

NO ESCRIBA EN LAS SECCIONES SOMBREADAS.

EBT Card #:

Ciudad: Estado Código postal:

Condado/distrito:

■ SI DEBIDO AL DESASTRE SE ENCUENTRA VIVIENDO TEMPORALMENTE CON OTRA FAMILIA, NO INCLUYA A LOS INTEGRANTES DE DICHA FAMILIA.

Raza

[illegible]

PARTE C – INGRESOS

Enumere la fuente y cantidad de dinero que lleva a casa y cualquier otro ingreso que los miembros de su familia han recibido o esperan recibir durante el período de beneficios por desastre.

Recibido por	Empleador/Fuente/Tipo de ingresos	Monto

PARTE D – RECURSOS

Indique todo el dinero que su familia podrá obtener durante el período de beneficios por desastre.

	Monto	
Efectivo disponible		
Cuentas corrientes		
Cuentas de ahorro		

PARTE E - ADVERTENCIA DE MULTAS

Si su familia recibe los beneficios de Asistencia Nutricional Suplementaria, debe seguir las siguientes reglas. Podemos elegir su familia para una revisión federal o estatal en cualquier momento después de que reciba los beneficios de Asistencia Nutricional Suplementaria para asegurarnos de que usted era elegible para recibir la asistencia desastre.

NO proporcione información falsa ni oculte información para recibir o continuar recibiendo los beneficios de Asistencia Nutricional Suplementaria.

NO proporcione ni venda los beneficios de Asistencia Nutricional Suplementaria o documentos de autorización a cualquier persona no autorizada para su uso.

NO altere ningún documento de autorización de Asistencia Nutricional Suplementaria para obtener los beneficios de Asistencia Nutricional Suplementaria a los que no tiene derecho.

NO use los beneficios de Asistencia Nutricional Suplementaria para comprar artículos no autorizados como alcohol o tabaco.

NO use los beneficios ni los documentos de autorización de Asistencia Nutricional Suplementaria de otra familia para la suya.

PARTE F - CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Entiendo las preguntas de esta solicitud y las multas por ocultar información o proporcionar información falsa. Mi familia necesita asistencia alimentaria inmediata como consecuencia del desastre. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado es correcta y está completa según mi mejor criterio. Además, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para determinar la certeza de mi certificación. Entiendo que si no estoy de acuerdo con cualquier medida que se tome en mi caso, tengo derecho a solicitar oralmente o por escrito una audiencia justa e imparcial.

FIRMAS REQUERIDAS: SOLICITANTE, REPRESENTANTE AUTORIZADO O TESTIGO (si firma con una X)

Solicitante	Fecha	Representante autorizado (ver nota)	Fecha
Testigo (Si alguien firma con una X)	Fecha	¿Es empleado de DCFS o DSNAP?	☐ Sí ☐ No
Trabajador	Fecha	Gerente o Representante de Operaciones del programa (si es necesario)	Fecha

Nota: si el solicitante decide que un representante autorizado solicite en su nombre, tanto el solicitante como el representante autorizado debe firmar este formulario **O** el solicitante deberá firmar una declaración dando permiso al representante autorizado para solicitar en su nombre.

Nota: los beneficios de Asistencia Nutricional Suplementaria vencen 365 días después de su emisión. Cualquier beneficio que no se haya utilizado después de 365 días, se perderá y no se podrá reintegrar.

Esta institución tiene prohibida la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencia política o religiosa.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos también prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y personas que soliciten empleo, por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y, donde corresponda, creencias políticas, estado civil, estado familiar o de padres, orientación sexual o todo o parte de los ingresos de una persona que se derive de algún programa de asistencia pública, o información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o fundada por el Departamento. (No todos los motivos de discriminación prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades del empleo).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos civiles ante el USDA, complete el [formulario de queja por discriminación del Programa del USDA](#), que se encuentra en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información que se solicita en el formulario. Envíe su formulario o carta de queja completos por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o envíelo por correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, con dificultades para escuchar o que tengan discapacidades del habla, se pueden comunicar con el USDA por medio del Servicio de retransmisión federal llamando al (800) 877-8339, o al (800) 845-6136 (español).

Para obtener cualquier otra información sobre asuntos del Programa de Asistencia para la Nutrición Complementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), las personas pueden comunicarse al número de línea directa de USDA SNAP llamando al (800) 221-5689, que también es en español, o llamar a los [números de la línea directa/Información del estado](#) (haga clic en el vínculo para obtener un listado de los números por estado); los encuentra en línea en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación sobre un programa que reciba asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos, escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

El USDA y los HHS son empleadores y proveedores con igualdad de oportunidades.

