DIS 1SP
Rev. 02/17
03/16 Issue Obsolete

Departamento de Servicios para Niños y Familias de Louisiana

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA EN CASO DE DESASTRES

NO ESCRIBA EN LAS SECCIONES SOMBREADAS.

Sólo para uso oficial

Disaster #: _____

Application Date: _____

Parish of Residence #: _____
(Parish of residence when disaster occurred)

Number in Household: _____

EBT Card #: _____

INSTRUCCIONES: complete esta solicitud con honestidad y según su mejor criterio. **Si su familia tiene conocimiento pero se niega a dar cualquier información solicitada, no será elegible para recibir asistencia nutricional suplementaria.** ***Cuando se le entreviste*****, debe presentar prueba de identidad. Es posible que tenga que mostrar un comprobante de que su familia vivía en la *zona de desastre* al momento del mismo. Puede ser que deba comprobar los gastos cuestionables. Usted puede autorizar a alguien fuera de su familia para que solicite, obtenga o use los beneficios de Asistencia nutricional suplementaria en caso de desastres en su nombre.**

Jefe de familia:	Verificado (Solo para uso oficial)	Representante autorizado:
Dirección del domicilio al momento del desastre:		Dirección y número de teléfono donde vive ahora (si es distinto):
Ciudad: Estado: Código postal:		Ciudad: Estado Código postal:
Número de teléfono:		Dirección postal (si es distinta):
Condado al momento del desastre:		Ciudad: Estado: Código postal:

Parte A - Situación de la familia

		SÍ	NO
1.	¿Su familia vivía en la zona de desastre al momento en que este ocurrió? **Si responde sí**, conteste las siguientes preguntas:	☐	☐
	a. ¿Su familia planea comprar alimentos antes de que finalice el período de beneficios por desastre?	☐	☐
	b. ¿Perdió alimentos como resultado del desastre?	☐	☐
	c. ¿El desastre dañó o destruyó su casa o la propiedad donde trabaja por cuenta propia? **Si responde sí**, explique brevemente:	☐	☐
	d. ¿El desastre retrasó, redujo o interrumpió los ingresos de su familia?	☐	☐
	e. ¿Su familia tiene dinero en efectivo o depositado en cuentas corrientes o de ahorro a las que no puede acceder porque el banco está cerrado debido al desastre y el ATM no está funcionando?	☐	☐
	f. Como consecuencia del desastre, ¿su familia tiene algún gasto adicional? **Si responde sí**, explique brevemente:	☐	☐
2.	¿Alguien en su hogar trabaja para el Departamento de Servicios para Niños y Familia?	☐	☐
3.	¿Participa usted actualmente en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)?	☐	☐
	Si responde sí, ¿en qué estado? Condado/distrito:		

Enumere a los miembros de su familia, **incluyéndolo a usted,** que se vieron afectados por el desastre que viven y comen con usted. Indique los números de seguro social (SSN) de cada miembro de la familia, si está disponible, fecha de nacimiento, sexo y raza. Enumere la fuente y la 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.

- **NO INCLUYA A PERSONAS QUE NO ERAN PARTE DE SU FAMILIA CUANDO OCURRIÓ EL DESASTRE.**
- **SI DEBIDO AL DESASTRE SE ENCUENTRA VIVIENDO TEMPORALMENTE CON OTRA FAMILIA, NO INCLUYA A LOS INTEGRANTES DE DICHA FAMILIA.**

PARTE B - INTEGRANTES DE LA FAMILIA (Agregue papel para más espacio)

Parte C - Ingresos

Nombre/Apellido	N.º de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	Empleador/Fuente /Tipo	Cantidad

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 – GASTOS

Enumere los gastos causados por el desastre que su familia pagó o espera pagar durante el período de beneficios por desastre.

NO INCLUYA LOS GASTOS QUE YA PAGÓ O PAGARÁ UNA PERSONA FUERA DE SU FAMILIA DURANTE ESTE PERIODO DE BENEFICIOS POR DESASTRE.

	MONTO
Alimentos que destruyó el desastre	
Cuidado de dependientes debido al desastre	
Gastos funerarios/médicos debido al desastre	
Costos de mudanza y almacenamiento debido al desastre	
Gastos temporales de refugio	
Costo para proteger las pertenencias durante el desastre	
Costo para reparar o reemplazar artículos para el hogar o la propiedad de empleo independiente	
Otros gastos relacionados con el desastre	

Explique las cantidades antes indicadas.

PARTE F - 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 por 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 G - 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	
Empleado	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.**

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Se puede presentar una denuncia relacionada con el programa ante el Department of Children and Family Services (DCFS) enviando un correo electrónico a DCFS.Webmaster.DCFS@LA.GOV o llamando al 225-342-2342.

Usted puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el Department of Children and Family Services (DCFS) completando el Formulario de Reclamo de Derechos Civiles. Entregue el formulario en una oficina local; envíelo por correo a DCFS Civil Rights Section, P O Box 1887, Baton Rouge, LA 70821; por correo electrónico a DCFS.BureauofCivilRights@LA.GOV; o llame al (225) 342-0309. Puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el DCFS y el USDA o solamente ante el DCFS.

VOTER REGISTRATION

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

☐ I want to register to vote. ☐ I do not want to register to vote.

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

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

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

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

☐ **Yes, I would like help.** ☐ **No, I do not want help.**

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

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

Signature or Mark **Name Typed or Printed** **Date**

Signatures of Two Witnesses If Signed With Mark:

1)_____ 2)_____

COMPLAINTS

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

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., Rm. 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., Ste. 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., Ste. 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 St., Rm. 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., Ste. 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., Rm. 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., Ste. 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) 574-219

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., Rm. 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., Flr. 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., Rm. 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., Ste. 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., Ste.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., Rm. 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

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 17 years old (16 years old if registering to vote in person at the Registrar of Voters' Office or the Office of Motor Vehicles) 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 in which you are eligible to vote.

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.

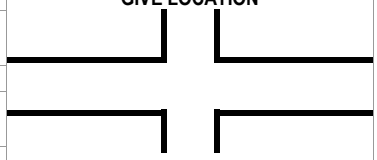
LOUISIANA VOTER REGISTRATION APPLICATION LR-1 & 1M, FORM #100

OFFICIAL USE ONLY
Wd _____ **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)
LAST | FIRST | FULL MIDDLE OR MAIDEN

GIVE LOCATION



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
MONTH | DAY | YEAR

5 * SOCIAL SECURITY # (CIRCLE ONE)
NO
YES # _____

6 SEX (CIRCLE ONE)
MALE FEMALE

7 ** RACE / ETHNIC ORIGIN (CIRCLE ONE)
WHITE BLACK ASIAN HISPANIC AMER. INDIAN
OTHER: _____

8 PARTY AFFILIATION (CIRCLE ONE)
DEM GRN LBT RFM REP NO PARTY
OTHER (SPECIFY) _____

9 APPLICANT'S PLACE OF BIRTH
CITY OR TOWN | PARISH OR COUNTY | STATE | COUNTRY

10 MOTHER'S MAIDEN NAME

11 **EMAIL

12 ** PHONE
HOME ( )
DAY ( )

13 LA DRIVER'S LICENSE / I.D. # (CIRCLE ONE)
NO
YES # _____

14 Will you require assistance at the polls? (CIRCLE ONE)
NO YES IF YES, GIVE REASON :

15 LAST RESIDENCE ADDRESS
ADDRESS

16 PLACE OF LAST REGISTRATION
PARISH OR COUNTY | STATE

17 FORMER REGISTERED NAME, IF APPLICABLE

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**