

Departamento de Salud de Luisiana

Solicitud de asistencia

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

Marque únicamente los programas que está solicitando:

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

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

¿Puede leer y entender inglés? Sí No

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

(Apellido)	(Nombre)	(MI)	Número de Seguro Social	
Calle o Ruta rural	Apt. o Lote#	Ciudad y estado	Código postal	N.º de teléfono

Dirección postal si es distinta de la anterior: _____

Certifico bajo pena de perjurio que toda la información incluida en la presente aplicación es verdadera, incluida la información correspondiente a la ciudadanía y el estado migratorio de los miembros que solicitan los beneficios.

Su firma _____

¿Qué pasa si necesita beneficios de SNAP de inmediato?

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

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

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

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

Office Use Only

1. Income \$ _____
+

Is #1 less than \$150? Yes No
AND

2. Resources \$ _____
=

Is #2 less than \$101? Yes No

Total \$ _____ (A)

If yes to both, Expedite. If no, consider shelter costs.

3. Rent/Mortgage \$ _____

+

Is B greater than A? Yes No

If yes, Expedite. If no, consider migrant or seasonal farm worker status.

Utility Standard \$ _____
=

Is anyone in the household a migrant or seasonal farm worker?
 Yes No

Total \$ _____ (B)

AND
Is #2 less than \$101? Yes No

If yes to both, Expedite. If no, the case is not expedited.

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

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

Due Date: _____

The case must be certified and the client must have their EBT card in sufficient time to be able to use their SNAP benefits by the 7th calendar day after the date of application. If the 7th calendar day falls on a weekend or holiday, the due date becomes the previous workday.

Expedited status determined by: _____
Signature of Agency Representative Date

A. Háblenos de usted				
Esta información se solicita exclusivamente con el propósito de determinar el cumplimiento de LDH con las leyes de derechos civiles federales. Su respuesta no afectará la consideración de su solicitud y puede estar protegida por la Ley de Privacidad. La información se recopila para garantizar que se distribuyan los beneficios del programa sin considerar la raza, color o nacionalidad.				
¿Necesita una nueva tarjeta de compras de Louisiana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Apellido de soltera u otro nombre	
Dirección postal	Apt. o lote	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de su hogar (si es distinta)	Apt. o lote	Ciudad	Estado	Código postal
()	()	()		
Número de teléfono particular	Número de teléfono celular		Número de teléfono del trabajo u otro	
Número de Seguro Social			Condado de residencia	
Fecha de nacimiento		Dirección de correo electrónico		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Origen étnico: ¿Hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Nivel de grado más alto terminado en la escuela? _____
Estado civil:		Herencia racial (elija todas las que correspondan):		¿Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Asiático			¿Ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Blanco			Si no, ¿tiene documentos de inmigración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacífico			
<input type="checkbox"/> Nunca se ha casado	<input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska			Fecha de entrada en los EE. UU.: _____
<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano			
¿Quisiera recibir una copia de su solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si su respuesta es afirmativa, ¿en qué formato quisiera recibir la copia de su solicitud? <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Electrónico				
¿Es usted una persona sin casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Una "persona sin hogar" es una persona que no tiene una residencia nocturna fija y habitual, incluyendo, entre otros, una persona que muy pronto perderá su residencia nocturna, o una persona cuya residencia nocturna principal es:				
(1) Un albergue supervisado para estancia temporal, como un hotel de asistencia social, un albergue de emergencia, de transición o colectivo;				
(2) Un centro de reinserción social o institución similar que proporcione residencia temporal a personas destinadas a ser ingresadas a una institución;				
(3) Alojamiento temporal durante no más de 90 días en la casa de otra persona; o				
(4) Un lugar no diseñado para dormir habitualmente, como autos, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas de un nivel inferior al estándar, estaciones de autobús o tren, o entornos similares.				
¿Es usted un empleado del LDH o está relacionado con un empleado del LDH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

B. Díganos si tiene un representante autorizado

Un representante autorizado es alguien con quien usted nos permite hablar sobre sus beneficios de SNAP. Puede nombrar a alguien, pero no es obligatorio.