VOTER REGISTRATION

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

☐ I want to register to vote.

☐ I do not want to register to vote.

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

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

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

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

☐ Yes, I would like help.

☐ No, I do not want help.

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

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

Signature or Mark

Name Typed or Printed

Date

Signatures of Two Witnesses If Signed With Mark:

1) _____ 2) _____

COMPLAINTS

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

USE THIS FORM TO: 1) register to vote 2) change your address 3) request a name change 4) change party affiliation

TO REGISTER TO VOTE AND BE ELIGIBLE TO VOTE YOU MUST: 1) be a United States citizen 2) be at least 17 years old to register but must be 18 years old to vote 3) not be under an order of imprisonment for conviction of a felony 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 FOR COMPLETING THIS FORM: All information except your signature should be printed clearly in ink, preferably black, or typed. Fill in all boxes that apply to you.

Box 1: Indicate whether you are a citizen of the United States of America. Indicate whether you will be 18 years of age on or before election day.

Box 2: Provide full name. Do not use initials for middle or maiden name.

Box 3: 'Residence Address' means the address where you live and are registering to vote. If you claim a homestead exemption, you must list the address of that residence. Do not use a post office box for your 'Residence Address'. If you use a rural route and box number, draw a map in the space labeled 'Give Location.' Write in the names of the crossroads (streets) nearest to where you live. Draw an X to show where you live. Use a dot to show any schools, churches, stores or landmarks near where you live and write the name of the landmark. Check the box provided if mail is not delivered to your residence address by the post office. Complete 'Mailing Address' only if it is different from the 'Residence Address' or if mail is not delivered to your residence address.

Boxes 5 & 13: You must provide your LA driver's license number or LA special identification card number, if issued. If not issued, you must provide at least the last four digits of your social security number, if issued. The full social security number may be provided on a voluntary basis. If neither a social security number nor a LA driver's license number or LA special identification card number has been issued, 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, attach either a) a copy of a current and valid photo identification or b) a copy of a current utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document that shows your name and address.

Boxes 7, 11 & 12: The items 'race/ethnic origin', 'email' and 'phone' are not required but are helpful. Email is protected from disclosure by law.

Box 8: If you do not complete this item, your party affiliation will be listed as 'no party', unless you are presently registered with a party affiliation and no change is being made today. If you are not registering with a political party, circle 'no party'. The recognized political parties are Democrat, Green, Libertarian, Reform and Republican or you may specify any other party affiliation.

Box 17: If you are using this form to request a change of name, you must print the name to be changed here.

Box 18: Date and sign the card with your signature or mark.

If returned by mail, place in an envelope and mail to the appropriate registrar of voters at the address found on the reverse side of this card. If you have not been issued a social security number or Louisiana driver's license number, you must mail the required documentation with your application. Your application or envelope must be postmarked 30 days prior to the first election in which you seek to vote based on the residence listed on this application.

NOTE: 1. 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. 2. Your social security number will also remain confidential and is intended to be used for voter registration purposes only.

QUESTIONS? Call your Parish Registrar of Voters OR call the Department of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

COMPLETE AND CHECK ALL APPLICABLE BOXES AND CUT HERE BEFORE MAILING.

