

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG LDH ĐỊA PHƯƠNG CỦA BẠN

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): <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> FITAP <input type="checkbox"/> KCSP										
A. Thông Tin Về Quý Vị											
<i>Thông tin này chỉ được yêu cầu nhằm mục đích xác định mức độ tuân thủ của LDH đối với luật dân quyền 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không											
Quý vị có đọc và hiểu được tiếng Anh không? <input type="checkbox"/> Có (S) <input type="checkbox"/> Không Nếu không , quý vị có thể đọc và hiểu ngôn ngữ nào?											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Tên</td> <td style="width: 25%;">Tên Đệm Viết Tắt</td> <td style="width: 25%;">Họ</td> <td style="width: 25%;">Tên Trước Khi Lập Gia Đình hoặc Tên Khác</td> </tr> </table>		Tên	Tên Đệm Viết Tắt	Họ	Tên Trước Khi Lập Gia Đình hoặc Tên Khác						
Tên	Tên Đệm Viết Tắt	Họ	Tên Trước Khi Lập Gia Đình hoặc Tên Khác								
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Địa Chỉ Bưu Tín</td> <td style="width: 25%;">Số Căn Hộ/Lô Đất</td> <td style="width: 25%;">Thành Phố</td> <td style="width: 25%;">Tiểu Bang</td> <td style="width: 25%;">Mã bưu điện</td> </tr> </table>		Địa Chỉ Bưu Tín	Số Căn Hộ/Lô Đất	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã bưu điện					
Địa Chỉ Bưu Tín	Số Căn Hộ/Lô Đất	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã bưu điện							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Địa Chỉ Nhà</td> <td style="width: 25%;">Số Căn Hộ/Lô Đất</td> <td style="width: 25%;">Thành Phố</td> <td style="width: 25%;">Tiểu Bang</td> <td style="width: 25%;">Mã bưu điện</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table>		Địa Chỉ Nhà	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							
()	()	()	()	()							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Số Điện Thoại Nhà</td> <td style="width: 25%;">Số Điện Thoại Di Động</td> <td style="width: 50%;">Số Điện Thoại tại Sở Làm hoặc Số Điện Thoại Khác</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Quận/thị xã cư ngụ: _____</td> </tr> </table>		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 Điện Thoại Nhà	Số Điện Thoại Di Động	Số Điện Thoại tại Sở Làm hoặc Số Điện Thoại Khác									
		Quận/thị xã cư ngụ: _____									
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Số An Sinh Xã Hội</td> <td style="width: 33%;">Ngày Tháng Năm Sinh</td> <td style="width: 33%;">Địa Chỉ Thư Điện Tử</td> </tr> </table>		Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh	Địa Chỉ Thư Điện Tử							
Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh	Địa Chỉ Thư Điện Tử									
Phái Tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ											
Sắc Tộc: Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha/La-tinh? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không											
Trình độ học vấn cao nhất? _____											
Tình Trạng Hôn Nhân:											
<input type="checkbox"/> Đã Lập Gia Đình											
<input type="checkbox"/> Ly Thân											
<input type="checkbox"/> Ly Dị											
<input type="checkbox"/> Chưa Bao Giờ Kết Hôn											
<input type="checkbox"/> Góa Bụa											
Nguồn Gốc Sắc Tộc (đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp):											
<input type="checkbox"/> Á châu											
<input type="checkbox"/> Người Da Trắng											
<input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii/ Thổ Dân Đảo Thái Bình Dương											
<input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ/ Thổ Dân Alaska											
<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi châu											
Hiện đang đi học? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không											
Công dân Hoa Kỳ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không											
Nếu không, quý vị có giấy tờ di trú không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không											
Ngày nhập cảnh vào Hoa Kỳ : _____											
Quý vị đang vô gia cư? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không "Người vô gia cư" là người không có nơi cư trú cố định và ổn định vào ban đêm, bao gồm nhưng không giới hạn ở người sắp mất nơi cư trú vào ban đêm hoặc người có nơi cư trú vào ban đêm chính là:											
(1) Nơi trú ẩn được giám sát để ở tạm, chẳng hạn như nơi ở cho người nhận phúc lợi, nơi trú ẩn khẩn cấp, nơi trú ẩn tạm thời hoặc nơi trú ẩn tập thể;											
(2) Nhà ở cho người mới được trả tự do hoặc cơ sở tương tự cung cấp nơi ở tạm thời cho cá nhân được dự định đưa vào cơ sở;											
(3) Nơi ở tạm không quá 90 ngày tại nhà của người khác; hoặc											
(4) Một nơi không được thiết kế để ngủ thường xuyên như ô tô, công viên, không gian công cộng, tòa nhà bỏ hoang, nhà ở dưới tiêu chuẩn, trạm xe buýt hoặc xe lửa, hoặc các địa điểm tương tự.											
Chức vụ phải là nhân viên LDH hoặc chức vụ có liên quan đến nhân viên LDH ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không											