¿Desea tener un representante autorizado? Sí No

En caso afirmativo, háblenos sobre su representante autorizado.

Nombre del representante autorizado	Relación con el solicitante	()	Número de teléfono
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

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

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

No pierda en Seguro Médico **Sin Costo**. Si responde la pregunta a continuación, compartiremos lo que ingresó en esta solicitud con el Departamento de Salud de Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH) Medicaid. LDH Medicaid se inscribirá a cualquier persona que califique y enviarán una carta con más información sobre el programa de Medicaid. Niños y adultos (bajo la edad de 65 años) pueden calificar.

FAVOR CONTESTAR LA PREGUNTA ABAJO.

- Sí, comparta mi información con LDH Medicaid para que no necesite completar otra solicitud.
- No, no comparta mi información. No necesito asistencia con solicitar Medicaid.

Miembros de la casa (introduzca el nombre)			Relación con usted (NR=Ninguna relación)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo (M/F)	Ciudadano de los EE. UU. (Sí/No)	Nivel de ED	Estado civil	Código de raza o étnico
Apellido	Nombre	Inic. segundo nombre	Responda estas secciones sólo para quienes necesitan beneficios							

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

Nivel de educ.: señale el grado más alto completado o GED/nivel universitario
 Si necesita más espacio para miembros adicionales del grupo familiar, puede escribir la información en papel común o pedir un "Formulario para miembros adicionales del grupo familiar".

D. Háblenos de su quienes viven en su hogar

Responda las preguntas siguientes sobre usted mismo y todas las demás personas de su hogar.

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

E. Háblenos del trabajo de las personas que viven en su hogar (grupo familiar)

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

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

Complete la información siguiente para **cada persona** que trabaje para un empleador. Si alguien trabaja para más de un empleador, complete un bloque separado para cada empleador. Use papel común si necesita más espacio.

2. Persona que trabaja para un empleador

Nombre _____ Fecha de inicio _____

Nombre del empleador _____ N.º de teléfono _____

Dirección _____

¿Con qué frecuencia paga? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes
 Mensualmente Otro _____

¿Se le paga mediante depósito directo? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué banco o cooperativa de crédito? _____

En caso negativo, ¿dónde hace efectivo su cheque de pago? _____

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

N. de días trabajados por semana _____

¿Alguna vez trabaja horas extras? Sí No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____ ¿Cuántas horas? _____

¿Se ganan propinas? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Se trata de trabajo por estudio? Sí No

¿Se trata de trabajo temporal? Sí No

3. Persona que trabaja para un empleador

Nombre _____ Fecha de inicio _____

Nombre del empleador _____ N.º de teléfono _____

Dirección _____

¿Con qué frecuencia paga? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes
 Mensualmente Otro _____

¿Se le paga mediante depósito directo? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué banco o cooperativa de crédito? _____

En caso negativo, ¿dónde hace efectivo su cheque de pago? _____

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

N.º de días trabajados por semana _____

¿Alguna vez trabaja horas extras? Sí No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____ ¿Cuántas horas? _____

¿Se ganan propinas? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Se trata de trabajo por estudio? Sí No

¿Se trata de trabajo temporal? Sí No

4. ¿Alguien está en huelga? Sí No

5. ¿Algún miembro de su familia (incluido usted mismo) ha dejado de trabajar en los últimos 60 días? Sí No

Complete la información siguiente para **cada persona** que esté trabajando de manera independiente. Esto incluye pescadores, proveedores de cuidados a menores, peluqueros y personas que hacen trabajos varios, como cortar la hierba, recoger latas, etc. Use papel común si necesita más espacio.