LOUISIANA VOTER REGISTRATION APPLICATION		OFFICIAL USE ONLY				
LR-1 & 1M, FORM #100		Wd / Dist	Pct	Reg Type	In/Out	REG #
1 Are you a citizen of the United States of America? YES ☐ NO ☐ Will you be 18 years of age on or before election day? YES ☐ NO ☐ If you checked 'no' in response to either of these questions, DO NOT COMPLETE THIS FORM.						
2 NAME OF APPLICANT (PLEASE PRINT NAME)					GIVE LOCATION	
LAST		FIRST			FULL MIDDLE OR MAIDEN	
3 RESIDENCE ADDRESS (MUST BE ADDRESS WHERE YOU CLAIM HOMESTEAD EXEMPTION, IF ANY)						
HOUSE OR APT. NO. & STREET (IF RURAL, ROUTE & BOX NO.)		CITY OR TOWN		STATE	ZIP	
If NO mail delivery to residential address, check here: ()		MAILING ADDRESS, IF DIFFERENT				
4 DATE OF BIRTH		5 * SOCIAL SECURITY # (CIRCLE ONE)		6 SEX (CIRCLE ONE)		7 ** RACE / ETHNIC ORIGIN (CIRCLE ONE)
MONTH	DAY	YEAR	NO YES #	MALE FEMALE	WHITE BLACK ASIAN HISPANIC AMER. INDIAN OTHER:	
8 PARTY AFFILIATION (CIRCLE ONE)			9 APPLICANT'S PLACE OF BIRTH			10 MOTHER'S MAIDEN NAME
DEM GRN LBT RFM REP NO PARTY OTHER (SPECIFY)			CITY OR TOWN PARISH OR COUNTY STATE COUNTRY			
11 **EMAIL			12 ** PHONE		13 LA DRIVER'S LICENSE / I.D. # (CIRCLE ONE)	
			HOME () DAY ()		NO YES #	
14 Will you require assistance at the polls? (CIRCLE ONE)			NO YES IF YES, GIVE REASON :			
15 LAST RESIDENCE ADDRESS			16 PLACE OF LAST REGISTRATION		17 FORMER REGISTERED NAME, IF APPLICABLE	
ADDRESS			PARISH OR COUNTY STATE			
AFFIRMATION: I do hereby solemnly swear or affirm that I am a United States citizen, that I am at least 17 years old, that I am not currently under an order of imprisonment for conviction of a felony, 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. Any false statement may constitute perjury.						
18 SIGN YOUR NAME IN BOX AT RIGHT.						
DATE: / /						
19 IF YOU ARE UNABLE TO SIGN YOUR NAME, TWO WITNESSES TO YOUR MARK MUST SIGN HERE.						
WITNESS SIGNATURE:			WITNESS SIGNATURE:			
* Last 4 digits of the social security number required if no LA driver's license issued; social security number is intended to be used for voter registration purposes only; full # OPTIONAL. ** OPTIONAL						

