

Department of Children and Family Services
OFS 4MR VN

Ngày Gửi Qua Đường Bưu Điện: _____

Số An Sinh Xã Hội: _____
Số Hồ Sơ: _____ Thị xã: _____

Đơn xin tiếp tục nhận trợ cấp

Đó là thời gian để xem xét tình trạng của tình trạng hội đủ điều kiện cho chương trình Bổ sung dinh dưỡng hỗ trợ (SNAP) (trước đây là Chương trình Food Stamp), Độc lập gia đình Hỗ trợ tạm thời (FITAP), và Chương trình trợ cấp chăm sóc quan hệ họ hàng (KCSP). Nếu quý vị không nộp đơn xin lại, trợ cấp của quý vị sẽ ngừng bắt đầu từ ____/____/____.

QUAN TRỌNG! XIN ĐỌC KỸ. Để cho người lao động của quý vị để thiết lập điều kiện tiếp tục của quý vị, quý vị phải hoàn thành một dòng trên đơn xin hỗ trợ tiếp tục đặt tại www.dcf.louisiana.gov hoặc hoàn tất các đơn xin kèm theo. Nếu quý vị cần giúp đỡ trong việc hoàn thành các đơn xin, quý vị có thể yêu cầu một người nào đó để giúp quý vị. Ứng dụng này sẽ được chấp nhận nếu quý vị điền tên, địa chỉ và chữ ký của quý vị. Quý vị có thể áp dụng để được hỗ trợ hiện tại quý vị không nhận được bằng cách kiểm tra hộp cho rằng chương trình đơn xin. Nếu quý vị chọn để hoàn thành các đơn xin kèm theo thay vì đơn xin trên đường đây, xin vui lòng trở lại cùng với việc xác minh yêu cầu tới địa chỉ hiển thị ở trên.

☐ Quý vị PHẢI ĐƯỢC PHÒNG VẤN.. **ÁP DỤNG CỦA QUÝ VỊ PHẢI NHẬN TRƯỚC NGÀY PHÒNG VẤN CÁC.**

☐ **Cuộc phỏng vấn của quý vị sẽ được hoàn thành điện thoại.** Quý vị sẽ không cần phải đi vào văn phòng giáo xứ để được phỏng vấn. Quý vị phải trình đơn xin của quý vị trực tuyến hoặc trả lại đơn xin của quý vị hoàn thành và xác minh tất cả được liệt kê ở mặt sau của trang này trước ngày phỏng vấn của quý vị cho người lao động của quý vị để tiến hành cuộc phỏng vấn qua điện thoại của quý vị. Nhân viên của quý vị sẽ gọi cho quý vị vào ____/____/____ Khoảng ____ tai (____) ____ - ____ . Các gọi của quý vị cho cuộc phỏng vấn của quý vị có thể tạo ra từ một số điện thoại bên ngoài của mã vùng của quý vị hoặc từ một số không rõ. **NẾU QUÝ VỊ SỐ ĐIỆN THOẠI ĐÃ THAY ĐỔI, PUT ĐIỆN THOẠI HIỆN TẠI CỦA QUÝ VỊ VỀ SỐ MẪU ĐƠN SO RẰNG CHÚNG TÔI CÓ MỘT SỐ ĐIỆN THOẠI NƠI QUÝ VỊ ĐƯỢC.** Nếu quý vị có thể không được phỏng vấn vào ngày này, hoặc nếu quý vị muốn đi vào văn phòng cho các cuộc phỏng vấn, quý vị phải liên hệ với nhân viên của quý vị tại (____) ____ - ____ , ext. ____ trước ngày hẹn của quý vị lịch trình một cuộc phỏng vấn. **CÁC CÔNG NHÂN SẼ KHÔNG GỌI NẾU ÁP DỤNG CỦA QUÝ VỊ KHÔNG TRÌNH TRỰC TUYẾN HOẶC ÁP DỤNG LÀ KHÔNG TRONG VĂN PHÒNG CỦA NGÀY BỎ NHIỆM CỦA QUÝ VỊ.**

☐ Cuộc phỏng vấn của quý vị sẽ được hoàn thành DCFS văn phòng đặt tại ____ . Cuộc phỏng vấn này đã được dự kiến ____/____/____ tại ____ .

Nếu quý vị bỏ lỡ cuộc phỏng vấn của quý vị, nhưng đơn xin của quý vị đã được gửi trực tuyến hoặc được đóng dấu bưu điện hoặc nhận được bởi ____/15/____ , lợi ích của quý vị có thể tiếp tục mà không cần nghỉ ngơi nếu quý vị đang phỏng vấn và cung cấp tất cả các xác minh cần thiết trước khi kết thúc của tháng. **KHÔNG ĐƯỢC PHÒNG VẤN KẾT QUẢ TRONG SẼ ĐƯỢC LỢI ÍCH CỦA QUÝ VỊ DỪNG LẠI.**

☐ **QUÝ VỊ KHÔNG CÓ ĐƯỢC PHÒNG VẤN.** Quý vị phải nộp đơn xin trực tuyến hoặc quay trở lại hoàn thành của quý vị, **ký kết** đơn xin và tất cả các xác minh yêu cầu được liệt kê ở mặt sau của trang này ____ . Quý vị có thể liên hệ với chúng tôi tại ____ Để yêu cầu một cuộc phỏng vấn.

MAU ĐƠN CỦA Quý vị KHÔNG ĐƯỢC GỬI TRỰC TUYẾN HOẶC đơn xin KHÔNG ĐƯỢC ĐÓNG DẤU BƯU ĐIỆN HOẶC NHẬN ĐƯỢC VÀO NGÀY 15 CỦA THÁNG, TRƯỜNG HỢP CỦA Quý vị CỦA QUÝ VỊ SẼ ĐƯỢC ĐÓNG CỬA VỀ VIỆC NGÀY LÂM VIỆC NEXT VÀ QUÝ VỊ SẼ CÓ PHẢI NỘP ĐƠN XIN LẠI.

Quý vị có quyền xin một buổi điều trần công bằng nếu không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

Nếu quý vị đang nộp đơn xin:	Điền các trang này			
	1-7	8-9	10-11	14
Chương Trình Trợ Cấp Tạm Thời cho Gia Đình Sống Tự Túc (Family Independence Temporary Assistance Program - FITAP)	√		√	√
Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)	√	√		√
Chương Trình Trợ Cấp Chăm Sóc Kinship (KCSP)	√		√	√

GIẤY TỜ XÁC MINH MÀ QUÝ VỊ PHẢI CUNG CẤP:

- Thông tin về lương bổng (cuống phiếu lương, bằng chứng về lợi tức và các khoản chi phí từ cơ sở tự kinh doanh) cho ít nhất bốn kỳ lương gần đây nhất. Nếu quý vị không có cuống phiếu lương, hãy nhờ hãng sở điền phần xác nhận về lương bổng ở cuối mẫu điền này.
- Biên lai và số tiền của bất kỳ khoản lợi tức nào khác mà hộ gia đình quý vị nhận được.
- Các khoản chi phí hiện tại cho các thành viên gia đình bị khuyết tật hoặc trên 59 tuổi. Bao gồm cả biên lai tiệm thuốc cho ba tháng trọn vẹn mới đây nhất.
- Toà án hoặc các giấy tờ pháp lý khác liên quan đến hỗ trợ nuôi con bên ngoài nhà của quý vị. Bao gồm bằng chứng rằng quý vị đang thực hiện các khoản thanh toán chi phiếu đa trả tiền hoặc báo cáo khấu trừ tiền lương.
- Chứng ngửa cho mỗi trẻ được nhận trợ cấp FITAP, hoặc KCSP.

