

Date: _____

CID: _____

DEPARTAMENTO DE SALUD DE LOUISIANA
Informe simplificado

Estimado/a _____ :

Fecha vencimiento: _____.

Para seguir recibiendo beneficios, envíe el informe simplificado de _____.

.....
Esto es lo que necesita hacer:

Debe enviar su informe simplificado firmado y todas las pruebas necesarias antes del _____ incluso si nada ha cambiado.

Complete su informe simplificado de una de estas cuatro maneras:

- **En línea:** visite www.dcfslouisiana.gov/cafe. Inicie sesión en su cuenta y haga clic en la opción "My Simplified Reporting" (Mi informe simplificado). Si necesita ayuda para iniciar sesión, llame al 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578).
- **Envíe por fax** este formulario y las pruebas a (225) 663-3164.
- **Envíe por correo postal** este formulario y las pruebas a:
LDH/Economic Stability
PO Box 260031
Baton Rouge, LA 70826-0031.
- **Entregue** este formulario y las pruebas en cualquier oficina del LDH.

Recuerde escribir en la parte superior de cada página que envíe por fax o correo:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| • El nombre del jefe del hogar | • Número de identificación del caso |
| • El Número del seguro social (opcional) | • Fecha de nacimiento |

Si se envían pruebas, dé **solo copias**. No nos envíe los documentos originales, porque no se los devolverán.

Devuelva este formulario y las pruebas necesarias a más tardar el _____. Si no lo hace, su caso del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y de Asistencia en Efectivo, si corresponde, podrían cerrarse, y dejará de recibir beneficios a partir del mes de _____.

Usaremos esta información para asegurarnos de que aún es elegible y de que está recibiendo la cantidad correcta de beneficios. Los cambios reportados podrían dar como resultado la reducción o la terminación de los beneficios. Debe informar determinados cambios que hayan ocurrido desde su última solicitud.

Preguntas frecuentes:

¿Qué sucede si mi formulario de informe simplificado se recibe después del _____?

Es posible que se interrumpan sus beneficios si su formulario se recibe después del _____.

¿Qué sucede si no envió el formulario de informe simplificado?

Si no recibimos su formulario, sus beneficios finalizarán el _____.

Obtenga soporte adicional:

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar esta solicitud o sobre nuestros programas, comuníquese con nosotros al 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578).

Declaración de no discriminación

De conformidad con la legislación federal de derechos civiles y con los reglamentos y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan en la administración de programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades anteriores relacionadas con derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA (no todas las bases prohibidas aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa, o con el USDA, a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Por otra parte, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en un Programa del USDA, [AD-3027](#), disponible en línea en "[Cómo presentar una queja por discriminación en un programa](#)", en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA proporcionando en dicha carta toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o una carta al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) por: (1) Correo: USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o (2) Correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

Puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud de Luisiana (LDH) completando el Formulario de Queja por Derechos Civiles. Envíe el formulario a una oficina local; por correo a: LDH Bureau of Legal Services, P.O. Box 3836, Baton Rouge, LA 70821-3836; correo electrónico: LDH.CivilRightsComplaints@la.gov; o llame al 1-888-524-3578. Puede presentar una queja por derechos civiles ante el LDH o únicamente ante el LDH. Además, puede presentarse una queja por discriminación en un programa ante la Sección de Estabilidad Económica del LDH, enviándola por correo a: P.O. Box 260031, Baton Rouge, Louisiana, 70826; por correo electrónico a: LAHelpU@La.gov; o llamando al 1-888-524-3578.

SECCIÓN 1 – Cambio en la dirección y gastos de la familia

1. ¿La dirección postal que aparece arriba es correcta? ☐ SÍ ☐ NO ¿Se ha mudado? ☐ SÍ ☐ No

2. Complete la siguiente información, si la dirección arriba indicada no es correcta o se mudó:

3. Calle o Ruta rural _____ N.º de apt. o lote _____ Ciudad y estado _____ Código postal _____
4. Dirección postal si es distinta de la anterior: _____
Número de teléfono de la casa () _____ Otro número de teléfono: _____

Responda las siguientes preguntas SOLO si se ha mudado y ha indicado un nuevo domicilio.

☐ Alquiler/Hipoteca \$ _____ ☐ Electricidad/Gas \$ _____ ☐ Teléfono \$ _____
☐ Impuesto a la propiedad \$ _____ ☐ Seguro del propietario/contra inundaciones \$ _____
☐ Tasas del condominio/de la asociación de propietarios (HOA) \$ _____ ☐ Agua/Alcantarillado \$ _____

¿Paga su grupo familiar una factura de servicios públicos por usar la calefacción o el aire acondicionado en su nueva casa?

SECCIÓN 2 – Miembros del grupo familiar. Abajo aparecen los nombres de las personas que son parte de su caso del SNAP. Revise los nombres y seleccione “Yes” (Sí) si aún viven con usted o “No” (No) si ya no viven con usted.

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enumere abajo todas las personas que viven en la casa. (Adjunte una hoja si necesita más espacio).

