attorney General

LA-VRA - Rev. 6/19



Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 6/19)

QUESTIONS? - Call your parish Registrar of Voters Office or call the Secretary of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

APPLICATION INSTRUCTIONS

USE THIS LOUISIANA VOTER REGISTRATION APPLICATION TO: 1) register to vote; 2) change your address; 3) request a name change; 4) change party affiliation; or 5) request assistance in voting.

TO REGISTER AND BE ELIGIBLE TO VOTE, AN APPLICANT MUST: 1) be a U.S. citizen; 2) be at least 17 years old (16 years old if registering to vote in person at the Registrar's Office or with an application for a Louisiana driver's license) but must be 18 years old before actually voting; 3) not be under an order of imprisonment for conviction of a felony or, if under such an order, not have been incarcerated pursuant to the order within the last five years and not be under an order of imprisonment related to a felony conviction for election fraud or any other election offense pursuant to R.S. 18:1461.2; 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: the gray section numbers on this page correspond to the gray section numbers on the application.

Reason for Application: Check "New Voter Registration" if this is a first time registration or if a new registration in a new parish after moving. Check "Updating Voter Registration" if you are making any change to your present registration. If new registration, fill out the form completely.

1. **Eligibility** - Federal law requires you to affirm that you are a citizen of the United States of America and that you will be 18 years of age on or before the election day in which you are eligible to vote. If you checked 'No' in response to either of these questions, do not complete this form. You are not eligible to vote at this time. If you are registering as a 16 or 17 year old, you may check "Yes" because you will not be allowed to vote until you are 18.
2. **Name** - You **must** provide your full name. Do not use nicknames or initials for middle or maiden name. *If this application is for a change of name, please also complete section 17: "Former Registered Name."*
3. **Residence Address** - "Residence Address" means the address (number, street, city, state, and zip) where you live and are registering to vote. Residence address **must** be the address where you claim homestead exemption, if any, except for a resident in a nursing home or veterans' home who may choose to use the address of the nursing home or veterans' home or the home where they have a homestead exemption. A college student may elect to use their home address or their address at school while attending. Do not use a post office box for your "Residence Address." If you use a rural route and box number, you may draw a map in box labeled "Give Location" to provide the exact location. Write in the names of the crossroads (streets) nearest to residence. Draw an X to show residence. Use a dot to show any schools, churches, stores, or landmarks near residence and write the name of the landmark.
- Mailing Address** - If you check that you do not receive postal service at your residence address, you **must** provide your mailing address (number, street, city, state, and zip). Otherwise, a mailing address may be provided and you may use a post office box for a mailing address.
4. **Birthdate** - Print your date of birth. *The month and day of your birth remains confidential by law.*
- Social Security Number** - If you do not have a LA driver's license or LA special identification card, you **must** provide the last four digits of your social security number, if issued. The full social security number is preferred and may be provided on a voluntary basis and will be kept confidential. If you were not issued a social security number or a LA DL or ID 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 you **must** attach one or more documents to prove your identity, residence, and date of birth. Documents may be: a) a copy of current and valid photo identification and/or b) a copy of a current utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document. *Your SSN remains confidential and is only used for registration purposes.*
5. **Sex** - Check male or female *(for statistical purposes only).*
7. **Race** - Race/Ethnic origin is optional *(for statistical purposes only).*
8. **Party Affiliation** - If you are registering for the first time, you may choose a party affiliation of Democrat, Green, Independent, Libertarian, or Republican parties. You may specify any other party affiliation by checking "other" and then listing the party with which you wish to affiliate. If you do not want to register with a political party affiliation check "No Party," or if you do not complete this section, your party affiliation will be listed as "No Party." If you are already registered with a party affiliation and no political party change is being made with this application, you may leave this section blank or re-enter your political party affiliation.
9. **Place of Birth** - Print the city/town, parish/county, state, and country of your birth place *(for statistical purposes only).*
10. **Mother's Maiden Name** - Print your mother's maiden name, which is her last name at her birth. If unknown, write "unknown."
11. **Email** - Give your email address for election officials to contact you if there is a problem with your registration. *Email addresses are protected from disclosure by law and are for official use only.*
12. **Phone** - Give your phone numbers for election officials to contact you if there is a problem with your registration. *Phone numbers are optional and a public record unless you make a request for your phone numbers to be kept confidential by election officials.*
13. **LA DL/ID Card #** - Print your LA driver's license or LA special identification card number, if issued. If you do not have one, check "I do not have a LA DL/ID card." *This ID number remains confidential and is for official use only.*
14. **Assistance in Voting Needed?** - Indicate if you will need assistance in voting by checking either the "No" or "Yes" box. If "Yes," write the reason for needing assistance. The registrar of voters in your parish may contact you for proof of disability.
15. **Place of Last Residence** - Print the address (number, street, city, and state) of your prior residence, if different from residence address in section 3 or write "Same."
16. **Place of Last Registration** - Print the state and parish (or county) of your last registration if you were registered in another parish or state prior to completing this application. **Important:** *Contact the local election office in your prior state and cancel your prior registration. Registering in Louisiana does not automatically cancel or transfer your voter registration from another state.*
17. **Former Registered Name** - If you are using this application to make a name change to your registration, print your former registered name (name you are changing) in this section. If name changed by court order, provide a copy of the order with this application.
18. **Affirmation and Signature** - Read the affirmation and sign your full name or make your mark and print the date this application was signed and completed. *If assistance in registering is being provided, make sure the applicant understands what they are affirming and that they meet the requirements to register to vote.*
19. **Witnesses** - If you are unable to sign your name, you may make your mark, but it **must** be witnessed by two people or it is not valid.