GỬI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG LDH ĐỊA PHƯƠNG CỦA BẠN

B. Cho Chúng Tôi Biết Nếu Quý Vị Có Người Đại Diện Được Ủy Quyền										
<p>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.</p> <p>Quý vị có muốn có một Đại Diện Được Ủy Quyền không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p>Nếu có, hãy cho chúng tôi biết Người Đại Diện Được Ủy Quyền của quý vị.</p>										
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		
C. Cho Chúng Tôi Biết Thông Tin về Những Người Khác Trong Hộ Gia Đình Của Quý Vị – Không Kể Quý Vị										
<p>Liệt kê tất cả những người khác sống trong hộ gia đình của bạn, ngay cả khi bạn không đăng ký cho họ. Thông tin này chỉ được yêu cầu nhằm mục đích xác định việc LDH tuân thủ luật dân quyền Liên bang.</p> <p>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.</p> <p>Đừng bỏ lỡ Bảo Hiểm Y Té Miễn Phí. Nếu trả lời câu hỏi dưới đây, quý vị đồng ý để chúng tôi chia sẻ thông tin trong đơn đăng ký này với chương trình Medicaid do Sở Y tế Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH) quản lý. 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.</p> <p>XIN TRẢ LỜI CÂU HỎI DƯỚI ĐÂY.</p> <p><input type="checkbox"/> Có, vui lòng chia sẻ thông tin của tôi với chương trình Medicaid do LDH quản lý để tôi không phải điền thêm đơn đăng ký nào khác.</p> <p><input type="checkbox"/> Không, xin vui lòng không chia sẻ thông tin của tôi. Đừng giúp tôi có được Medicaid.</p>										
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 Chúng 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										
<p>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 để nghị cung cấp tờ "Mẫu Đơn Dành Cho Các Thành Viên Gia Đình Khác".</p> <p>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.</p>										

GỬI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG LDH ĐỊA PHƯƠNG CỦA BẠN

D. Những Thông Tin về Hộ Gia Đình Của Quý Vị	
<i>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.</i>	
1.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có phải là người phạm trọng tội bỏ trốn không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không 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 Bạo 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
5.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có khuyết tật không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
6.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, đó là ai? _____ Ngày sinh nở: _____
7.	Trong gia đình quý vị có ai đi học trung học, cao đẳng, đại học hoặc trường kỹ thuật dạy nghề không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Toàn Thời Gian <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Toàn Thời Gian <input type="checkbox"/> Bán Thời Gian
8.	Quý vị có thường mua thực phẩm và nấu ăn cùng với tất cả mọi người sống chung với quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu không, ai mua và nấu ăn riêng? _____
9.	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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không a. Nếu có, đó là ai? _____ b. Khi nào? _____ c. Tiểu bang nào? _____
10.	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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
11.	Quý vị là "Người Mỹ Bản Địa", "Người Mỹ Bản Địa Ở Đô Thị" hoặc "Người Mỹ Bản Địa California"? Nếu có, đó là ai? _____ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
12.	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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
13.	Có ai chuyển tới nhà quý vị kể từ lần báo cáo hoặc nộp đơn xin gần đây nhất không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