ACADIA
568 NW Court Circle
Crowley, LA 70526-4363
(337) 788-8841
ALLEN
P. O. Box 150
Oberlin, LA 70655-0150
(337) 639-4966
ASCENSION
828 S. Irma Blvd. - #205
Gonzales, LA 70737-3631
(225) 621-5780
ASSUMPTION
P. O. Box 578
Napoleonville, LA 70390-0578
(985) 369-7347
AVOYELLES
312 N. Main St. - #E
Marksville, LA 71351-2409
(318) 253-7129
BEAUREGARD
P. O. Box 952
DeRidder, LA 70634-0952
(337) 463-7955
BIENVILLE
P. O. Box 697
Arcadia, LA 71001-0697
(318) 263-7407
BOSSIER
P. O. Box 635
Benton, LA 71006-0635
(318) 965-2301
CADDO
P. O. Box 1253
Shreveport, LA 71163-1253
(318) 226-6891
CALCASIEU
1000 Ryan St. - Rm. 7
Lake Charles, LA 70601-5250
(337) 721-4000
CALDWELL
P. O. Box 1107
Columbia, LA 71418-1107
(318) 649-7364
CAMERON
P. O. Box 1
Cameron, LA 70631-0001
(337) 775-5493
CATAHOULA
P. O. Box 215
Harrisonburg, LA 71340-0215
(318) 744-5745
CLAIBORNE
507 W. Main St. - Suite 1
Homer, LA 71040-3914
(318) 927-3332
CONCORDIA
4001 Carter St., Ste. K
Vidalia, LA 71373-3021
(318) 336-7770
DESOTO
105 Franklin St.
Mansfield, LA 71052-2046
(318) 872-1149
E. BATON ROUGE
222 St. Louis - #201
Baton Rouge, LA 70802-5860
(225) 389-3940
E. CARROLL
P. O. Box 708
Lake Providence, LA 71254-0708
(318) 559-2015
E. FELICIANA
P. O. Box 488
Clinton, LA 70722-0488
(225) 683-3105
EVANGELINE
200 Court St. - Ste. 102
Ville Platte, LA 70586-4463
(337) 363-5538
FRANKLIN
Courthouse
6560 Main St.
Winnsboro, LA 71295-2750
(318) 435-4489
GRANT
Courthouse
200 Main St.
Colfax, LA 71417-1828
(318) 627-9938
IBERIA
300 S. Iberia St. - #110
New Iberia, LA 70560-4543
(337) 369-4407
IBERVILLE
P. O. Box 554
Plaquemine, LA 70765-0554
(225) 687-5201
JACKSON
500 E. Court St. - #102
Jonesboro, LA 71251-3400
(318) 259-2486
JEFFERSON
P. O. Box 10494
Jefferson, LA 70181-0494
(504) 736-6191
JEFFERSON DAVIS
302 N. Cutting Ave.
Jennings, LA 70546-5361
(337) 824-0834
LAFAYETTE
1010 Lafayette St. - #313
Lafayette, LA 70501-6885
(337) 291-7140
LAFOURCHE
307 W. 4th St.
Thibodaux, LA 70301-3105
(985) 447-3256
LASALLE
P. O. Box 2439
Jena, LA 71342-2439
(318) 992-2254
LINCOLN
100 W. Texas Ave., Rm. 10
Ruston, LA 71270-4463
(318) 251-5110
LIVINGSTON
P. O. Box 968
Livingston, LA 70754-0968
(225) 686-3054
MADISON
100 N. Cedar St.
Tallulah, LA 71282-3892
(318) 574-2193
MOREHOUSE
129 N. Franklin St.
Bastrop, LA 71220-3815
(318) 281-1434
NATCHITOCHES
P. O. Box 677
Natchitoches, LA 71458-0677
(318) 357-2211
ORLEANS
1300 Perdido St. - #1W23
New Orleans, LA 70112-2127
(504) 658-8300
OUACHITA
1650 Desiard St., Ste. 125
Monroe, LA 71201
(318) 327-1436
PLAQUEMINES
P. O. Box 989
Port Sulphur, LA 70083-0989
(504) 934-3620
POINTE COUPEE
211 E. Main St. Floor 2
New Roads, LA 70760-3661
(225) 638-5537
RAPIDES
701 Murray St.
Alexandria, LA 71301-8099
(318) 473-6770
RED RIVER
P. O. Box 432
Coushatta, LA 71019-0432
(318) 932-5027
RICHLAND
P. O. Box 368
Rayville, LA 71269-0368
(318) 728-3582
SABINE
400 Capitol St. - #107
Many, LA 71449-3099
(318) 256-3697
ST. BERNARD
8201 W. Judge Perez - Rm. 104
Chalmette, LA 70043-1696
(504) 278-4231
ST. CHARLES
P. O. Box 315
Hahnville, LA 70057-0315
(985) 783-5120
ST. HELENA
P. O. Box 543
Greensburg, LA 70441-0543
(225) 222-4440
ST. JAMES
P. O. Box 179
Convent, LA 70723-0179
(225) 562-2330
ST. JOHN
1801 W. Airline Hwy.
LaPlace, LA 70068-3344
(985) 652-9797
ST. LANDRY
P. O. Box 818
Opelousas, LA 70571-0818
(337) 948-0572
ST. MARTIN
415 Saint Martin St.
St. Martinville, LA 70582-4549
(337) 394-2204
ST. MARY
500 Main St. - #301
Franklin, LA 70538-6144
(337) 828-4100, ext. 360
ST. TAMMANY
701 N. Columbia St.
Covington, LA 70433-2709
(985) 809-5500
TANGIPAHOA
P. O. Box 895
Amite, LA 70422-0895
(985) 748-3215
TENSAS
P. O. Box 183
St. Joseph, LA 71366-0183
(318) 766-3931
TERREBONNE
8026 Main St., Ste. 101
Houma, LA 70360
(985) 873-6533
UNION
P. O. Box 235
Farmerville, LA 71241-0235
(318) 368-8660
VERMILION
100 N. State St. - #120
Abbeville, LA 70510
(337) 898-4324
VERNON
P. O. Box 626
Leesville, LA 71496-0626
(337) 239-3690
WASHINGTON
Courthouse Bldg.
900 Washington St., #105
Franklinton, LA 70438
(985) 839-7850
WEBSTER
P. O. Box 674
Minden, LA 71058-0674
(318) 377-9272
W. BATON ROUGE
P. O. Box 31
Port Allen, LA 70767-0031
(225) 336-2421
W. CARROLL
P. O. Box 71
Oak Grove, LA 71263-0071
(318) 428-2381
W. FELICIANA
P. O. Box 2490
St. Francisville, LA 70775-2490
(225) 635-6161
WINN
119 W. Main St. - Room 105
Winnfield, LA 71483-3238
(318) 628-6133

OFFICIAL USE ONLY

Address Change

Name Change

Party Change

Remarks

Circle One: PA MV RG SDA SS(Disability)

Received by: _____

PLACE IN AN ENVELOPE AND MAIL TO YOUR
REGISTRAR OF VOTERS