Mailing Instructions - If returned by mail, place in an envelope and mail to your Registrar of Voters Office. You can find your registrar of voters mailing address on the Registrar of Voters Address Page, by visiting our website at www.geauxvote.com or by calling toll free at 1-800-883-2805. Your application or envelope **must** be postmarked 30 days prior to the first election in which you seek to vote.

Online Voter Registration - Voter registration is also available at www.geauxvote.com and you may register online before the 20th day prior to the election. Please call your registrar of voters if you do not receive your voter information card two weeks after registering.



Louisiana Registrars of Voters Address Page

(Rev. 12/21)

QUESTIONS? - Call your parish Registrar of Voters Office or call the Secretary of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

LOUISIANA REGISTRARS OF VOTERS OFFICE ADDRESSES

ACADIA 568 NW Court Circle Crowley, LA 70526-4363 (337) 788-8841	EAST BATON ROUGE 222 St. Louis St., Rm. 201 Baton Rouge, LA 70802-5860 (225) 389-3940	MADISON 100 N. Cedar St., Rm. #5 Tallulah, LA 71282-3892 (318) 574-2193	ST. LANDRY P.O. Box 818 Opelousas, LA 70571-0818 (337) 948-0572
ALLEN P.O. Box 150 Oberlin, LA 70655-0150 (337) 639-4966	EAST CARROLL P.O. Box 708 Lake Providence, LA 71254-0708 (318) 559-2015	MOREHOUSE 129 N. Franklin St., Ste. 1 Bastrop, LA 71220-3815 (318) 281-1434	ST. MARTIN 415 Saint Martin St. St. Martinville, LA 70582-4549 (337) 394-2204
ASCENSION 828 S. Irma Blvd., Rm. 205 Gonzales, LA 70737-3631 (225) 621-5780	EAST FELICIANA P.O. Box 488 Clinton, LA 70722-0488 (225) 683-3105	NATCHITOCHE P.O. Box 677 Natchitoches, LA 71458-0677 (318) 357-2211	ST. MARY 500 Main St., Courthouse, Rm. 301 Franklin, LA 70538-6144 (337) 828-4100, ext. 360
ASSUMPTION P.O. Box 578 Napoleonville, LA 70390-0578 (985) 369-7347	EVANGELINE 200 Court St., Ste. 102 Ville Platte, LA 70586-4463 (337) 363-5538	ORLEANS 1300 Perdido St., Rm. 1W24 New Orleans, LA 70112-2127 (504) 658-8300	ST. TAMMANY 701 N. Columbia St. Covington, LA 70433-2709 (985) 809-5500
AVOYELLES 312 N. Main St., Ste. E Marksville, LA 71351-2409 (318) 253-7129	FRANKLIN 6560 Main St. Winnsboro, LA 71295-2750 (318) 435-4489	OUACHITA 1650 Desiard St., Rm. 125 Monroe, LA 71201 (318) 327-1436	TANGIPAHOA P.O. Box 895 Amite, LA 70422-0895 (985) 748-3215
BEAUREGARD P.O. Box 952 DeRidder, LA 70634-0952 (337) 463-7955	GRANT 200 Main St., Courthouse Bldg. Colfax, LA 71417-1828 (318) 627-9938	PLAQUEMINES P.O. Box 989 Port Sulphur, LA 70083-0989 (504) 934-3620	TENSAS P.O. Box 183 St. Joseph, LA 71366-0183 (318) 766-3931