GỬI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG LDH ĐỊA PHƯƠNG CỦA BẠN

4.	Có ai đang tham gia đình công không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<p><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></p>		
6. Những Người Tự Kinh Doanh		
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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
8.	Trong gia đình quý vị có ai làm việc theo thời vụ tại các nông trại hoặc di dân không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
9.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có thuê phòng không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có , đánh dấu vào mỗi dạng lợi tức.	
<input type="checkbox"/>	Lợi Tức Niên Kim	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lợi Tức Chu Cấp Nuôi Con	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Các Khoản Đóng Góp Từ Gia Đình/Quý vị Bè	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tiền Bảo Hiểm Khuyết Tật	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ngân Phiếu Trợ Cấp Năng Lượng	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lợi Tức Từ Lãi Xuất	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Các Khoản Vay	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Định Mức Trợ Cấp Quân Đội	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tiền Tác Quyền/Hợp Đồng Cho Thuê Khai Thác Dầu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trợ Cấp Ngành Hỏa Xa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lợi Tức Từ Cho Thuê Nhà	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trợ Cấp Hưu Trí	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Người Ăn Ở Trọ	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	An Sinh Xã Hội	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Các Khoản Học Bổng/Trợ Cấp/Tiền Vay Đi Học SSI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tiền Cấp Dưỡng Cho Vợ/Chồng Đã Ly Dị	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tiền Của Bộ Tộc	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trợ Cấp Huấn Luyện (WIOA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lợi Tức Tín Thác	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trợ Cấp Thất Nghiệp	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trợ Cấp Cựu Chiến Binh	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bảo Hiểm Tai Nạn Lao Động	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Các Khoản Khác	<input type="checkbox"/>

GỬI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG LDH ĐỊA PHƯƠNG CỦA BẠN

2. Đối với mỗi ô đánh dấu trong Phần 1 của mục này ở trang 5, 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
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, khi nào?
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, khi nào?
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, khi nào?
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> Tiền Thuê Nhà	<input type="checkbox"/> Điện
<input type="checkbox"/> Vay Thế Chấp Mua Nhà (nếu mua nhà)	<input type="checkbox"/> Khí Đốt
<input type="checkbox"/> Thuê Lô Đất	<input type="checkbox"/> Dịch Vụ Thoát Nước
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Gia Cư	<input type="checkbox"/> Nước
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Lũ Lụt	<input type="checkbox"/> Rác
<input type="checkbox"/> Thuế Bất Động Sản	<input type="checkbox"/> Điện Thoại
<input type="checkbox"/> Lệ Phí Chung Cư	<input type="checkbox"/> 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 TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG LDH ĐỊA PHƯƠNG CỦA BẠN