Trân trọng,

Đại Diện Cơ Quan

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

Số hồ sơ _____ Tháng tái quyết định: _____ Số ID Hồ Sơ: _____ Tôi nộp đơn xin lại cho: _____		Tôi muốn nộp đơn xin (đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp): ☐ SNAP ☐ FITAP ☐ KCSP		
A. Thông Tin Về Quý Vị				
<i>Thông tin này chỉ được yêu cầu cho mục đích xác định việc tuân thủ DCFS với luật quyền công dân Liên bang. Phản ứng của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến việc xem xét đơn đăng ký và có thể được bảo vệ bởi Đạo Luật Quyền Riêng Tư. Thông tin đang được thu thập để đảm bảo rằng phúc lợi của chương trình được phân phối bất kể chủng tộc, màu da, hoặc nguồn gốc quốc gia.</i>				
Quý vị có cần Thẻ Mua Hàng Louisiana mới không? ☐ Có ☐ Không				
Quý vị có đọc và hiểu được tiếng Anh không? ☐ Có (S) ☐ Không Nếu không , quý vị có thể đọc và hiểu ngôn ngữ nào? _____				
Tên	Tên Đệm Viết Tắt	Họ	Tên Trước Khi Lập Gia Đình hoặc Tên Khác	
Địa Chỉ Bưu Tín	Số Căn Hộ/Lô Đất	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã bưu điện
Địa Chỉ Nhà	Số Căn Hộ/Lô Đất	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã bưu điện
()	()	()	()	
Số Điện Thoại Nhà	Số Điện Thoại Di Động	Số Điện Thoại tại Sở Làm hoặc Số Điện Thoại Khác	Quận/thị xã cư ngụ:	
Số An Sinh Xã Hội		Ngày Tháng Năm Sinh	Địa Chỉ Thư Điện Tử	
Phái Tính: ☐ Nam ☐ Nữ Tình Trạng Hôn Nhân: ☐ Đã Lập Gia Đình ☐ Ly Thân ☐ Ly Dị ☐ Chưa Bao Giờ Kết Hôn ☐ Góa Bụa		Sắc Tộc: Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha/La-tinh? ☐ Có ☐ Không Nguồn Gốc Sắc Tộc (đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp): ☐ Á châu ☐ Người Da Trắng ☐ Thổ Dân Hawaii/ Thổ Dân Đảo Thái Bình Dương ☐ Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ/ Thổ Dân Alaska ☐ Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi châu		
		Trình độ học vấn cao nhất? _____ Hiện đang đi học? ☐ Có ☐ Không Công dân Hoa Kỳ? ☐ Có ☐ Không Nếu không, quý vị có giấy tờ di trú không? ☐ Có ☐ Không Ngày nhập cảnh vào Hoa Kỳ : _____		
B. Cho Chúng Tôi Biết Nếu Quý Vị Có Người Đại Diện Được Ủy Quyền				
<i>Người Đại Diện Được Ủy Quyền là người mà quý vị cho phép chúng tôi nói chuyện về trợ cấp SNAP. Quý vị có thể nêu tên ai đó, tuy nhiên việc này là không bắt buộc.</i>				
Quý vị có muốn có một Đại Diện Được Ủy Quyền không? ☐ Có ☐ Không Nếu có , hãy cho chúng tôi biết Người Đại Diện Được Ủy Quyền của quý vị.				
Tên của Người Đại Diện Được Ủy Quyền		Quan hệ với người nộp đơn	() Số điện thoại	
Địa chỉ	Thành Phố	Tiểu bang	Mã Zip	

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

C. Cho Chúng Tôi Biết Thông Tin về Những Người Khác Trong Hộ Gia Đình Của Quý Vị – Không Kể Quý Vị

Liệt kê tất cả những người khác sống trong gia đình quý vị, ngay cả khi quý vị không đăng ký cho họ. Thông tin này chỉ được yêu cầu cho mục đích xác định việc tuân thủ DCFS với luật quyền công dân Liên bang. Trả lời của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến việc xem xét đơn đăng ký và có thể được bảo vệ bởi Đạo Luật Quyền Riêng Tư. Thông tin đang được thu thập để đảm bảo rằng phúc lợi của chương trình được phân phối bất kể chủng tộc, màu da, hoặc nguồn gốc quốc gia.

Đừng bỏ lỡ Bảo Hiểm Y **Tê Miễn** Phí. Nếu quý vị trả lời các câu hỏi dưới đây, chúng tôi sẽ chia sẻ những gì quý vị đã nhập vào ứng dụng này với Sở Y Tế Bang Louisiana (LDH). LDH sẽ đăng ký bất cứ ai đủ điều kiện và gửi cho quý vị một lá thư với nhiều thông tin về chương trình Medicaid. Trẻ em và người lớn (dưới 65 tuổi mà không có Medicare) có thể hội đủ điều kiện.

XIN TRẢ LỜI CÂU HỎI DƯỚI ĐÂY.

☐ Có, xin vui lòng chia sẻ thông tin của tôi với LDH vì vậy tôi không cần phải hoàn thành một ứng dụng khác.

☐ Không, xin vui lòng không chia sẻ thông tin của tôi. Đừng giúp tôi có được Medicaid.

Các Thành Viên Trong Gia Đình (Ghi Tên)	Mối liên hệ với quý vị (NR=Không Có Quan Hệ Ruột Thịt)	Sơ Sinh Ngày	Số An Sinh Xã Hội	Phái tính (Nam/Nữ)	Mỹ Hoa Kỳ? (Có/Không)	Trình Độ Học Vấn *	Tình Trạng Hôn Nhân	Mã Số Chủng Tộc Sắc Tộc **
Họ Tên Tên Đệm Viết Tắt	Chỉ điền những mục này cho những ai cần trợ cấp							
**Sắc Tộc: (Quý vị có thể chọn nhiều sắc tộc)						*Chủng Tộc:		
AN = Thổ Dân Alaska WH = Da Trắng BL = Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu						Y = Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh		
AI = Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ AS = Á Châu PI = Thổ Dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương khác						N = Không Phải là Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh		
*Trình Độ Học Vấn: Trình độ học vấn cao nhất hoặc GED/đại học								
Nếu cần thêm chỗ để ghi tên các thành viên khác trong gia đình, quý vị có thể ghi thông tin này trong một tờ giấy trắng hoặc đề nghị cung cấp tờ “Mẫu Đơn Dành Cho Các Thành Viên Gia Đình Khác”. Nếu bất kỳ ai mà quý vị đang nộp đơn xin không phải là công dân S. nhân viên phụ trách của quý vị sẽ điền Danh Sách và Phụ Lục Dành Cho Ngoại Kiều cùng với quý vị trong buổi phỏng vấn của quý vị.								

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

D. Những Thông Tin về Hộ Gia Đình Của Quý Vị

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây cho bản thân quý vị và tất cả những người khác trong gia đình quý vị.

1. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có phải là người phạm trọng tội bỏ trốn không? ☐ Có ☐ Không
2. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có vi phạm lệnh tha bổng có quản chế hoặc tha bổng có điều kiện không? ☐ Có ☐ Không
3. Bạn hoặc bất cứ ai trong hộ gia đình bạn đã bị kết án là người lớn phạm trọng tội xảy ra sau ngày 7 tháng 2 năm 2014, vì một trong những tội sau đây chưa?
 Lạm dụng tình dục nghiêm trọng theo mục 2241 của title 18, U.S.C.; Giết người theo mục 1111 của title 18, U.S.C.; Lạm dụng tình dục trẻ em và lạm dụng trẻ em khác theo chương 110 của title 18, U.S.C.; Hành vi phạm tội của Liên bang hoặc Tiểu bang liên quan đến tấn công tình dục, như được định nghĩa trong mục 40002(a) của Đạo luật Bảo hành Phụ nữ năm 1994 (42 U.S.C. 13925(a)); Hành vi phạm tội theo luật Tiểu bang được Tổng Chương lý xác định là tương tự như một hành vi phạm tội nêu trên.
 Nếu có thì là ai?
 Người này có tuân thủ các điều khoản trong hình phạt của họ không? ☐ Có ☐ Không
4. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị không hội đủ điều kiện hoặc có trợ cấp bị giảm bớt hoặc chấm dứt do vi phạm các nội qui của SNAP, FITAP, KCSP, hoặc SSI không? ☐ Có ☐ Không
5. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có khuyết tật không? ☐ Có ☐ Không
6. Trong gia đình quý vị có ai đi học trung học, cao đẳng, đại học hoặc trường kỹ thuật dạy nghề không?
Nếu có, xin điền phần sau đây cho mỗi người hiện đang đi học:
 a.

Tên của Học Sinh	Tên của Trường và Chương Trình học
Học sinh đó đi học bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____	
Trường hợp này được coi là toàn thời gian hay bán thời gian? ☐ Toàn Thời Gian ☐ Bán Thời Gian	
- b.