BIENVILLE P.O. Box 697 Arcadia, LA 71001-0697 (318) 263-7407	IBERIA 300 S. Iberia St., Ste. 110 New Iberia, LA 70560-4543 (337) 369-4407	POINTE COUPEE P.O. Box 520 New Roads, LA 70760-0520 (225) 638-5537	TERREBONNE 8026 Main St., Ste. 101 Houma, LA 70360 (985) 873-6533
BOSSIER P.O. Box 635 Benton, LA 71006-0635 (318) 965-2301	IBERVILLE P.O. Box 554 Plaquemine, LA 70765-0554 (225) 687-5201	RAPIDES 701 Murray St. Alexandria, LA 71301-8099 (318) 473-6770	UNION P.O. Box 235 Farmerville, LA 71241-0235 (318) 368-8660
CADDO P.O. Box 1253 Shreveport, LA 71163-1253 (318) 226-6891	JACKSON 500 E. Court St., Rm. 102 Jonesboro, LA 71251-3400 (318) 259-2486	RED RIVER P.O. Box 432 Coushatta, LA 71019-0432 (318) 932-5027	VERMILION 100 N. State St., Ste. 120 Abbeville, LA 70510 (337) 898-4324
CALCASIEU 1000 Ryan St., Rm. 7 Lake Charles, LA 70601-5250 (337) 721-4000	JEFFERSON P.O. Box 10494 Jefferson, LA 70181-0494 (504) 736-6191	RICHLAND P.O. Box 368 Rayville, LA 71269-0368 (318) 728-3582	VERNON P.O. Box 626 Leesville, LA 71496-0626 (337) 239-3690
CALDWELL P.O. Box 1107 Columbia, LA 71418-1107 (318) 649-7364	JEFFERSON DAVIS 302 N. Cutting Ave. Jennings, LA 70546-5361 (337) 824-0834	SABINE 400 Capitol St., #107 Many, LA 71449-3099 (318) 256-3697	WASHINGTON 900 Washington St., Ste. 3 Franklinton, LA 70438-1719 (985) 839-7850
CAMERON P.O. Box 1 Cameron, LA 70631-0001 (337) 775-5493	LAFAYETTE 1010 Lafayette St., Ste. 313 Lafayette, LA 70501-6885 (337) 291-7140	ST. BERNARD 8201 W. Judge Perez Dr. Chalmette, LA 70043-1696 (504) 278-4231	WEBSTER P.O. Box 674 Minden, LA 71058-0674 (318) 377-9272
CATAHOULA P.O. Box 215 Harrisonburg, LA 71340-0215 (318) 744-5745	LAFOURCHE 307 W. 4th St. Thibodaux, LA 70301-3105 (985) 447-3256	ST. CHARLES P.O. Box 315 Hahnville, LA 70057-0315 (985) 783-5120	WEST BATON ROUGE P.O. Box 31 Port Allen, LA 70767-0031 (225) 336-2421
CLAIBORNE 507 W. Main St., Ste. 1 Homer, LA 71040-3914 (318) 927-3332	LASALLE P.O. Box 2439 Jena, LA 71342-2439 (318) 992-2254	ST. HELENA P.O. Box 543 Greensburg, LA 70441-0543 (225) 222-4440	WEST CARROLL P.O. Box 71 Oak Grove, LA 71263-0071 (318) 428-2381
CONCORDIA 4001 Carter St., Ste. K Vidalia, LA 71373-3021 (318) 336-7770	LINCOLN 100 W. Texas Ave., #10 Ruston, LA 71270-4463 (318) 251-5110	ST. JAMES P.O. Box 179 Convent, LA 70723-0179 (225) 562-2330	WEST FELICIANA P.O. Box 2490 St. Francisville, LA 70775-2490 (225) 635-6161
DESOTO 104 Crosby St. Mansfield, LA 71052-2046 (318) 872-1149	LIVINGSTON P.O. Box 968 Livingston, LA 70754-0968 (225) 686-3054	ST. JOHN 1811 W. Airline Hwy. LaPlace, LA 70068-3344 (985) 359-0179	WINN 119 W. Main St., Rm. 105 Winnfield, LA 71483-3238 (318) 628-6133