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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không															
5.	Có bất kỳ ai giúp quý vị trang trải các khoản chi phí gia cư không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không															
7.	Bất kỳ khoản tiền thuê nào mà quý vị phải trả được sử dụng để thanh toán tiện ích không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không															
2.	Nếu có , điền thông tin sau đây.																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Trả Cho Ai</th> <th style="width: 30%;">Tên Và Số Điện Thoại Của Người Được Trả Thủ Lao</th> <th style="width: 20%;">Số Tiền Trả</th> <th style="width: 20%;">Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	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...)												
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.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Ai Trả</th> <th style="width: 25%;">Trả Cho Ai</th> <th style="width: 25%;">Số Tiền Trả</th> <th style="width: 25%;">Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Ai Trả	Trả Cho Ai	Số Tiền Trả	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)												
Ai Trả	Trả Cho Ai	Số Tiền Trả	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)														
CHI PHÍ Y TẾ																	
<p><i>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.</i></p>																	
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.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không															
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hóa Đơn Dịch Vụ Nha Khoa</td> <td><input type="checkbox"/> Thuốc Kê Toa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hóa Đơn Bệnh Biện</td> <td><input type="checkbox"/> Phí Bảo Hiểm Chương Trình Thuốc Kê Toa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Sức Khỏe Hoặc Các Khoản Phí Bảo Hiểm Medicare</td> <td><input type="checkbox"/> Cơ Sở Điều Dưỡng</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Phương Tiện Máy Móc Y Tế</td> <td><input type="checkbox"/> Các Khoản Khác</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Hóa Đơn Dịch Vụ Nha Khoa	<input type="checkbox"/> Thuốc Kê Toa	<input type="checkbox"/> Hóa Đơn Bệnh Biện	<input type="checkbox"/> Phí Bảo Hiểm Chương Trình Thuốc Kê Toa	<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Sức Khỏe Hoặc Các Khoản Phí Bảo Hiểm Medicare	<input type="checkbox"/> Cơ Sở Điều Dưỡng	<input type="checkbox"/> Phương Tiện Máy Móc Y Tế	<input type="checkbox"/> Các Khoản Khác								
<input type="checkbox"/> Hóa Đơn Dịch Vụ Nha Khoa	<input type="checkbox"/> Thuốc Kê Toa																
<input type="checkbox"/> Hóa Đơn Bệnh Biện	<input type="checkbox"/> Phí Bảo Hiểm Chương Trình Thuốc Kê Toa																
<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Sức Khỏe Hoặc Các Khoản Phí Bảo Hiểm Medicare	<input type="checkbox"/> Cơ Sở Điều Dưỡng																
<input type="checkbox"/> Phương Tiện Máy Móc Y Tế	<input type="checkbox"/> Các Khoản Khác																

GỬI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG LDH ĐỊA PHƯƠNG CỦA BẠN

3. Đối với mỗi ô được đánh dấu trong # 2 ở trang 7, 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 Đây Đi Đâu	Số Tiền Người Đây Trả Cho Mỗi Chuyến Đi	Người Đây 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 TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG LDH ĐỊA PHƯƠNG CỦA BẠN

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.
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trương Mục Ngân Hàng/Nghiệp Đoàn Tín Dụng (Chi Phiếu)
<input type="checkbox"/> Trương Mục Ngân Hàng/Nghiệp Đoàn Tín Dụng (Tiết Kiệm)
<input type="checkbox"/> Trương Mục Kết Hợp
<input type="checkbox"/> Trái Phiếu
<input type="checkbox"/> Tiền Mặt Có Sẵn | <input type="checkbox"/> Chứng Nhận Ký Thác (CD)
<input type="checkbox"/> Trương Mục Đầu Tư Trên Thị Trường Tiền Tệ
<input type="checkbox"/> Quỹ Hỗ Tương
<input type="checkbox"/> Trái Phiếu Tiết Kiệm
<input type="checkbox"/> Cổ Phiếu |
|--|---|

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 Đâu (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 11.

GỬI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG LDH ĐỊA PHƯƠNG CỦA BẠN
Chỉ điền trang này nếu bạn đang nộp đơn xin trợ cấp FITAP hoặc KCSP

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 11.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
3.	Tất cả các trẻ em có được chích ngừa đầy đủ không? Nếu không , đó là ai? _____ Tại sao? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
TÀI SẢN THẾ CHẤP		
4. 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	Địa chỉ	Số Điện Thoại Liên Lạc Số Điện Thoại
QUYỀN GIÁM HỘ		
5. 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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
a. Nếu có , điền thông tin sau đây.		
Những Trẻ Mà Quý Vị Có Quyền Giám Hộ	Dạng Giám Hộ	Ngày Bắt Đầu Được 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>		
6. Thông Tin Về Cha/Mẹ Không Có Quyền Giám Hộ		
Tên	Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh
Tên của Trẻ		
Mối quan hệ của cha mẹ (Mối quan hệ của cha mẹ trẻ)	<input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Không bao giờ kết hôn	<input type="checkbox"/> góa bụa <input type="checkbox"/> ly dị
7. Thông Tin Về Cha/Mẹ Không Có Quyền Giám Hộ		
Tên	Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh
Tên của Trẻ		
Mối quan hệ của cha mẹ (Mối quan hệ của cha mẹ trẻ)	<input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Không bao giờ kết hôn	<input type="checkbox"/> góa bụa <input type="checkbox"/> ly dị
8. Thông Tin Về Cha/Mẹ Không Có Quyền Giám Hộ		
Tên	Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh
Tên của Trẻ		
Mối quan hệ của cha mẹ (Mối quan hệ của cha mẹ trẻ)	<input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Không bao giờ kết hôn	<input type="checkbox"/> góa bụa <input type="checkbox"/> ly dị