6. Personas que trabajan de manera independiente

Nombre	Nombre
Tipo de negocio	Tipo de negocio
Ingresos mensuales del negocio	Ingresos mensuales del negocio
Gastos de negocios mensuales	Gastos de negocios mensuales
N.º de horas trabajadas por semana	N.º de horas trabajadas por semana

7. ¿Alguien de su grupo familiar (incluido usted) está buscando trabajo? Sí No
8. ¿Alguien de su grupo familiar es un trabajador migrante o trabajador agrícola temporal? Sí No
9. ¿Usted o alguien de su familia alquila una habitación? Sí No
10. ¿Usted o alguien de su familia le paga a alguien de su casa por sus alimentos? Sí No

F. Infórmenos de otros ingresos

1. ¿Usted o alguien de su grupo familiar recibe dinero de una fuente que no sea el trabajo? Sí No
En caso de ser sí, marque cada tipo de ingresos.
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ingresos por anualidad | <input type="checkbox"/> Inquilino o huésped |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por manutención de menores | <input type="checkbox"/> Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Aportaciones de parientes o amigos | <input type="checkbox"/> Becas/Subsidios/Préstamos escolares |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de seguro por discapacidad | <input type="checkbox"/> SSI |
| <input type="checkbox"/> Cheque para energía | <input type="checkbox"/> Manutención de cónyuge o pensión alimentaria |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses | <input type="checkbox"/> Dinero tribal |
| <input type="checkbox"/> Préstamos | <input type="checkbox"/> Asignación por capacitación (WIOA) |
| <input type="checkbox"/> Adjudicación militar | <input type="checkbox"/> Ingresos por fideicomisos |
| <input type="checkbox"/> Arrendamiento petrolero/Regalías | <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo |
| <input type="checkbox"/> Beneficios ferrocarrileros | <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por rentas | <input type="checkbox"/> Compensación para los trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Pensión de retiro | <input type="checkbox"/> Otro |

2. Para cada casilla marcada en el N.º 1 de esta sección, complete la información siguiente. Incluya cualquier dinero que espere recibir en los próximos 30 días.

Nombre	Tipo de ingreso	Monto	Con qué frecuencia (semanal, mensual, etc.)	¿Espera que estos ingresos finalicen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo?

3. ¿Alguien tiene orden de un tribunal para pagarle manutención de menores a usted o a alguien de su grupo familiar? Sí No
4. ¿Usted o alguien de su grupo familiar recibe dinero del padre de un menor sin una orden del tribunal para pagar? Sí No

G. Háblenos de sus gastos

Para recibir la mayor cantidad de beneficios posible, tiene que hablarnos de los gastos de su hogar. No informar de los gastos abajo indicados se verá como una declaración por parte de su grupo familiar de que no desean recibir una deducción por el gasto no reportado.

GASTOS DE VIVIENDA

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

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Renta | <input type="checkbox"/> Electricidad |
| <input type="checkbox"/> Hipotecas (si está comprando) | <input type="checkbox"/> Gasolina |
| <input type="checkbox"/> Renta de lote | <input type="checkbox"/> Cloaca |
| <input type="checkbox"/> Seguro de propietario | <input type="checkbox"/> Agua |
| <input type="checkbox"/> Seguro contra inundaciones | <input type="checkbox"/> Basura |
| <input type="checkbox"/> Impuesto a la propiedad | <input type="checkbox"/> Teléfono |
| <input type="checkbox"/> Cuotas de condominio | <input type="checkbox"/> Otro |

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

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

3. ¿Usted paga los gastos de vivienda para un hogar en el que ya no vive, pero planea volver? Sí No
4. ¿Es alguien de su hogar responsable de pagar una factura de servicios públicos para el uso de un calefactor o aire acondicionado? Sí No
5. ¿Alguien le ayuda a pagar sus gastos de vivienda? Sí No
6. ¿Recibe asistencia para la energía? Sí No
En caso afirmativo, ¿la asistencia es por medio del Programa de Asistencia de Energía para Hogares Bajos Ingresos (LIHEAP)? Sí No
7. ¿Alguna parte de la renta que usted paga se utiliza para pagar los servicios públicos? Sí No

GASTOS DE CUIDADO DE DEPENDIENTES

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

Para quién se paga	Nombre y número de teléfono de la persona a la que se le paga	Monto pagado	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)

GASTOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES

1. ¿Alguien de su casa paga manutención de menores ordenada por un tribunal? Sí No
En caso afirmativo, complete la información siguiente:

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

GASTOS MÉDICOS

Podemos permitir una deducción médica en su caso de SNAP para cada miembro del grupo familiar que tenga una discapacidad o tenga más de 59 años de edad. Se puede conceder una deducción por gastos médicos que sean **superiores a los \$35.00 al mes**.