CONSERVE ESTA PÁGINA PARA SUS REGISTROS

¿Qué haremos con la información que nos proporcione?

- La información que nos proporcione en su formulario de solicitud será verificada por las 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 los beneficios.
- La situación de extranjero de los miembros de la familia puede verse sujeta a la verificación por medio del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) y puede afectar la elegibilidad y la cantidad de los beneficios.

¿Por qué necesitamos su número del seguro social y está obligado a darlo?

- La recopilación de información solicitada en el formulario de solicitud, incluidos los números del seguro social (NSS) de los miembros de la familia, es voluntaria y está autorizada de conformidad con la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, (7 U.S.C. 2011-2036), según las enmiendas. No proporcionar esta información requerida, incluidos los NSS de los miembros de la familia, dará como resultado la inelegibilidad para SNAP y para asistencia en efectivo.
- Los NSS se usan en revisiones de programas estatales y federales, auditorías y concordancia por computadora con otras agencias tales como la Comisión de Fuerza Laboral de Louisiana, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Ingresos Fiscales, etc., mediante el Sistema Estatal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad.
- Los NSS se usan para:
 - recopilar información de otras fuentes,
 - comprobar la identidad de los miembros de la familia,
 - determinar si su familia es elegible, y
 - evitar que las familias obtengan más beneficios de los que tienen derecho a recibir.
- De conformidad con la Ley de Privacidad de 1974 (P.L. 93-579), los NSS se pueden entregar por varios motivos, incluidos los directamente relacionados con la administración del Programa de Cumplimiento de la Manutención de Menores.

Derechos y responsabilidades

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

¿Cuáles son sus derechos?

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y reglamentaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), religión, discapacidad, edad, creencia política o tomar represalias por actividades de derechos civiles previas.

La información del programa podría estar disponible en idiomas que no sean inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, grabación de audio, lengua de señas americana) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde se postularon para los beneficios. Los individuos que sean sordos, tengan dificultades auditivas o del habla pueden contactar al USDA por medio del Servicio Federal de Relé llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación del programa, el demandante debe completar un Formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form (Formulario de queja por discriminación del programa del USDA) que se puede obtener en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002->

[508-11-28-17Fax2Mail.pdf](#), en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o por medio de una carta enviada por correo postal al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, su dirección, número de teléfono y una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria en suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de la presunta violación a los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta se deben enviar a:

1. **correo:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o
2. **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **correo electrónico:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución proporciona igualdad de oportunidades.

Se puede presentar una denuncia relacionada con el programa ante el Department of Children and Family Services (DCFS) enviando un correo electrónico a LAHELPU.DCFS@LA.GOV o llamando al 225-342-2342.