GỬI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG LDH ĐỊA PHƯƠNG CỦA BẠN

Vui Lòng Đọc Kỹ Và Ký Tên Ở Dưới		
<p>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.</p> <p>Xin nhớ rằng quý vị phải nộp bằng chứng về thông tin mà quý vị báo cáo trong mẫu đơn xin này.</p>		
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
<p>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.</p>		
_____ Người Làm Chứng	_____ 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		
Chữ Ký		Mối liên hệ
Chữ Ký của Người Đại Diện Cơ Quan		Ngày

 <p>Trực Tuyến</p> <p>Cổng Thông Tin Dành Cho Khách Hàng CAFÉ www.dcsf.la.gov/CAFE</p>	 <p>Qua Thư</p> <p>LDH ES Document Processing Center PO Box 260031 Baton Rouge, LA 70826-9918</p>	 <p>Trực Tiếp</p> <p>Bất kỳ văn phòng LDH nào: www.ldh.louisiana.gov/directory</p>	 <p>Qua Fax</p> <p>225-663-3164</p>
--	---	---	---

Quý vị có thể hoàn tất cuộc phỏng vấn qua điện thoại không? Có Không

Thời gian tốt nhất để gọi cho quý vị trong các ngày trong tuần là gì?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sáng sớm (7AM -9AM) | <input type="checkbox"/> Chào buổi sang (9AM – 12PM) |
| <input type="checkbox"/> Giờ ăn trưa (12PM – 1PM) | <input type="checkbox"/> Đầu giờ chiều (1PM - 3PM) |
| <input type="checkbox"/> Cuối Giờ Chiều (3PM – 5PM) | |

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 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 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: _____ 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 #: _____
 CITY/TOWN: _____ STATE: LA ZIP CODE: _____

Give Location (If Necessary)

Check if no postal service at your residence address above and supply mailing address here.
Mailing Address (If different from Residence Address) 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
 I do not have a LA DL/ID card. Yes, Reason: _____

Last Residence Address 15. HOUSE # & STREET: _____ STATE: _____
 CITY: _____ STATE: _____ 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: _____ 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.



LOUISIANA REGISTRARS OF VOTERS OFFICE ADDRESSES

ACADIA 568 NW Court Circle Crowley, LA 70526-4363 (337) 788-8841	EAST BATON ROUGE 222 St. Louis St., Rm. 201 Baton Rouge, LA 70802-5860 (225) 389-3940	MADISON 100 N. Cedar St., Rm. #5 Tallulah, LA 71282-3892 (318) 574-2193	ST. LANDRY P.O. Box 818 Opelousas, LA 70571-0818 (337) 948-0572
ALLEN P.O. Box 150 Oberlin, LA 70655-0150 (337) 639-4966	EAST CARROLL P.O. Box 708 Lake Providence, LA 71254-0708 (318) 559-2015	MOREHOUSE 129 N. Franklin St., Ste. 1 Bastrop, LA 71220-3815 (318) 281-1434	ST. MARTIN 415 Saint Martin St. St. Martinville, LA 70582-4549 (337) 394-2204
ASCENSION 828 S. Irma Blvd., Rm. 205 Gonzales, LA 70737-3631 (225) 621-5780	EAST FELICIANA P.O. Box 488 Clinton, LA 70722-0488 (225) 683-3105	NATCHITOCHE P.O. Box 677 Natchitoches, LA 71458-0677 (318) 357-2211	ST. MARY 500 Main St., Courthouse, Rm. 301 Franklin, LA 70538-6144 (337) 828-4100, ext. 360
ASSUMPTION P.O. Box 578 Napoleonville, LA 70390-0578 (985) 369-7347	EVANGELINE 200 Court St., Ste. 102 Ville Platte, LA 70586-4463 (337) 363-5538	ORLEANS 1300 Perdido St., Rm. 1W24 New Orleans, LA 70112-2127 (504) 658-8300	ST. TAMMANY 701 N. Columbia St. Covington, LA 70433-2709 (985) 809-5500
AVOYELLES 312 N. Main St., Ste. E Marksville, LA 71351-2409 (318) 253-7129	FRANKLIN 6560 Main St. Winnsboro, LA 71295-2750 (318) 435-4489	OUACHITA 1650 Desiard St., Rm. 125 Monroe, LA 71201 (318) 327-1436	TANGIPAHOA P.O. Box 895 Amite, LA 70422-0895 (985) 748-3215
BEAUREGARD P.O. Box 952 DeRidder, LA 70634-0952 (337) 463-7955	GRANT 200 Main St., Courthouse Bldg. Cottax, 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 1919 Hospital Rd., Ste. 1 New Roads, LA 70760-3661 (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. 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 17911 Hwy. 43 North 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