1. ¿Hay alguien de su grupo familiar que tenga una discapacidad o tenga más de 59 años de edad? Sí No

En caso afirmativo, responda las preguntas de esta sección.

En caso negativo, pase a la sección que hace referencia a los recursos de su grupo familiar en la siguiente página.

2. ¿Esta persona tiene que pagar gastos médicos? Sí No

- a. **En caso afirmativo**, ¿desea verificar estos gastos de modo que pueda obtener una deducción médica? Sí No

- b. Marque cada gasto médico que tenga esta persona.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Facturas dentales | <input type="checkbox"/> Medicamento recetado |
| <input type="checkbox"/> Facturas de hospital | <input type="checkbox"/> Prima de Plan de medicamentos con receta |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico o Primas de Medicare | <input type="checkbox"/> Residencia de ancianos |
| <input type="checkbox"/> Aparatos médicos | <input type="checkbox"/> Otros |

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

Nombres	Tipo de gasto	Monto	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)

4. ¿Alguna persona mayor o discapacitada incluida en la página anterior tiene costos de transporte médico? Sí No

- a. ¿Esta persona usa su propio vehículo o el vehículo de un miembro del grupo familiar? Sí No

- b. **En caso afirmativo**, complete la información siguiente:

Nombre de la persona	Enumere todos los lugares visitados con fines médicos (p. ej., médicos, farmacia, hospital, etc.)	N.º de millas viajadas en viaje de ida y vuelta	Número de visitas por mes

- c. ¿Esta persona le paga a alguien que no sea miembro del grupo familiar para tener transporte médico? Sí No

- d. **En caso afirmativo**, complete la información siguiente:

Nombre de la persona	A quién se le paga	A dónde va esta persona	Cuánto paga esta persona por cada viaje	Cuántos viajes paga esta persona cada mes

Si necesita más espacio, puede escribir la información en papel común.

5. ¿Se le reembolsará a usted o a cualquier otra persona de su grupo familiar por alguno de los gastos médicos que figuran arriba? Sí No

6. ¿Alguien le ayuda a pagar los gastos médicos? Sí No

H. Háblenos acerca de los recursos de su grupo familiar

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

1. Marque cada recurso abajo indicado que tenga usted o cualquier persona de su grupo familiar.
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Cheques) | <input type="checkbox"/> Cuentas de mercado de dinero |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Ahorros) | <input type="checkbox"/> Fondos de inversión |
| <input type="checkbox"/> Cuenta mancomunada | <input type="checkbox"/> Bono de ahorro |
| <input type="checkbox"/> Bonos | <input type="checkbox"/> Acciones |
| <input type="checkbox"/> Dinero en mano | |
| <input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD) | |

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

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

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

SI ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS DE SNAP ÚNICAMENTE, PASE A LA PÁGINA 10.

SÓLO DEBE COMPLETAR ESTA PÁGINA SI ESTÁ SOLICITANDO FITAP OR KCSP

FITAP or KCSP

1. ¿Está solicitando FITAP o KCSP? Sí No
En caso afirmativo, complete esta página. **En caso contrario**, pase a la página 10.
2. ¿Usted o alguien de su hogar tiene que alejarse de una situación de abuso? Sí No
3. ¿Las vacunas de todos los niños están al día? Sí No
Si negativo, ¿de quién no? _____ ¿Por qué? _____

AVALES

4. Complete la información siguiente para dos personas que no estén relacionadas con usted que puedan verificar la situación de su grupo familiar.