- **Audiencia justa** - Si no está de acuerdo con cualquier decisión que se tome en su caso, tiene derecho a pedir la revisión de su caso. Puede decirnos que desea una audiencia justo por escrito, en persona o llamando a la oficina. Tiene 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 reclamos por beneficios de SNAP. También se puede dar información de su caso a funcionarios del cumplimiento de la ley para atrapar a las personas prófugas para evadir la ley y para la investigación de delitos o violaciones de la libertad condicional o bajo palabra.
- **Registro electoral** - Si usted no está registrado para votar donde vive actualmente, en la solicitud de asistencia puede indicar que le gustaría solicitar su registro para votar. Tenga en cuenta que se resguardará la confidencialidad de la información que brinde al organismo y que se usará únicamente a los efectos del registro electoral. El hecho de solicitar el registro para votar o de no hacerlo no afectará el nivel de asistencia o servicios que pueda recibir de parte del Departamento de Servicios para Niños y Familias (Department of Children and Family Services, DCFS). El DCFS le brindará ayuda para completar una Solicitud de Registro Electoral de Louisiana, a menos que se deniegue la asistencia. Puede llenar el formulario de solicitud en forma privada.

¿Cuáles son sus responsabilidades?

- **Cooperación** - Tiene que cooperar proporcionando la información que necesitamos para determinar su elegibilidad para los beneficios que esté solicitando para usted o para otras personas. También tiene que dar pruebas de la información que proporciona. 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 de los cambios** –
Si recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), debe informar si:
 - El ingreso mensual de su grupo familiar aumenta de tal forma que supere el límite de ingresos brutos para el tamaño de su grupo familiar. Esto incluye informar el ingreso de una persona que se muda a su vivienda si el ingreso de esta persona combinado con el ingreso del SNAP de su grupo familiar supera el límite de ingresos brutos para su grupo familiar.
 - En el caso de que su grupo familiar incluya a un adulto físicamente capaz sin dependientes (Able-Bodied Adult Without Dependent, ABAWD), debe informar los cambios en las horas de trabajo o de capacitación del ABAWD que esté sujeto al plazo del SNAP si el cambio implica que el ABAWD trabaje o participe en programas de capacitación, en promedio, menos de 20 horas por semana o menos de 80 horas por mes.
 - Su grupo familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar por \$3500 o más, obtenidas en un único juego, antes de los impuestos u otras retenciones.Estos cambios deben informarse antes del día 10 del mes siguiente al mes en el que ocurre el cambio.

Además, si usted recibe:

- 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.

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

- FITAP o KCSP - 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 familia cambia en más de \$50 al mes.
 - La cantidad de los ingresos ganados de su familia cambia en más de \$100 al mes.
 - Alguien se muda a o de su casa.
 - Usted se muda.
 - La asistencia escolar de cualquier persona de 18 años de edad en su casa.
 - El estado civil de cualquier persona de su casa.

Información sobre servicios no monetarios

Es posible que su grupo familiar esté autorizado a recibir los siguientes servicios no monetarios financiados por la Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o el Mantenimiento de Esfuerzo (Maintenance of Effort, MOE). Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.dcf.louisiana.gov o comuníquese con la oficina local del Departamento de Servicios para Niños y Familias (Department of Children and Family Services, DCFS).