Nombre	Fecha de Nacimiento	¿Usted compra y preparar la comida por separado?	Número de Seguro Social	Relación con usted	Ciudadano de los EE.UU.	Fecha en que se mudó
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

SECCIÓN 3 – Ingresos devengados. Adjunte un comprobante si responde “Sí” a alguna de las preguntas que aparecen abajo. Abajo se indican los ingresos brutos por mes (cantidad antes de los impuestos) que se usan para determinar sus beneficios.

Nombre	Nombre del empleador	Ingresos devengados por mes	Horas trabajadas por semana
<p>¿Cambió la cantidad de los ingresos de un empleo en más de \$100 por mes para cualquier persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable Si responde sí, ¿para quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Cuál es la cantidad nuevo? _____</p> <p>¿Alguien ha empezado o dejado de trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable Si responde sí, ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Cuál es la cantidad de nuevos ingresos? Nuevo empleador _____</p> <p>¿Cambió la cantidad de horas trabajadas a menos de 20 horas por semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde Si la respuesta es “Sí”, ¿para quién? _____ When? _____</p>			

SECCIÓN 4 – Ingresos no devengados. Adjunte un comprobante si responde “Sí” a alguna de las preguntas que aparecen abajo.

Ingresos no devengados. Adjunte un comprobante si responde “Sí” a alguna de las preguntas que aparecen abajo.

Nombre	Tipo de ingresos no devengados	Tipo de ingresos no devengados
<p>¿Ha cambiado la cantidad de ingresos por desempleo, pensiones, discapacidad, Seguro Social, Seguridad de Ingresos Suplementarios (Supplemental Security Income, SSI), contribuciones, manutención de menores u otras fuentes en más de \$100 por mes para alguna persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable Si la respuesta es “Sí”, ¿de quién son esos ingresos? _____ Fuente _____ ¿Cuál es la cantidad nueva? \$ _____</p> <p>¿Alguien ha empezado o dejado de recibir ingresos por desempleo, pensiones, invalidez, Seguro Social, SSI, contribuciones, manutención infantil o de otras fuentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplicable Si responde sí, ¿quién? _____ Fuente _____ ¿Cuál es la cantidad nueva? \$ _____</p>		

SECCIÓN 5 – Obligación de Manutención infantil - El importe total de los gastos de manutención infantil que se utilizó para determinar el monto del beneficio es de \$ _____.

¿Algún miembro de su familia tuvo un cambio en su obligación legal de pagar manutención infantil? ☐ Sí ☐ No
Si responde sí, adjunte las pruebas.

SECCIÓN 6: Recursos – Si la cantidad total del dinero que los miembros de su grupo familiar tienen en efectivo, cuentas de ahorro, cuentas de cheques, acciones y bonos **aumentó a más de \$3000 (\$4500 para los familiares con discapacidades o adultos mayores), ingrese la cantidad total aquí. \$ _____.**

SECCIÓN 7: Ganancias por lotería o apuestas - Durante el período de certificación, si algún miembro de su grupo familiar recibió ganancias por lotería o apuestas de \$4500.00 o más, ganados en un solo juego antes de impuestos o retenciones, escriba la cantidad total aquí. \$ _____

SECCIÓN 8 – Números de Seguro Social

Los números del Seguro Social (SSN) se utilizan para recopilar información de fuentes que no son el LDH para comprobar la identidad de los miembros de la familia, para evitar que las familias obtengan más beneficios de los que tienen derecho, y para identificar grupos de casos que deben ajustarse. Los NSS se utilizan en la revisión de programas, auditorías y coincidencia informática con otras agencias como la Comisión de Fuerza Laboral de Louisiana, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Rentas Internos. La recopilación de los NSS está autorizada bajo la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, (7 USC 2011-2036), según las enmiendas. Según la Ley de Privacidad de 1974 (PL 93-579), los NSS pueden divulgarse por diversas razones directamente relacionadas con la administración del Programa de Cumplimiento de manutención infantil..

SECCIÓN 9: Miembro del grupo familiar no solicitante


No deberá proporcionar los Números del Seguro Social de ninguno de los miembros del grupo familiar que no sean elegibles debido a su estado migratorio y que no soliciten beneficios.

No deberá proporcionar documentos ni información sobre el estado migratorio de ninguno de los miembros del grupo familiar que no sean elegibles debido a su estado migratorio y que no soliciten beneficios. Si un miembro de su grupo familiar no desea proporcionar información sobre su ciudadanía ni sobre el estado migratorio, no será elegible para recibir beneficios. De todos modos, otros miembros de la familia o del grupo familiar podrán recibir los beneficios si son elegibles. Puede solicitar y recibir beneficios para los miembros del grupo familiar elegibles incluso si su grupo familiar incluye a otros miembros que no son elegibles debido a su estado migratorio.