Tên của Học Sinh	Tên của Trường và Chương Trình học
Học sinh đó đi học bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____	
Trường hợp này được coi là toàn thời gian hay bán thời gian? ☐ Toàn Thời Gian ☐ Bán Thời Gian	
7. Quý vị có thường mua thực phẩm và nấu ăn cùng với tất cả mọi người sống chung với quý vị không? ☐ Có ☐ Không
Nếu không, ai mua và nấu ăn riêng? _____
8. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có nhận được trợ cấp tiền mặt hoặc trợ cấp SNAP từ tiểu bang khác không? ☐ Có ☐ Không
 - a. **Nếu có**, đó là ai? _____
 - b. Khi nào? _____
 - c. Tiểu bang nào? _____
9. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có đơn xin đang chờ giải quyết cho bất kỳ khoản trợ cấp nào mà quý vị vẫn chưa được nhận không? ☐ Có ☐ Không
10. Trong nhà quý vị có ai qua đời hoặc rời nhà quý vị kể từ lần báo cáo hoặc nộp đơn xin gần đây nhất không? ☐ Có ☐ Không
11. Có ai chuyển tới nhà quý vị kể từ lần báo cáo hoặc nộp đơn xin gần đây nhất không? ☐ Có ☐ Không

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

E. Công Việc Của Gia Đình Quý Vị			
<i>Cho chúng tôi biết bất kỳ số tiền số tiền nào hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị nhận được do đi làm, trong đó bao gồm cả công việc toàn thời gian, bán thời gian, tạm thời hoặc công việc theo thời vụ, tự kinh doanh, huấn luyện, tiền lương dự bị quân đội hoặc vừa học vừa làm. Trong đó bao gồm cả số tiền nhận được từ lương bổng, tiền thưởng công hoặc tiền hoa hồng.</i>			
1. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị hiện có đi làm không? ☐ Có ☐ Không			
<i>Điền thông tin sau đây cho mỗi người làm việc cho một hãng sở nào đó. Nếu bất kỳ ai làm việc cho hơn một hãng sở, vui lòng điền một ô riêng cho mỗi hãng sở. Dùng giấy trắng nếu quý vị cần thêm chỗ để viết.</i>			
2. Người Làm Việc Cho Một Hãng Sở			
Tên _____		Ngày Bắt Đầu _____	
Tên của Hãng Sở _____		Số Điện Thoại _____	
Địa chỉ _____			
Trả lương thường xuyên như thế nào? ☐ Hàng tuần ☐ Hàng tháng		☐ Hai tuần một lần ☐ Hai lần một tháng	
Nhận Lương qua Ký Thác Trực Tiếp? ☐ Có ☐ Không		☐ Nơi Khác _____	
Nếu có , tại ngân hàng hoặc nghiệp đoàn tín dụng nào? _____			
Nếu không , quý vị quy đổi ngân phiếu lương của mình ra tiền mặt ở đâu? _____			
Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____		Mức lương theo giờ _____	
Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____			
Quý vị có bao giờ làm việc ngoài giờ không? ☐ Có ☐ Không			
Nếu có , thường xuyên như thế nào? _____		Bao nhiêu giờ? _____	
Có kiếm được tiền thưởng công không? ☐ Có ☐ Không			
Nếu có , bao nhiêu? _____		Thường xuyên như thế nào? _____	
Đây có phải là Công Trình Nghiên Cứu không? ☐ Có ☐ Không			
Công việc này có phải là tạm thời không? ☐ Có ☐ Không			
Nếu có , ngày dự kiến kết thúc công việc? _____			
3. Người Làm Việc Cho Một Hãng Sở			
Tên _____		Ngày Bắt Đầu _____	
Tên của Hãng Sở _____		Số Điện Thoại _____	
Địa chỉ _____			
Trả lương thường xuyên như thế nào? ☐ Hàng tuần ☐ Hàng tháng		☐ Hai tuần một lần ☐ Hai lần một tháng	
Nhận Lương qua Ký Thác Trực Tiếp? ☐ Có ☐ Không		☐ Nơi Khác _____	
Nếu có , tại ngân hàng hoặc nghiệp đoàn tín dụng nào? _____			
Nếu không , quý vị quy đổi ngân phiếu lương của mình ra tiền mặt ở đâu? _____			
Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____		Mức lương theo giờ _____	
Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____			
Quý vị có bao giờ làm việc ngoài giờ không? ☐ Có ☐ Không			
Nếu có , thường xuyên như thế nào? _____		Bao nhiêu giờ? _____	
Có kiếm được tiền thưởng công không? ☐ Có ☐ Không			
Nếu có , bao nhiêu? _____		Thường xuyên như thế nào? _____	
Đây có phải là Công Trình Nghiên Cứu không? ☐ Có ☐ Không			
Công việc này có phải là tạm thời không? ☐ Có ☐ Không			
Nếu có , ngày dự kiến kết thúc công việc? _____			

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

4.	Có ai đang tham gia đình công không?	☐ Có ☐ Không										
5.	Có bất kỳ người nào trong hộ gia đình quý vị (bao gồm cả quý vị) ngừng làm việc trong 60 ngày qua không?	☐ Có ☐ Không										
<i>Điền thông tin sau đây cho mỗi người tự kinh doanh. Bao gồm cả các ngư dân đánh cá, những người cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ, thợ cắt tóc và những người làm các công việc đặc biệt như cắt cỏ, nhặt lon, v.v... sử dụng giấy trắng nếu quý vị cần thêm chỗ để viết.</i>												
6. Những Người Tự Kinh Doanh												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Tên</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Tên</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Hình thức kinh doanh</td> <td style="text-align: center;">Hình thức kinh doanh</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Lợi Tức Kinh Doanh Hàng Tháng</td> <td style="text-align: center;">Lợi Tức Kinh Doanh Hàng Tháng</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Chi Phí Kinh Doanh Hàng Tháng</td> <td style="text-align: center;">Chi Phí Kinh Doanh Hàng Tháng</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Số giờ làm việc trong mỗi một tuần</td> <td style="text-align: center;">Số giờ làm việc trong mỗi một tuần</td> </tr> </table>			Tên	Tên	Hình thức kinh doanh	Hình thức kinh doanh	Lợi Tức Kinh Doanh Hàng Tháng	Lợi Tức Kinh Doanh Hàng Tháng	Chi Phí Kinh Doanh Hàng Tháng	Chi Phí Kinh Doanh Hàng Tháng	Số giờ làm việc trong mỗi một tuần	Số giờ làm việc trong mỗi một tuần
Tên	Tên											
Hình thức kinh doanh	Hình thức kinh doanh											
Lợi Tức Kinh Doanh Hàng Tháng	Lợi Tức Kinh Doanh Hàng Tháng											
Chi Phí Kinh Doanh Hàng Tháng	Chi Phí Kinh Doanh Hàng Tháng											
Số giờ làm việc trong mỗi một tuần	Số giờ làm việc trong mỗi một tuần											
7.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có đang tìm việc không?	☐ Có ☐ Không										
8.	Trong gia đình quý vị có ai làm việc theo thời vụ tại các nông trại hoặc di dân không?	☐ Có ☐ Không										
9.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có thuê phòng không?	☐ Có ☐ Không										
10.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình của quý vị trả tiền người khác trong nhà của quý vị cho các bữa ăn?	☐ Có ☐ Không										
F. Thông Tin Về Nguồn Lợi Tức Khác												
1.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có nguồn tiền khác không phải do đi làm mà có không? ☐ Có ☐ Không Nếu có , đánh dấu vào mỗi dạng lợi tức.											
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Lợi Tức Niên Kim ☐ Lợi Tức Chu Cấp Nuôi Con ☐ Các Khoản Đóng Góp Từ Gia Đình/Quý vị Bè ☐ Tiền Bảo Hiểm Khuyết Tật ☐ Ngân Phiếu Trợ Cấp Năng Lượng ☐ Lợi Tức Từ Lãi Xuất ☐ Các Khoản Vay ☐ Định Mức Trợ Cấp Quân Đội ☐ Tiền Tác Quyền/Hợp Đồng Cho Thuê Khai Thác Dầu ☐ Trợ Cấp Ngành Hòa Xa ☐ Lợi Tức Từ Cho Thuê Nhà ☐ Trợ Cấp Hưu Trí </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Người Ăn Ở Trọ ☐ An Sinh Xã Hội ☐ Các Khoản Học Bổng/Trợ Cấp/Tiền Vay Đi Học ☐ SSI ☐ Tiền Cấp Dưỡng Cho Vợ/Chồng Đã Ly Dị ☐ Tiền Của Bộ Tộc ☐ Trợ Cấp Huấn Luyện (WIOA) ☐ Lợi Tức Tín Thác ☐ Trợ Cấp Thất Nghiệp ☐ Trợ Cấp Cựu Chiến Binh ☐ Bảo Hiểm Tai Nạn Lao Động ☐ Các Khoản Khác </td> </tr> </table>			☐ Lợi Tức Niên Kim ☐ Lợi Tức Chu Cấp Nuôi Con ☐ Các Khoản Đóng Góp Từ Gia Đình/Quý vị Bè ☐ Tiền Bảo Hiểm Khuyết Tật ☐ Ngân Phiếu Trợ Cấp Năng Lượng ☐ Lợi Tức Từ Lãi Xuất ☐ Các Khoản Vay ☐ Định Mức Trợ Cấp Quân Đội ☐ Tiền Tác Quyền/Hợp Đồng Cho Thuê Khai Thác Dầu ☐ Trợ Cấp Ngành Hòa Xa ☐ Lợi Tức Từ Cho Thuê Nhà ☐ Trợ Cấp Hưu Trí	☐ Người Ăn Ở Trọ ☐ An Sinh Xã Hội ☐ Các Khoản Học Bổng/Trợ Cấp/Tiền Vay Đi Học ☐ SSI ☐ Tiền Cấp Dưỡng Cho Vợ/Chồng Đã Ly Dị ☐ Tiền Của Bộ Tộc ☐ Trợ Cấp Huấn Luyện (WIOA) ☐ Lợi Tức Tín Thác ☐ Trợ Cấp Thất Nghiệp ☐ Trợ Cấp Cựu Chiến Binh ☐ Bảo Hiểm Tai Nạn Lao Động ☐ Các Khoản Khác								
☐ Lợi Tức Niên Kim ☐ Lợi Tức Chu Cấp Nuôi Con ☐ Các Khoản Đóng Góp Từ Gia Đình/Quý vị Bè ☐ Tiền Bảo Hiểm Khuyết Tật ☐ Ngân Phiếu Trợ Cấp Năng Lượng ☐ Lợi Tức Từ Lãi Xuất ☐ Các Khoản Vay ☐ Định Mức Trợ Cấp Quân Đội ☐ Tiền Tác Quyền/Hợp Đồng Cho Thuê Khai Thác Dầu ☐ Trợ Cấp Ngành Hòa Xa ☐ Lợi Tức Từ Cho Thuê Nhà ☐ Trợ Cấp Hưu Trí	☐ Người Ăn Ở Trọ ☐ An Sinh Xã Hội ☐ Các Khoản Học Bổng/Trợ Cấp/Tiền Vay Đi Học ☐ SSI ☐ Tiền Cấp Dưỡng Cho Vợ/Chồng Đã Ly Dị ☐ Tiền Của Bộ Tộc ☐ Trợ Cấp Huấn Luyện (WIOA) ☐ Lợi Tức Tín Thác ☐ Trợ Cấp Thất Nghiệp ☐ Trợ Cấp Cựu Chiến Binh ☐ Bảo Hiểm Tai Nạn Lao Động ☐ Các Khoản Khác											