- **Programa de trabajos para los graduados de Estados Unidos del estado de Luisiana (JAGS-LA):** ayuda a que estudiantes (de 12 a 21 años) que corren el riesgo de fracasar en la escuela y que enfrentan al menos dos obstáculos para lograr el éxito, lo que puede incluir obstáculos económicos, académicos, personales, del entorno o relacionados con el trabajo, continúen sus estudios; ayuda a los jóvenes no escolarizados que necesitan educación secundaria; proporciona una vía para alcanzar logros académicos; y asiste a los estudiantes para que finalmente obtengan credenciales reconocidas que les permitirán terminar la escuela y acceder a la educación superior o la fuerza laboral. Llame al 225-219-0368.
- **Programa de asociación de enfermeros y familias:** asiste a madres primerizas de bajos ingresos que no tienen más de 28 semanas de embarazo ofreciéndoles servicios de enfermería a domicilio desde de la etapa inicial del embarazo hasta los dos primeros años de vida del niño. Llame al 504-219-9520 o al 337-898-6097.
- **Defensores especiales designados por el tribunal (CASA):** mejora la estabilidad familiar al facilitar vínculos entre la familia o el niño en particular y los recursos o sistemas de la comunidad por medio de defensores capacitados, calificados y supervisados, quienes proporcionan comunicación especializada, el transporte necesario, recopilación de información exhaustiva y eficiente, y otros servicios identificados para cada caso concreto. Llame al 225-930-0305 o al 1-888-567-2272.
- **Programas de tribunales de tratamiento de drogas:** combina el tratamiento y la educación con la capacidad de un juez supervisor de dar incentivos y aplicar sanciones sobre la base del desempeño de los clientes mientras reciben tratamiento. El tratamiento se hace en la comunidad y los participantes del tribunal de tratamiento de drogas deben reunirse con el juez regularmente para evaluar el progreso. Llame al 504-568-2020.
- **Alternativas al aborto:** provee servicios de intervención que incluyen intervención en crisis, asesoramiento, mentorías, servicios de apoyo e información sobre el cuidado prenatal, además de información y remisiones con respecto al parto, la adopción y la crianza de hijos saludables para ayudar a asegurar embarazos saludables y a término como una alternativa al aborto.
- **Programa público de preescolar LA 4:** provee educación preescolar de alta calidad para niños de 4 años de edad de bajos ingresos en los distritos escolares públicos participantes y en las escuelas subvencionadas.

Multas	
Si deliberadamente proporciona información incorrecta, sus beneficios de SNAP asistencia en efectivo pueden denegarse, reducirse o darse por terminados, y usted puede verse sujeto a un proceso penal.	
¿Qué multas se aplican en el programa SNAP?	
Si hace lo siguiente:	La consecuencia será:
● Ocultar información o dar información falsa ● Vender o comerciar con los beneficios de SNAP o las tarjetas de EBT ● Usar beneficios de SNAP para comprar artículos no elegibles, como alcohol o tabaco ● Usar los beneficios de SNAP de otra persona ● Pagar los alimentos comprados a crédito con los beneficios de SNAP	Perder sus beneficios de SNAP por: ● 1 año por la primera violación ● 2 años por la segunda violación ● Permanentemente por la tercera violación También se le puede multar hasta con \$250,000 o encarcelar hasta por 20 años, o ambos.
● Intercambiar beneficios de SNAP por drogas ilegales	Perder sus beneficios de SNAP por: ● 2 años por la primera violación ● Permanentemente por la segunda violación
● Intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, munición o explosivos ● Vender, comprar o comerciar con beneficios de SNAP de \$500 o más	● Perder sus beneficios de SNAP permanentemente
● Proporcionar información falsa sobre quién es o dónde vive para recibir beneficios en más de un caso al mismo tiempo	● Perder sus beneficios de SNAP durante 10 años.
¿Qué multas se aplican en FITAP y KCSP?	
Si hace lo siguiente:	La consecuencia será:
● Esconder información o proporcionar información falsa	Perder sus beneficios: ● Durante 1 año por la primera violación ● Durante 2 años por la segunda violación ● Permanentemente por la tercera violación También puede recibir una multa de hasta \$50,000 o se le puede encarcelar por hasta 20 años o ambas cosas.
● Usa su tarjeta EBT: ➢ 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,	Perder sus beneficios: ● Durante 1 año por la primera violación ● Durante 2 años por la segunda violación ● Permanentemente por la tercera violación

➤ 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: ➤ en cualquier tienda minorista para comprar una bebida alcohólica, ➤ en cualquier tienda minorista para comprar productos derivados del tabaco, ➤ en cualquier tienda minorista para comprar boletos de lotería, o ➤ en cualquier tienda al por menor para la compra de joyas.	
● Proporcionar información falsa sobre dónde vive para recibir beneficios en dos o más estados al mismo tiempo	● Perder sus beneficios durante 10 años.