SECCIÓN 10 – Advertencias de multas y firma

Al firmar este formulario:

- Entiendo y certifico, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas en este formulario son correctas y completas a lo mejor de mi conocimiento y me comprometo a proporcionar todos los documentos para completar mi informe simplificado.
- Entiendo que las multas por fraude son las siguientes: me pueden enviar a prisión hasta por 20 años y recibir una multa hasta de \$250,000, posiblemente deba reembolsar los beneficios si no era elegible para recibirlos; la primera vez que rompa las reglas a deliberadamente, no podré obtener la asistencia alimentaria durante un año, la segunda vez, dos años y después de la tercera vez no podré recibir asistencia alimentaria de nuevo.

Firma Aquí 

Firma del Cliente

Fecha

Firma de la persona que completar el Formulario o Testigo

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

VERIFICACIÓN DE SALARIOS
PARA QUE LO COMPLETE EL EMPLEADOR SI NO HAY COMPROBANTES DE CHEQUES DISPONIBLES

Nombre del empleado _____ NSS _____

Nombre del empleador _____ Fecha en que comenzó el empleo _____

Indique con qué frecuencia se paga al empleado (es decir, período de pago):

☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Una vez al mes

¿Se paga al empleado mediante depósito directo?

☐ Sí ☐ No

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

Si el empleo es nuevo:

Número de horas que espera trabajar **por SEMANA** _____ **Por PERÍODO DE PAGO** _____ Tarifa de pago por hora _____

Número de horas extras que espera trabajar **por SEMANA** _____ **Por PERÍODO DE PAGO** _____

Tarifa de pago por hora extra _____

Si espera recibir propinas, cantidad de propinas **Por SEMANA** _____ **Por PERÍODO DE PAGO** _____

Complete la tabla que aparece a continuación para mostrar los salarios de los últimos 4 períodos de pago.

Período de pago que finaliza	Fecha de recepción del salario	Horas trabajadas	Tarifa de pago por hora	Pago bruto	Propinas recibidas

¿Está consciente de cualquier otro ingreso que esta persona pueda estar recibiendo? ☐ Sí ☐ No

Si responde sí, origen y la cantidad. _____

Si se da por finalizado el empleo, proporcione la fecha y el motivo por el que ya no es empleado. _____

Fecha de la firma _____

Firma del empleador _____

Número de teléfono del empleador _____

Nombre del empleador en letra de molde o sello _____

THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

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 Louisiana Department of Health 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 LDH ES Document Processing Center at P.O. Box 260031, Baton Rouge, LA 70826-9918.

NOTE: THE LOUISIANA CONSTITUTION PROHIBITS NON-CITIZENS FROM REGISTERING AND VOTING. THEREFORE, IT IS ILLEGAL FOR NON-CITIZENS TO REGISTER AND VOTE IN LOUISIANA.

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 INTENTIONALLY LEFT BLANK



Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 08/25)

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:	INOUT:	REG. NO.
Please print clearly in ink, preferably black. Reason for Application: <input type="checkbox"/> New Voter Registration <input type="checkbox"/> Updating Voter Registration						
Eligibility	1.	Are you a citizen of the United States of America? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Will you be 18 years of age on or before election day? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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.)	
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 #:		Give Location (If Necessary) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
		CITY/TOWN:		STATE: LA	ZIP CODE:	
Mailing Address (If different from Residence Address)	3.	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	7. Race (Optional) <input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> BLACK <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> HISPANIC <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN <input type="checkbox"/> OTHER
Party Affiliation	8.	<input type="checkbox"/> DEMOCRAT <input type="checkbox"/> GREEN <input type="checkbox"/> LIBERTARIAN <input type="checkbox"/> REPUBLICAN <input type="checkbox"/> NO PARTY <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> I do not have a LA DL/ID card.		14. Do you need assistance in voting? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, Reason: _____		
Last Residence Address	15.	HOUSE # & STREET:		16. Place of Last Registration STATE: _____ PARISH/COUNTY: _____		17. Former Registered Name, if any _____
Attestation and Signature (Read and sign or make your mark.)	18.	I do hereby solemnly swear or attest 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: <input checked="" type="checkbox"/> _____ Date: _____				
Witnesses (If your signature is a mark, you must have two witnesses sign.)	19.	Witness #1 Signature: <input checked="" type="checkbox"/> _____		Witness #1 Print Name: _____		
		Witness #2 Signature: <input checked="" type="checkbox"/> _____		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	
<input type="checkbox"/> New Registration Updated Registration: <input type="checkbox"/> Address Change <input type="checkbox"/> Name Change <input type="checkbox"/> Party Change <input type="checkbox"/> Change to Assistance in Voting <input type="checkbox"/> Other	
REMARKS:	
CIRCLE ONE:	
PA MV RG SDA SS (Disability)	Received by: _____ Date: _____



Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 08/25)

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** - You may choose to affiliate with the Democrat, Green, 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." If you do not complete this section or if you write "Independent," 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. **Attestation and Signature** - Read the attestation 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 attesting 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. Whenever a document required or provided for in the Louisiana Election Code is required to be witnessed, the witness shall be at least 18 years of age (R.S. 18:4(A)).

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.oeauxvote.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.oeauxvote.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.