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

2. Đối với mỗi ô đánh dấu trong Phần 1 của mục này ở trang 7, vui lòng điền các thông tin sau đây. Ghi bất kỳ khoản tiền nào mà quý vị dự kiến sẽ nhận được trong 30 ngày tới.

Tên	Dạng Lợi Tức	Số Tiền	Mức Độ Thường Xuyên (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)	Quý Vị Có Biết Trước Là Khoản Lợi Tức Này Sẽ Ngừng Không ☐ Có ☐ Không Nếu có, khi nào?

3. Có ai được tòa án yêu cầu trả tiền chu cấp nuôi con cho quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị không? ☐ Có ☐ Không
4. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có nhận được tiền từ cha/mẹ của một trẻ không phải trả tiền theo lệnh tòa không? ☐ Có ☐ Không

G. Các Khoản Chi Phí Của Quý Vị

Để được nhận trợ cấp ở mức tối đa có thể được, quý vị cần cho chúng tôi biết các khoản chi phí của gia đình quý vị và bằng chứng. Nếu không báo cáo bất kỳ khoản chi phí nào ghi dưới đây, coi như gia đình quý vị xác nhận rằng quý vị không muốn nhận một khoản khấu trừ cho chi phí không được báo cáo đó.

CÁC KHOẢN CHI PHÍ GIA CƯ

1. Đánh dấu vào mỗi dạng chi phí mà quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình của quý vị có.

- | | |
|---|---|
| ☐ Tiền Thuê Nhà | ☐ Điện |
| ☐ Vay Thế Chấp Mua Nhà (nếu mua nhà) | ☐ Khí Đốt |
| ☐ Thuê Lô Đất | ☐ Dịch Vụ Thoát Nước |
| ☐ Bảo Hiểm Gia Cư | ☐ Nước |
| ☐ Bảo Hiểm Lũ Lụt | ☐ Rác |
| ☐ Thuế Bất Động Sản | ☐ Điện Thoại |
| ☐ Lệ Phí Chung Cư | ☐ Các Khoản Khác |

2. Đối với mỗi ô đánh dấu trong Phần 1 của mục này, vui lòng điền các thông tin sau đây.

Dạng Chi Phí Gia Cư	Tên và Số Điện Thoại của Người hoặc Công Ty Nhận Tiền	Số Tiền Trả	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

3.	Quý vị có trả chi phí nhà ở mà quý vị không còn sống ở đó nhưng có kế hoạch quay trở lại không?	☐ Có ☐ Không
4.	Hộ gia đình của quý vị có phải trả một hóa đơn tiện ích để sử dụng lò sưởi hoặc điều hòa không khí không?	☐ Có ☐ Không
5.	Có bất kỳ ai giúp quý vị trang trải các khoản chi phí gia cư không?	☐ Có ☐ Không
6.	Quý vị có được nhận trợ cấp năng lượng không? Nếu có , có phải là quý vị nhận khoản trợ cấp này qua Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Gia Cư Dành Cho Những Người Có Lợi Tức Thấp (LIHEAP) không?	☐ Có ☐ Không
7.	Bất kỳ khoản tiền thuê nào mà quý vị phải trả được sử dụng để thanh toán tiện ích không?	☐ Có ☐ Không

CHI PHÍ CHĂM SÓC NGƯỜI PHỤ THUỘC

1.	Quý vị hoặc người trong hộ gia đình quý vị có trả tiền cho ai đó để chăm sóc trẻ, hoặc người cao tuổi hay người khuyết tật để quý vị hoặc thành viên trong hộ gia đình có thể đi làm, đi học nghề hoặc đi học, hay tìm việc không?	☐ Có ☐ Không
2. Nếu có , điền thông tin sau đây.		

Trả Cho Ai	Tên Và Số Điện Thoại Của Người Được Trả Thủ Lao	Số Tiền Trả	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)

CHI PHÍ CHU CẤP NUÔI CON

1.	Trong gia đình quý vị có ai phải trả tiền chu cấp nuôi con theo lệnh tòa không? Nếu có , điền thông tin sau đây.	☐ Có ☐ Không
----	--	--

Ai Trả	Trả Cho Ai	Số Tiền Trả	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)

CHI PHÍ Y TẾ

Chúng tôi có thể cho phép khấu trừ một khoản chi phí y tế trong hồ sơ trợ cấp SNAP của quý vị cho mỗi thành viên trong gia đình có tình trạng khuyết tật hoặc đã trên 59 tuổi. Có thể được khấu trừ cho các khoản chi phí y tế vượt quá \$35.00 một tháng.

1.	Trong gia đình quý vị có ai bị khuyết tật hoặc đã trên 59 tuổi không? Nếu có , trả lời các câu hỏi trong mục này. Nếu không , bỏ qua tới phần các NGUỒN HỘ gia đình ở trang tiếp theo.	☐ Có ☐ Không
2.	Người này có phải trả các khoản chi phí y tế không? a. Nếu có , quý vị có muốn xác minh các khoản chi phí này để được khấu trừ chi phí y tế không? b. Đánh dấu mỗi khoản chi phí y tế của người này.	☐ Có ☐ Không

☐ Hóa Đơn Dịch Vụ Nha Khoa
☐ Hóa Đơn Bệnh Biện
☐ Bảo Hiểm Sức Khỏe Hoặc Các Khoản Phí Bảo Hiểm Medicare
☐ Phương Tiện Máy Móc Y Tế

☐ Thuốc Kê Toa
☐ Phí Bảo Hiểm Chương Trình Thuốc Kê Toa
☐ Cơ Sở Điều Dưỡng
☐ Các Khoản Khác

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

3. Đối với mỗi ô được đánh dấu trong # 2 ở trang 9, hoàn thành các thông tin sau.

Tên	Loại Chi Phí	Số Tiền Trả	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)

Chi Phí Chuyên Chở Y Tế là số tiền chi cho các chuyến đi tới phòng mạch bác sĩ, bệnh viện, tiệm thuốc, v.v... Trong đó bao gồm số dặm đi bằng chiếc xe của quý vị.

4. Liệt kê ở trên, có người cao niên hoặc người khuyết tật nào có các khoản chi phí chuyên chở y tế không? ☐ Có ☐ Không

a. Người này sử dụng xe riêng hay là xe của thành viên gia đình? ☐ Có ☐ Không

b. **Nếu có**, điền thông tin sau đây.