Nombre	Dirección	Número de teléfono durante el día

CUSTODIA

5. Si no es el padre o la madre de los menores por los cuales está presentando la solicitud, ¿tiene usted su custodia legal? Sí No
a. **En caso afirmativo**, complete la información siguiente:

Menores de los cuales tiene la custodia	Tipo de custodia	Fecha de vigencia de la custodia

Un padre que no tiene la custodia de sus hijos es aquel que no vive en el hogar con su hijo. Háblenos de los padres que no tienen la custodia de cada menor que vive en su casa. Esto incluye tanto a la madre como al padre, si usted no es el padre de los menores. Si el padre biológico y el padre legal de un menor no son la misma persona, aporte la información solicitada de ambos padres.

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

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Nombres de los niños		
Relación parental (relación de los padres de los niños):	<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Nunca se casaron	<input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciados

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

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Nombres de los niños		
Relación parental (relación de los padres de los niños):	<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Nunca se casaron	<input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciados

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

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Nombres de los niños		
Relación parental (relación de los padres de los niños):	<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Nunca se casaron	<input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciados

Lea cuidadosamente y firme a continuación

Certifico bajo pena de perjurio que la información que he brindado en esta solicitud es verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender, incluida la información que he brindado con respecto a la condena por ciertos delitos y con respecto a la ciudadanía de los EE. UU. o el estado migratorio de todos los miembros de la familia. Entiendo que yo y cualquier miembro adulto de la casa estaremos sujetos a descalificación y procesamiento, y se nos exigirá que reembolsemos los beneficios no elegibles si a sabiendas brindamos información falsa, incorrecta o incompleta para obtener o tratar de obtener asistencia financiera o alimenticia. Al firmar esta solicitud, doy permiso para que cualquier persona o agencia que tenga conocimiento de mis circunstancias divulgue información al Departamento de Salud de Luisiana.

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

Su firma (o marca)

Fecha de la firma

Firma (o marca) de su esposa o esposo

Fecha de la firma

Firma del padre (o de la madre) soltero menor

Fecha de la firma

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

Testigo

Testigo

Testigo

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

Firma

Relación

Firma del representante de la agencia

Fecha

Socio comunitario

ID de socio comunitario

Cómo enviar la solicitud de asistencia al Departamento de Salud de Luisiana (Louisiana Department of Health, LDH):



Subir

www.dcfhs.la.gov/CAFE



Correo

LDH ES
Document Processing Center
PO Box 260031
Baton Rouge, LA 70826-9918



En persona

Buscar oficina:
<https://ldh.la.gov/directory/category/economic-stability-parishes>



Fax

225-663-3164

¿Puede tener una entrevista por teléfono? Sí No

¿Que hora es la mejor para llamarle durante días laborales?

Temprano en la mañana (7AM – 9AM)

Cerca de mediodía (9AM – 12PM)

Hora del almuerzo (12PM - 1PM)

Temprano por la tarde (1PM - 3PM)

Al Finalizar la tarde (3PM – 5PM)

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.

Comments/Remarks:

THIS PAGE IS INTENTIONALLY 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: _____ IN/OUT: _____ REG. NO. _____

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 LIBERTARIAN REPUBLICAN NO PARTY OTHER (Specify) _____ 9. **Place of Birth** CITY/TOWN: _____ STATE: _____
PARISH/COUNTY: _____ COUNTRY: _____

Mother's Maiden Name 10. _____ 11. **Email** _____ 12. **Phone** Home: (____) _____ - _____
Other: (____) _____ - _____

LA DL/ID Card # 13. _____ 14. **Do you need assistance in voting?** No Yes, Reason: _____
 I do not have a LA DL/ID card.

Last Residence Address 15. HOUSE # & STREET: _____ STATE: _____ 16. **Place of Last Registration** STATE: _____ 17. **Former Registered Name, if any** _____
CITY: _____ STATE: _____ PARISH/COUNTY: _____

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: ☒ _____ 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. 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.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.