This Page Intentionally Left Blank

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 Số 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 Số 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 Số 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.
- Số 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, Sở 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.
- Số 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), Số 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 của liên bang và quy định và chính sách về dân quyền của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (U.S. Department of Agriculture, USDA), USDA, các cơ quan, văn phòng, nhân viên và tổ chức của Bộ tham gia vào hoặc điều hành các chương trình của USDA bị cấm phân biệt đối xử dựa trên sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tôn giáo, giới tính, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, tình trạng hôn nhân, tình trạng gia đình/cha mẹ, thu nhập có được từ chương trình hỗ trợ công, quan điểm chính trị hoặc sự trả thù hoặc trả đũa vì hoạt động dân quyền trước đây trong bất kỳ chương trình hay hoạt động nào do USDA thực hiện hoặc tài trợ (không phải tất cả cơ sở đều áp dụng cho tất cả chương trình). Thời hạn nộp khiếu nại và biện pháp khắc phục sẽ khác nhau tùy theo chương trình hoặc sự việc.

Người khuyết tật cần phương tiện giao tiếp thay thế để tiếp nhận thông tin về chương trình (ví dụ: chữ nổi Braille, chữ cỡ lớn, băng ghi âm, Ngôn Ngữ Ký Hiệu Hoa Kỳ, v.v.) cần liên hệ với cơ quan tiểu bang hoặc địa phương phụ trách quản lý chương trình hoặc liên hệ với USDA thông qua Dịch Vụ

Chuyển Tiếp Viễn Thông (Telecommunications Relay Service, TRS) theo số 711 (thoại và TTY). Ngoài ra, thông tin về chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh.

Để nộp khiếu nại về phân biệt đối xử trong chương trình, hãy hoàn tất Đơn Khiếu Nại Phân Biệt Đối Xử Trong Chương Trình của USDA, [AD-3027](#), có sẵn trực tuyến tại [Cách Gửi Khiếu Nại Phân Biệt Đối Xử](#) Trong Chương Trình và tại bất kỳ văn phòng nào của USDA, hoặc viết thư trình bày tất cả thông tin được yêu cầu trong đơn rồi gửi đến USDA. Để yêu cầu một bản sao của đơn khiếu nại, vui lòng gọi (866) 632-9992. Nộp mẫu đơn đã hoàn tất hoặc gửi thư cho USDA qua: (1) Đường Bưu Điện: USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; hoặc (2) Email: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

USDA là cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng, người sử dụng lao động và người cho vay.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại vi phạm dân quyền cho Sở Y Tế Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH) bằng cách hoàn tất Đơn Khiếu Nại Vi Phạm Dân Quyền. Nộp đơn đến văn phòng tại địa phương; gửi qua đường bưu điện đến địa chỉ LDH Bureau of Legal Services, P.O. Box 3836, Baton Rouge, LA 70821-3836; email LDH.CivilRightsComplaints@la.gov; hoặc gọi 1-888-524-3578. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại vi phạm dân quyền cho LDH và USDA hoặc chỉ nộp cho LDH. Ngoài ra, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại chương trình với LDH/Bộ Phận Ổn Định Kinh Tế, bằng cách gửi qua đường bưu điện đến địa chỉ P.O. Box 260031, Baton Rouge, Louisiana, 70826, bằng cách gửi email đến LAHelpU@La.gov, hoặc bằng cách gọi 1-888-524-3578.