Tên Của Người Đó	Ghi Tất Cả Các Địa Điểm Đã Tới Vì Các Mục Đích Y Tế (Ví Dụ Như Bác Sĩ, Tiệm Thuốc, Bệnh Viện, v.v...)	Số Dặm Cả Đi Cả Về	Số Lần Thăm Khám Trong Một Tháng

c. Người này có trả tiền cho người khác không phải là thành viên gia đình để đưa đón vì mục đích y tế không? ☐ Có ☐ Không

d. **Nếu có**, điền thông tin sau đây.

Tên Của Người Đó	Ai Nhận Tiền	Người Nay Đi Đâu	Số Tiền Người Nay Trả Cho Mỗi Chuyến Đi	Người Nay Trả Cho Bao Nhiêu Chuyến Đi Mỗi Tháng

Nếu quý vị cần thêm ô trống, quý vị có thể ghi thông tin trên giấy trắng.

5. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có được hoàn trả chi phí y tế ghi trên không? ☐ Có ☐ Không

6. Có ai phụ giúp trả chi phí y tế không? ☐ Có ☐ Không

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

H. Hãy Cho Chúng Tôi Biết Về Các Nguồn Tài Sản Của Gia Đình Quý Vị

Các nguồn tài sản gồm có tiền mặt, tiền trong ngân hàng, Giấy Chứng Nhận Ký Thác, cổ phiếu và trái phiếu. Các nguồn tài sản không bao gồm tài sản cá nhân như nữ trang, đồ gỗ, máy móc điện, hoặc quần áo.

1. Đánh dấu mỗi tài sản ghi dưới đây mà quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có.
- | | |
|--|--|
| ☐ Trương Mục Ngân Hàng/Nghiệp
Đoàn Tín Dụng | ☐ Trương Mục Đầu Tư Trên Thị Trường Tiền Tệ |
| (Chi Phiếu) | ☐ Quỹ Hỗ Tương |
| ☐ Trương Mục Ngân Hàng/Nghiệp
Đoàn Tín Dụng
(Tiết Kiệm) | ☐ Trái Phiếu Tiết Kiệm |
| ☐ Trương Mục Kết Hợp | ☐ Cổ Phiếu |
| ☐ Trái Phiếu | |
| ☐ Tiền Mặt Có Sẵn | |
| ☐ Chứng Nhận Ký Thác (CD) | |

2. Đối với mỗi ô đánh dấu ở trên, vui lòng điền các thông tin sau đây.

Nguồn Tài Sản Đó Đứng Tên Ai	Dạng Tài Sản	Giá Trị Của Tài Sản	Tài Sản Đó Ở Đầu (Cho Biết Tên Của Ngân Hàng Hoặc Công Ty, Nơi Giữ Tiền, v.v...)

3. Quý vị hoặc bất cứ người nào trong gia đình của quý vị nhận được một khoản hoàn thuế liên bang trong 12 tháng qua không? ☐ Có ☐ Không
4. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có nhận được hoặc dự kiến sẽ nhận được một khoản tiền trả một lần không? ☐ Có ☐ Không
5. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có đứng tên trong trương mục ngân hàng/nghiệp đoàn tín dụng nào đó với người khác không? ☐ Có ☐ Không
- a. **Nếu có**, ai đứng tên trong trương mục đó? _____
- b. Tại sao người này lại đứng tên trong trương mục? _____
- c. Có một người khác ký thác tiền vào tài khoản này không? ☐ Có ☐ Không
- d. **Nếu có**, ai và bao nhiêu một tháng? _____
6. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có bán, đổi, cho hoặc chuyển nhượng một nguồn tài sản nào đó trong ba tháng vừa qua không? ☐ Có ☐ Không

NẾU QUÝ VỊ CHỈ NỘP ĐƠN XIN TRỢ CẤP SNAP, BỎ QUA TỚI TRANG 14.

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ
Chỉ điền trang này nếu quý vị đang xin trợ cấp FITAP hoặc KCSP

I. FITAP HOẶC KCSP		
1.	Có phải là quý vị đang nộp đơn xin hoặc nộp đơn xin lại để tham gia FITAP hay KCSP không? Nếu có , hãy điền trang này. Nếu không , bỏ qua tới trang 14.	☐ Có ☐ Không
2.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có cần phải thoát khỏi hoàn cảnh bị ngược đãi hoặc lạm dụng không?	☐ Có ☐ Không
3.	Tất cả các trẻ em có được chích ngừa đầy đủ không? Nếu không , đó là ai? _____ Tại sao? _____	☐ Có ☐ Không
4.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có đang mang thai không? Nếu có , đó là ai? _____ Ngày sinh nở: _____	☐ Có ☐ Không
BẢO HIỂM Y TẾ		
5.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có bảo hiểm y tế qua hãng sở nào đó không?	☐ Có ☐ Không
TÀI SẢN THỂ CHẤP		
6.	Vui lòng điền thông tin sau đây cho hai người không có quan hệ ruột thịt với quý vị và có thể xác minh hoàn cảnh gia đình quý vị.	
	Tên	Số Điện Thoại Liên Lạc Số Điện Thoại
	Địa chỉ	
QUYỀN GIÁM HỘ		
7.	Nếu quý vị không phải là cha (mẹ) của (những) trẻ mà quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp, quý vị có quyền giám hộ hợp pháp không? a. Nếu có , điền thông tin sau đây.	
	☐ Có ☐ Không	
	Những Trẻ Mà Quý Vị Có Quyền Giám Hộ	Ngày Bắt Đầu Được Giám Hộ
	Dạng Giám Hộ	
<i>Cha/mẹ không có quyền giám hộ là người cha/mẹ không chung sống cùng với con mình. Hãy cho chúng tôi biết về cha/mẹ không có quyền giám hộ của mỗi trẻ sinh sống trong nhà quý vị. Điều này bao gồm cả cha và mẹ nếu quý vị không phải là cha/mẹ của (những) trẻ đó. Nếu cha đẻ hoặc cha hợp pháp của một trẻ không phải là một người, hãy cung cấp thông tin được yêu cầu cho cả hai người. Dùng giấy trắng nếu quý vị cần thêm chỗ để viết.</i>		
8. Thông Tin Về Cha/Mẹ Không Có Quyền Giám Hộ		
Tên	Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh
Địa Chỉ Đường Phố		
Thành Phố	Tiểu bang	Số Điện Thoại
Hãng sở		
Tên của Trẻ		
Mối quan hệ của cha mẹ (Mối quan hệ của cha mẹ trẻ)		
☐ Kết hôn ☐ góa bụa ☐ Không bao giờ kết hôn ☐ ly dị		

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ**9. Thông Tin Về Cha/Mẹ Không Có Quyền Giám Hộ**

Tên	Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh
Địa Chỉ Đường Phố		
Thành Phố	Tiểu bang	Số Điện Thoại
Hãng sở		
Tên của Trẻ		
Mối quan hệ của cha mẹ (Mối quan hệ của cha mẹ trẻ)	☐ Kết hôn ☐ Không bao giờ kết hôn	☐ góa bụa ☐ ly dị

10. Thông Tin Về Cha/Mẹ Không Có Quyền Giám Hộ

Tên	Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh
Địa Chỉ Đường Phố		
Thành Phố	Tiểu bang	Số Điện Thoại
Hãng sở		
Tên của Trẻ		
Mối quan hệ của cha mẹ (Mối quan hệ của cha mẹ trẻ):	☐ Kết hôn ☐ Không bao giờ kết hôn	☐ góa bụa ☐ ly dị

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

Vui Lòng Đọc Kỹ Và Ký Tên Ở Dưới

Tôi xác nhận theo hình phạt khai man rằng những thông tin tôi đã cung cấp trong đơn này là đúng, đầy đủ và chính xác theo toàn bộ sự hiểu biết của tôi, bao gồm thông tin tôi đã cung cấp liên quan đến việc kết án trọng tội về một số tội phạm nhất định và tình trạng di trú hoặc công dân Hoa Kỳ của tất cả các thành viên trong hộ gia đình. Tôi hiểu rằng tôi và bất kỳ thành viên trưởng thành nào trong hộ gia đình sẽ bị loại và bị truy tố và sẽ được yêu cầu hoàn trả lại các phúc lợi mà chúng tôi không đủ điều kiện nếu chúng tôi cố tình cung cấp thông tin sai, không chính xác hoặc không đầy đủ để được nhận hoặc cố gắng nhận hỗ trợ tài chính hoặc trợ cấp thực phẩm. Khi ký đơn này, tôi cho phép bất kỳ người hoặc cơ quan nào hiểu được về hoàn cảnh của tôi tiết lộ thông tin cho Bộ Dịch vụ Gia đình và Trẻ em.