Para obtener más información acerca de los programas y servicios o para obtener información específica sobre su caso, llame al 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578).

This Page Intentionally Left Blank

Case ID: _____

Lea cuidadosamente lo siguiente e indique las formas en que usted ayuda:

¿Le ha dado dinero directamente a la persona arriba indicada o a cualquier miembro de su familia, en los últimos dos meses? ☐ Sí ☐ No

Si responde sí, indique las cantidades y la razón. Por ejemplo: para ayudar a apoyar a su hijo, para ayudar a pagar su alquiler, servicios públicos, etc.

¿Tiene previsto continuar con estas contribuciones de modo periódico? ☐ Sí ☐ No

Si responde sí, ¿qué cantidad? _____

¿Con qué frecuencia? ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual
☐ Dos veces al mes

2. Préstamos (DINERO QUE NO ESPERA QUE LE DEVUELVAN)

¿Le ha prestado dinero directamente a la persona arriba indicada o a cualquier miembro de su familia, en los últimos dos meses? ☐ Sí ☐ No

Si responde sí, ¿qué cantidad? _____

¿Con qué frecuencia? ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual
☐ Dos veces al mes

3. Pagos a otra persona (DINERO NO ENTREGADO DIRECTAMENTE A UN MIEMBRO DE LA FAMILIA)

¿Ha pagado la renta, servicios públicos, facturas médicas o de otro tipo directamente a una empresa o persona fuera de la casa de la persona arriba indicada, o a cualquier otro miembro de su familia, en los últimos dos meses? ☐ Sí ☐ No Si responde sí, indique los detalles abajo:

Gasto pagado	Cantidad pagada	A quién se pagó	Con qué frecuencia se pagó (semanal, mensual, etc.)

Su firma: _____ Fecha: _____
 Número de teléfono al que se pueda hablar con usted durante el día: _____ .
 Dirección: _____

27

This Page Intentionally Left Blank

WAGE VERIFICATION
TO BE COMPLETED BY EMPLOYER IF CHECK STUBS ARE NOT AVAILABLE

Name of Employee: _____ SSN: _____

Name of Employer: _____ Date Employment Started: _____

Check how often employee is (was or will be) paid (i.e. PAY PERIOD).

☐ Weekly ☐ Twice Monthly (pay dates): _____
☐ Every two weeks ☐ Monthly

Is the employee paid by Direct Deposit? ☐ Yes ☐ No

If yes, at what bank or credit union? _____

If employment is new:

Number of hours expected to work **per WEEK** _____ **per PAY PERIOD** _____

Hourly rate of Pay _____

Number of hours of overtime expected to work **per WEEK** _____ **per PAY PERIOD** _____

Hourly rate of overtime pay _____

If Tips are expected to be received, amount of Tips **per WEEK** _____ **per PAY PERIOD** _____

First check date: _____ Pay period ending: _____ Anticipated gross amount of first check : _____

Complete chart below to show wages for the last 4 pay periods.

Pay Period Ending	Date Wages Received Or Anticipated	Hours Worked	Hourly Pay Rate	Gross Pay	Tips Received

Is there an anticipated change in the number of hours or rate of pay? ☐ Yes ☐ No

If yes, Date of Change? _____

What type of change is anticipated? _____

Number of hours expected to work per week _____ Per pay period _____ Hourly rate of pay _____

Has the employee voluntarily and without good cause quit or reduced their work hours in order to work less than 30 hours per week? ☐ Yes ☐ No

If yes, explain: _____

Are you aware of any other income this person may be receiving? **If yes**, source and amount: _____

If employment terminated, give date and reason no longer employed. _____

Date Signed _____ Employer's Signature _____ Employer's Phone Number _____

Employer's Printed Name or Stamp