- **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 Hồ Trợ. Xin lưu ý rằng thông tin bạn cung cấp cho cơ quan này sẽ được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích đăng ký cử tri. Việc đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến các quyền lợi hoặc dịch vụ bạn có thể nhận được từ Sở Y tế Louisiana (LDH). LDH sẽ hỗ trợ bạn hoàn thành Đơn Đăng ký Cử tri Louisiana, trừ khi bạn từ chối hỗ trợ. Bạn có thể tự điền vào 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 \$4500 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 của bạn có thể đủ điều kiện nhận các dịch vụ hỗ trợ TANF/MOE không dùng tiền mặt sau đây. Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập trang web của chúng tôi tại www.ldh.louisiana.gov hoặc liên hệ với Văn phòng LDH địa phương.

- **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.
- **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.
- **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.
- **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.
- **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:
<ul style="list-style-type: none">• Che dấu thông tin hoặc cung cấp thông tin sai• Bán hoặc trao đổi trợ cấp SNAP hoặc thẻ EBT• Sử dụng quyền lợi thuộc Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) để mua các mặt hàng không đủ điều kiện, bao gồm rượu bia, nước ngọt, nước tăng lực,	Mất trợ cấp SNAP của quý vị trong: <ul style="list-style-type: none">• 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.

<p>thuốc lá, thức ăn nóng, kẹo và bất kỳ thực phẩm nào được bán để ăn tại chỗ. Điều này bao gồm cả mua hàng tại cửa hàng và mua hàng trực tuyến. Các mặt hàng không phải thực phẩm cũng không được phép.</p> <ul style="list-style-type: none"> Sử dụng trợ cấp SNAP của người khác Trả tiền cho thực phẩm mua về tín dụng với lợi ích SNAP. 	
<ul style="list-style-type: none"> Đổi trợ cấp SNAP lấy thuốc kích thích bất hợp pháp 	<p>Mất trợ cấp SNAP trong:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vĩnh viễn nếu vi phạm lần thứ hai 2 năm đối với vi phạm lần đầu
<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> Vĩnh viễn mất trợ cấp SNAP của quý vị
<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> Mất trợ cấp SNAP trong 10 năm
<p>FITAP và KCSP có những mức phạt nào?</p>	
<p>Nếu quý vị có hành động sau đây:</p>	<p>Quý vị sẽ:</p>
<ul style="list-style-type: none"> Che giấu thông tin hoặc cung cấp thông tin sai 	<p>Mất trợ cấp của bạn:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>Bạn có thể bị phạt tiền tới \$50,000 hoặc bị phạt tù lên tới 20 năm hoặc nhận cả hai hình phạt.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Dùng thẻ EBT của bạn: <ul style="list-style-type: none"> 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, 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 	<p>Mất trợ cấp của bạn trong:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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

<ul style="list-style-type: none"> ➤ tại máy ATM ở bất kỳ cơ sở nào ở trên. • Dùng thẻ EBT của bạn: <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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. 	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Mất trợ cấp trong 10 năm

Để 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).

Tên Trong Hồ Sơ: _____

Số ID Hồ Sơ: _____

**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 Intentionally Left Blank

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

Name of Employee: _____ SSN: _____

Name of Employer: _____ Date Employment Started: _____

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

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

Is the employee paid by Direct Deposit? Yes No

If yes, at what bank or credit union? _____

If employment is new:

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

Hourly rate of Pay _____

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

Hourly rate of overtime pay _____

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

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

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

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

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

If yes, Date of Change? _____

What type of change is anticipated? _____

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

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

If yes, explain: _____

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

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

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

 Employer's Printed Name or Stamp