Xin nhớ rằng quý vị phải nộp bằng chứng về thông tin mà quý vị báo cáo trong mẫu đơn xin này.

Chữ Ký của Quý Vị (hoặc ký dấu)	Ngày Ký
Chữ ký (hoặc ký dấu) của vợ hoặc chồng của quý vị	Ngày Ký
Chữ Ký của Cha/Mẹ Chưa Kết Hôn và Đang Ở Tuổi Vị Thành Niên	Ngày Ký
Nếu quý vị, hoặc vợ hoặc chồng của quý vị ký bằng cách đánh dấu "X", hãy yêu cầu hai người làm chứng việc đánh dấu đó, nếu đương đơn bị mù, hãy yêu cầu ba người làm chứng.	
Người Làm Chứng Chữ Ký của Người Giúp Quý Vị Điền Mẫu Đơn này và Mối Liên Hệ Của Người Đó với Quý Vị	Người Làm Chứng Chứng Người Làm Chứng
Chữ Ký	Mối liên hệ
Chữ Ký của Người Đại Diện Cơ Quan	Ngày

Qua Thư	Qua Fax	Trực Tuyến	Trực Tiếp
Department of Children and Family Services ES Document Processing Center P. O. Box 260031 Baton Rouge, LA 70826-9918	(225) 663-3164	Cổng Thông Tin Dành Cho Khách Hàng CAFÉ www.dcfslouisiana.gov/CAFE	Bất kỳ văn phòng nào của 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.

This Page Left Blank Intentionally



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)	3.	HOUSE # & STREET (NO P.O. BOX):	UNIT/APT #:	Give Location (If Necessary) 	
		CITY/TOWN:	STATE: LA		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 XXX - XX - XXXX	6. Sex ☐ M ☐ F	7. Race (Optional) ☐ WHITE ☐ BLACK ☐ ASIAN ☐ HISPANIC ☐ AMERICAN INDIAN ☐ OTHER
Party Affiliation	8.	☐ DEMOCRAT ☐ GREEN ☐ INDEPENDENT ☐ LIBERTARIAN ☐ REPUBLICAN ☐ NO PARTY	9. Place of Birth	CITY/TOWN:	STATE:
		☐ OTHER (Specify) _____		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	STATE:	17. Former Registered Name, if any
		CITY:		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: _____



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.*
5. **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.*
6. **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	NATCHITOCHES 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) 263-7129	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

GIỮ LẠI TRANG NÀY ĐỂ LƯU

Chúng tôi sẽ làm gì với thông tin mà quý vị cung cấp?

- Thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi trong đơn xin sẽ được xác minh bởi các văn phòng địa phương, tiểu bang và liên bang, trong đó bao gồm cả việc đối chiếu thông tin qua máy điện toán với các cơ quan khác. Nhân viên của cơ quan chúng tôi có thể liên lạc với những người khác để xác minh tình trạng hội đủ điều kiện nhận trợ cấp của quý vị.
- Tình trạng ngoại kiều của các thành viên gia đình có thể được xác minh qua Sở Di Trú và Nhập Tịch Hoa Kỳ (USCIS) và có thể ảnh hưởng tới tình trạng hội đủ điều kiện và số tiền trợ cấp.

Tại sao chúng tôi cần Sổ An Sinh Xã Hội của quý vị và quý vị phải cung cấp thông tin này?

- Việc thu thập thông tin được yêu cầu trong mẫu đơn xin, trong đó bao gồm cả Sổ An Sinh Xã Hội của các thành viên gia đình, là tự nguyện và được phép theo Đạo Luật Thực Phẩm và Dinh Dưỡng ban hành năm 2008 (7 U.S.C. 2011-2036), như được tu chỉnh. Nếu không cung cấp các thông tin được yêu cầu, trong đó bao gồm cả Sổ An Sinh Xã Hội cho các thành viên gia đình, quý vị sẽ không hội đủ điều kiện nhận trợ cấp SNAP và trợ cấp tiền mặt.
- Sổ An Sinh Xã Hội được sử dụng trong các hoạt động duyệt xét, kiểm toán và đối chiếu qua máy điện toán trong các chương trình của tiểu bang và liên bang với các cơ quan khác, ví dụ như Ủy Ban Nhân Lực Louisiana, Sổ An Sinh Xã Hội, Sở Thuế Vụ, v.v... qua Hệ Thống Xác Minh Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện và Lợi Tức của Tiểu Bang.
- Sổ An Sinh Xã Hội được sử dụng để:
 - thu thập thông tin từ các nguồn khác,
 - xác minh danh tánh của các thành viên gia đình,
 - xác định tình trạng hội đủ điều kiện của hộ gia đình quý vị, và
 - tránh để các hộ gia đình nhận được nhiều lợi tức hơn mức họ hội đủ điều kiện được nhận.
- Theo Đạo Luật Bảo Vệ Sự Riêng Tư ban hành năm 1974 (P.L. 93-579), Sổ An Sinh Xã Hội có thể được tiết lộ vì nhiều lý do, trong đó bao gồm cả các ký do liên quan trực tiếp tới việc điều hành Chương Trình Thi Hành Lệnh Chu Cấp Nuôi Con.

Các Quyền và Trách Nhiệm

Khi quý vị nhận trợ cấp từ Bộ Dịch Vụ Trẻ Em và Gia Đình Louisiana, quý vị có một số quyền và trách nhiệm như được trình bày dưới đây. Xin lưu lại thông tin quan trọng này để tham chiếu sau.

Các quyền của quý vị là gì?

Theo luật dân quyền liên bang và các quy định, chính sách về dân quyền của Bộ Nông nghiệp Hoa Kỳ (USDA), tổ chức này bị cấm phân biệt đối xử trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính (gồm bản dạng giới và khuynh hướng tính dục), tín ngưỡng tôn giáo, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, niềm tin chính trị, trả thù hoặc trả đũa đối với hoạt động dân quyền trước đây.

Thông tin về chương trình có thể sử dụng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh. Nếu là người khuyết tật cần sử dụng phương tiện giao tiếp khác để tiếp cận thông tin chương trình (ví dụ: chữ nổi Braille, chữ in cỡ lớn, băng ghi âm, Ngôn ngữ Ký hiệu Hoa Kỳ), cá nhân đó cần liên lạc với cơ quan (cấp tiểu bang hoặc cấp địa phương) nơi họ đăng ký hưởng lợi. Cá nhân là người điếc, người giảm thính lực hoặc có khuyết tật ngôn ngữ có thể liên hệ với USDA qua Dịch vụ Tiếp âm Liên bang theo số (800) 877-8339.

Để nộp đơn khiếu nại về hành vi phân biệt đối xử trong chương trình, Người khiếu nại cần điền Biểu mẫu AD-3027, Biểu mẫu của USDA về khiếu nại phân biệt đối xử trong chương trình có tại địa chỉ: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, tại bất kỳ văn phòng USDA nào, qua số (833) 620-1071 hoặc qua thư gửi đến USDA. Trong thư phải có tên, địa chỉ và số điện thoại của người khiếu nại cùng với văn bản mô tả đủ chi tiết về hành vi bị cáo buộc là phân biệt đối xử nhằm thông báo cho Văn phòng Phó Thư Ký về Dân quyền (ASCR- Assistant Secretary for Civil Rights) về tính chất và thời gian xảy ra hành vi bị cáo buộc vi phạm dân quyền. Thư hoặc Biểu mẫu AD-3027 hoàn thành phải được gửi đến địa chỉ:

1. **gửi thư:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; hoặc
2. **fax:**
(833) 256-1665 hoặc (202) 690-7442; hoặc
3. **email:**
FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Tổ chức này là một đơn vị cung cấp cơ hội bình đẳng

Cơ sở này là nơi cung cấp cơ hội bình đẳng.

Quý vị có quyền nộp một khiếu nại quyền công dân đến Department of Children and Family Services (DCFS, Sở Dịch vụ Trẻ em và Gia đình) bằng cách điền hoàn chỉnh Đơn Khiếu nại Quyền Công dân. Hãy nộp mẫu đơn đó đến một văn phòng địa phương; gửi mẫu đơn qua đường bưu điện đến địa chỉ DCFS Civil Rights Section, P O Box 1887, Baton Rouge, LA 70821; gửi thư điện tử đến địa chỉ DCFS.BureauofCivilRights@LA.GOV; hoặc gọi đến số điện thoại (225) 342-0309. Quý vị có quyền nộp một khiếu nại quyền công dân đến DCFS và USDA hoặc chỉ đến DCFS.

Khiếu nại chương trình có thể được gửi tới Sở Dịch vụ Trẻ em và Gia đình (DCFS) bằng cách gửi thư điện tử đến DCFS.Webmaster.DCFS@LA.GOV hoặc gọi điện thoại đến số 225-342-2342.

- **Điều Trần Công Bằng** - Nếu quý vị không đồng ý với bất kỳ quyết định nào được đưa ra về hồ sơ của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu xem xét lại hồ sơ của quý vị. Quý vị có thể làm việc này bằng cách liên lạc với văn phòng giáo khu địa phương của chúng tôi và xin một buổi điều trần công bằng bằng cách gửi thư, đích thân tới hoặc gọi văn phòng này. Quý vị có quyền xem hồ sơ

trường hợp của mình trước buổi điều trần.

- **Tính Bảo Mật** - Tất cả các thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi đều được giữ bảo mật. Điều này có nghĩa là chúng tôi không thể cung cấp thông tin về hồ sơ trường hợp của quý vị cho những người khác trừ các trường hợp đặc biệt. Ví dụ về các trường hợp đặc biệt này là thủ tục duyệt xét chính thức bởi các cơ quan khác của Tiểu Bang và Liên Bang, hoặc các cơ quan truy thu tư nhân, Tiểu Bang và Liên Bang để truy thu các trường hợp khiếu kiện về trợ cấp SNAP. Thông tin từ hồ sơ trường hợp của quý vị cũng có thể được cung cấp cho các viên chức thi hành luật pháp để bắt giữ những người bỏ trốn để tránh luật pháp và điều tra một trường hợp phạm trọng tội hoặc vi phạm lệnh tha bổng có điều kiện/có quản chế.
- **Đăng Ký Cử Tri** - Nếu quý vị chưa đăng ký bầu cử tại nơi quý vị đang sinh sống, quý vị có thể cho biết rằng quý vị muốn nộp đơn đăng ký bầu cử trên Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ. Vui lòng lưu ý rằng các thông tin quý vị cung cấp cho cơ quan này sẽ được bảo mật và chỉ được sử dụng cho các mục đích đăng ký cử tri. Việc nộp đơn đăng ký hay từ chối đăng ký bầu cử sẽ không ảnh hưởng đến khoản trợ cấp hoặc các dịch vụ mà quý vị có thể nhận được từ Sở Dịch Vụ Trẻ Em và Gia Đình (Department of Children and Family Services, DCFS). DCFS sẽ hỗ trợ quý vị hoàn tất Đơn Đăng Ký Cử Tri Louisiana trừ khi quý vị từ chối việc nhận hỗ trợ. Quý vị có thể tự điền biểu mẫu đăng ký.

Các trách nhiệm của quý vị là gì?

- **Hợp tác** - Quý vị phải hợp tác bằng cách cung cấp thông tin mà chúng tôi cần để xác định tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị. Quý vị cũng phải cung cấp bằng chứng về thông tin mà quý vị báo cáo. Quý vị sẽ phải hợp tác nếu cần có một buổi tới nhà để xác định tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị. Nếu hồ sơ của quý vị được lựa chọn để các viên chức duyệt xét của tiểu bang hoặc liên bang tiến hành thủ tục xem xét kiểm soát chất lượng, quý vị phải hợp tác với họ.
- **Báo cáo các thay đổi** -
Nếu quý vị nhận các phúc lợi SNAP, quý vị phải báo cáo nếu:
 - Thu nhập hàng tháng của hộ gia đình quý vị tăng lên cao hơn giới hạn tổng thu nhập cho quy mô hộ gia đình của quý vị. Việc này bao gồm báo cáo thu nhập của một người chuyển đến nhà quý vị nếu thu nhập của người đó kết hợp với thu nhập của hộ gia đình nhận SNAP của quý vị cao hơn giới hạn tổng thu nhập cho hộ gia đình quý vị.
 - Hộ gia đình của quý vị có một Người trưởng thành khỏe mạnh không có người phụ thuộc (ABAWD), quý vị phải báo cáo thay đổi về số giờ làm việc hoặc đào tạo của ABAWD là đối tượng chịu giới hạn thời gian theo SNAP nếu thay đổi dẫn đến việc ABAWD làm việc hoặc tham gia đào tạo trung bình dưới 20 giờ một tuần hoặc dưới 80 giờ một tháng.
 - Hộ gia đình của quý vị nhận được tiền trúng xổ số hoặc thắng trò chơi cờ bạc từ \$3500 trở lên, hoặc đã thắng trong một trò chơi duy nhất trước thuế hoặc các khoản khấu trừ khác.

Phải báo cáo những thay đổi này trước ngày mùng 10 của tháng sau tháng xảy ra thay đổi.

Ngoài ra, nếu quý vị đang nhận:

- FITAP - Quý vị phải:
 - Thực hiện theo các yêu cầu báo cáo giải thích trong gia đình của quý vị thành công Hiệp định và báo cáo những thay đổi này có 10 ngày kể từ ngày kiến thức của quý vị về thay đổi đó.
 - Báo cáo trong vòng 10 ngày nếu trẻ duy nhất hội đủ điều kiện đang nhận trợ cấp FITAP chuyển ra khỏi nhà quý vị.
- KCSP - Quý vị phải báo cáo trong vòng 10 ngày nếu trẻ hội đủ điều kiện duy nhất và đang nhận trợ cấp KCSP chuyển ra khỏi nhà quý vị.

Nếu quý vị hiện **không** nhận trợ cấp SNAP, **và đang** nhận:

- FITAP hoặc KCSP - Quý vị phải báo cáo trong vòng 10 ngày nếu:
 - Có thay đổi về nguồn lợi tức mà hộ gia đình quý vị nhận được. Điều này bao gồm về hăng sở và các nguồn lợi tức mới, ví dụ như tiền chu cấp nuôi con, An Sinh Xã Hội, SSI, v.v...
 - Số tiền lợi tức không phải do đi làm mà có của hộ gia đình quý vị thay đổi hơn \$50/tháng.
 - Số tiền lợi tức do đi làm mà có của hộ gia đình quý vị thay đổi hơn \$100/tháng.
 - Có người chuyển tới hoặc chuyển ra khỏi nhà quý vị.
 - Quý vị chuyển nơi ở.
 - Việc đi học của bất kỳ người nào dưới 18 tuổi trong gia đình quý vị.
 - Tình trạng hôn nhân của bất kỳ ai trong gia đình quý vị.

Thông Tin Về Các Dịch Vụ Không Liên Quan Đến Tiền Mặt

Hộ gia đình quý vị có thể được quyền nhận các dịch vụ do TANF/MOE tài trợ không liên quan đến tiền mặt sau đây. Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập trang web của chúng tôi tại www.dcf.louisiana.gov hoặc liên hệ với Văn Phòng DCFS tại địa phương của quý vị.

- **Chương Trình Jobs for America's Graduates LA (JAGS-LA)** - Giúp học sinh đang đi học (từ 12 đến 21 tuổi) có nguy cơ thất bại tiếp tục đến trường, những người phải đối mặt với ít nhất hai rào cản để thành công, bao gồm các rào cản liên quan đến kinh tế, học tập, cá nhân, môi trường hoặc công việc; hỗ trợ thanh thiếu niên không đi học cần theo học chương trình giáo dục trung học phổ thông; cung cấp lộ trình để đạt được thành tích học tập; và hỗ trợ học sinh nhận được chứng chỉ được công nhận, giúp học sinh có thể rời trường học và theo học chương trình sau trung học và/hoặc tham gia vào lực lượng lao động. Hãy gọi 225-219-0368.
- **Chương Trình Hợp Tác Điều Dưỡng Gia Đình** - Phục vụ những người sắp làm mẹ lần đầu tiên, có thu nhập thấp, mang thai chưa quá 28 tuần bằng cách cung cấp dịch vụ thăm khám điều dưỡng tại nhà vào giai đoạn đầu của thai kỳ và tiếp tục cho đến hết hai năm đầu đời của trẻ. Hãy gọi 504-219-9520 hoặc 337-898-6097
- **Những Người Biện Hộ Đặc Biệt Do Tòa Án Chỉ Định (CASA)** - Tăng cường sự ổn định của gia đình bằng cách tạo điều kiện liên kết giữa trẻ/gia đình cụ thể với các nguồn lực/hệ thống cộng đồng thông qua những người biện hộ được đào tạo, có trình độ và được giám sát, những người sẽ cung cấp thông tin liên lạc chuyên môn, đưa đón cần thiết, thu thập thông tin hiệu quả và kỹ lưỡng, cũng như các dịch vụ khác được xác định trong cá nhân một trường hợp. Hãy gọi 225-930-0305 và 1-888-567-2272.
- **Chương Trình Tòa Án Về Chất Gây Nghiện** - Kết hợp cả điều trị và giáo dục với khả năng của một thẩm phán giám sát để trao các ưu đãi và chế tài dựa trên kết quả của khách hàng trong khi điều trị. Điều trị dựa vào cộng đồng và những người tham gia phiên tòa về chất gây nghiện được yêu cầu phải gặp thẩm phán thường xuyên để xem xét tiến độ. Hãy gọi 504-568-2020.
- **Các lựa chọn thay thế cho phá thai** - Cung cấp các dịch vụ can thiệp bao gồm can thiệp khủng hoảng, tư vấn, hướng dẫn, dịch vụ hỗ trợ và thông tin chăm sóc trước khi sinh, ngoài các thông tin và việc giới thiệu liên quan đến việc sinh con, nhận con nuôi và nuôi dạy con cái khỏe mạnh để giúp đảm bảo thai kỳ khỏe mạnh và đủ tháng như một biện pháp thay thế cho phá thai.
- **Chương trình Mầm non Công lập LA 4** - Cung cấp giáo dục mầm non chất lượng cao cho trẻ 4 tuổi có thu nhập thấp đang theo học tại các khu học chánh và các Trường công đặc cách.

Các Trường Hợp Phạt	
Nếu bạn cố ý báo cáo thông tin sai lệch, lợi ích SNAP hoặc trợ cấp tiền mặt có thể bị từ chối, cắt giảm hoặc chấm dứt và bạn có thể bị truy cứu hình sự.	
SNAP áp dụng các hình phạt nào?	
Nếu quý vị có hành động sau đây:	Quý vị sẽ:
- Che dấu thông tin hoặc cung cấp thông tin sai - Bán hoặc trao đổi trợ cấp SNAP hoặc thẻ EBT - Sử dụng trợ cấp SNAP để mua các vật dụng không hội đủ điều kiện, ví dụ như rượu bia hoặc thuốc lá - Sử dụng trợ cấp SNAP của người khác - Trả tiền cho thực phẩm mua về tín dụng với lợi ích SNAP.	Mất trợ cấp SNAP của quý vị trong: 1 năm nếu vi phạm lần đầu tiên 2 năm nếu vi phạm lần thứ hai - Vĩnh viễn nếu vi phạm lần thứ ba Quý vị cũng có thể bị phạt tới \$250,000 hoặc bị phạt tù 20 hoặc cả hai.
Đổi trợ cấp SNAP lấy thuốc kích thích bất hợp pháp	Mất trợ cấp SNAP trong: - Vĩnh viễn nếu vi phạm lần thứ hai 2 năm đối với vi phạm lần đầu
- Đổi trợ cấp SNAP của quý vị lấy vũ khí, đạn dược hoặc chất nổ - Đổi, mua hoặc bán trợ cấp SNAP có giá trị từ \$500 trở lên	Vĩnh viễn mất trợ cấp SNAP của quý vị
Khai man về danh tánh của quý vị hoặc nơi quý vị cư ngụ để nhận trợ cấp trong hơn một hồ sơ cùng một lúc	Mất trợ cấp SNAP trong 10 năm
FITAP và KCSP có những mức phạt nào?	
Nếu quý vị có hành động sau đây:	Quý vị sẽ:
Che giấu thông tin hoặc cung cấp thông tin sai	Mất trợ cấp của bạn: 1 năm đối với lần vi phạm lần đầu 2 năm đối với lần vi phạm lần thứ hai - Vĩnh viễn đối với vi phạm lần thứ ba Bạn có thể bị phạt tiền tới \$50,000 hoặc bị phạt tù lên tới 20 năm hoặc nhận cả hai hình phạt.
- Dùng thẻ EBT của bạn: - ở cửa hàng bia rượu, - ở sòng bạc hoặc cơ sở đánh bạc, - ở cơ sở nhỏ lẻ cung cấp các dịch vụ giải trí người lớn trong đó những người biểu diễn thoát y hoặc biểu diễn trong tình trạng khỏa thân cho mục đích tiêu khiển, - tại bất kỳ cửa hàng sách người lớn, cửa hàng đồ dùng người lớn hoặc doanh nghiệp có khuynh hướng tình dục nào, - tại bất kỳ cơ sở xâm mình, xô khuyên hoặc nghệ thuật cơ thể mang tính thương mại nào, - tại bất kỳ tiệm làm móng nào, - tại bất kỳ cửa hàng trang sức nào, - tại bất kỳ cửa hàng trò chơi hoặc giải trí nào,	Mất trợ cấp của bạn trong: 1 năm đối với vi phạm lần đầu 2 năm đối với vi phạm lần thứ hai - Vĩnh viễn đối với vi phạm lần thứ ba

➤ tại bất kỳ công ty thể chấp nào, ➤ tại bất kỳ hộp đêm, quán bar, quán rượu hoặc saloon nào, ➤ trên bất kỳ du thuyền nào, ➤ tại bất kỳ cơ sở tâm linh nào; hoặc ➤ tại bất kỳ cơ sở nào mà không cho phép người dưới 18 tuổi, hoặc ➤ tại máy ATM ở bất kỳ cơ sở nào ở trên. ● Dùng thẻ EBT của bạn: ➤ tại bất kỳ cửa hàng bán lẻ nào để mua thức uống có cồn, ➤ tại bất kỳ cửa hàng bán lẻ nào để mua thuốc lá, hoặc ➤ tại bất kỳ cửa hàng bán lẻ nào để mua vé số, ➤ tại bất cứ nhà bán lẻ nào để mua trang sức.	
● Khai man về danh tánh của quý vị hoặc nơi quý vị cư ngụ để nhận trợ cấp trong hơn một hồ sơ cùng một lúc	● Mất trợ cấp trong 10 năm

Đề biết thêm thông tin về các chương trình và dịch vụ hoặc để biết thông tin cụ thể về hồ sơ trường hợp của quý vị, xin gọi số 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578).

XÁC MINH CÁC KHOẢN ĐÓNG GÓP DÀNH CHO NGƯỜI GIÚP ĐỠ QUÝ VỊ ĐIỀN

Xin Đọc Kỹ Phần Sau Đây và Cho Biết Những Cách Thức Quý Vị Có Thể Giúp Đỡ:

1. Các Khoản Tiền Đóng Góp (SỐ TIỀN MÀ QUÝ VỊ KHÔNG NGHĨ LÀ SẼ ĐƯỢC TRẢ LẠI)

Quý vị có đưa tiền trực tiếp cho người ở trên hay bất kỳ thành viên nào khác trong gia đình này trong hai tháng vừa qua không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng ghi số tiền đã đưa và lý do đưa tiền. Ví dụ: Để giúp chu cấp nuôi con quý vị, để giúp trả tiền thuê nhà, dịch vụ điện nước của họ, v.v...

Ngày Đưa Tiền	Số Tiền	Lý Do Đưa Tiền

Quý vị có ý định tiếp tục đóng góp các khoản tiền này thường xuyên không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, số tiền? _____ Thường xuyên như thế? ☐ Hàng tuần ☐ Mỗi hai tuần
☐ Hàng tháng ☐ Hai lần hàng tháng

2. Các Khoản Vay (SỐ TIỀN MÀ QUÝ VỊ BIẾT TRƯỚC LÀ SẼ ĐƯỢC TRẢ LẠI)

Quý vị có cho người nói trên hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình này vay tiền trực tiếp trong hai tháng vừa qua không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, số tiền? _____ Thường xuyên như thế? ☐ Hàng tuần ☐ Mỗi hai tuần
☐ Hàng tháng ☐ Hai lần hàng tháng

3. Các khoản tiền trả cho người khác (KHÔNG ĐƯA TIỀN TRỰC TIẾP CHO MỘT THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH)

Quý vị có trả tiền thuê nhà, dịch vụ điện nước, chi phí y tế hoặc các loại chi phí khác trực tiếp cho một công ty hoặc cá nhân khác ở bên ngoài gia đình cho người có tên ở trên hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình này trong hai tháng vừa qua không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, xin ghi chi tiết ở dưới:

Chi Phí Trả	Số Tiền Trả	Bên Nhận Tiền	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)

4. Quý vị có giúp ai trong gia đình này theo bất kỳ cách nào khác không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, xin giải thích:

Chữ Ký Của Quý Vị: _____ Ngày: _____

Số điện thoại nơi có thể gặp được quý vị vào ban ngày: _____ - _____

Địa chỉ: _____

Vui lòng sử dụng mặt sau của mẫu điền nếu cần thêm chỗ trống để viết hoặc để giải thích bất kỳ thông tin nào nói trên.

This Page Left Blank Intentionally

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