

Louisiana Departamento de Niños y Familias
Carta de contacto con el cliente
P. O. Box 260031
Baton Rouge, LA 70826-0031

Nombre del caso: _____

Identificación del caso: _____

Trabajador Número: _____

Fecha: _____

- ☐ Esta carta es acerca de su ☐ Asistencia Monetaria ☐ Programa Suplementario De Asistencia Nutricional (SNAP) o ☐ Cuidado de Niños Programa de Asistencia (CCAP) caso.
- ☐ Usted solicitó ☐ Asistencia Monetaria ☐ SNAP o ☐ CCAP sobre beneficios _____. Con el fin de determinar su elegibilidad, ciertos factores deben ser verificados. Usted debe proporcionar la verificación se indica a continuación por _____. Si la información no es proporcionada por esta fecha, su solicitud puede ser rechazada. Si solicitó SNAP y se determinan acelerada, usted recibirá una notificación de la decisión a más tardar _____. Si no se determinan expedita y le proporcionará la información necesaria para dicha fecha, recibirá los beneficios o notificación que usted no es elegible para recibir ayuda _____.
- ☐ De acuerdo con la política del Estado, tiene el derecho a que su solicitud sea procesada dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su solicitud. El marco de procesamiento de 30-días de tiempo no se aplicará si:
1. usted no proporciona la información requerida, o no prevista circunstancia más allá del control del Departamento debe ocurrir. El marco de procesamiento de
 2. 30-días de tiempo no se utilizará como base para la denegación de su solicitud.
- ☐ Usted le ha proporcionado toda la información necesaria para determinar su elegibilidad. Esta forma se presta para informarle de las normas de la agencia de tiempo de aplicación para los beneficios.
- ☐ Si es necesario, una tarjeta de EBT se solicitará de inmediato si su caso cumple con los criterios de cupones para alimentos acelerados o en los 21 días desde la fecha de aplicación o cuando su caso sea certificado, lo que ocurra primero. La recepción de una tarjeta de EBT no significa que haya sido determinado elegible para recibir beneficios. Usted será notificado cuando una determinación de elegibilidad se ha hecho.
- ☐ Usted ha sido identificado como participante de STEP y un Acuerdo de Éxito Familiar (FSA) deben ser completados. La FSA está diseñado para permitir la transición de la asistencia pública a la autosuficiencia a través de su participación en las actividades de trabajo, mejoras en la educación, la preparación laboral, colocación laboral, y otras actividades de trabajo. Una cita ha sido programada para usted a continuación. Si usted no puede asistir a esta cita, por favor llámeme al en, _____ programar otra fecha y / o tiempo. El no asistir a esta cita, o que colaboran en el desarrollo o la firma de un FSA se traducirá en el cierre del caso.
- ☐ Una cita ha sido programada / reprogramado para que el _____ a las _____.
(Fecha) (Hora)
- Este nombramiento es para:
- ☐ Entrevista telefónica. Nos comunicaremos con usted en _____.
(N ° de teléfono)
- Su llamada para la entrevista puede provenir de un número de teléfono fuera de su código de área o de un número desconocido.
- ☐ Cara a cara entrevista en _____.
(Lugar/Dirección)
- El no asistir a esta cita puede resultar en la negación o el cierre de su caso.

- ☐ Necesito hablar con usted por el siguiente motivo (s):

- ☐ Proporcione la información que se indica a continuación a más tardar _____. Por favor, incluya el nombre de la cabeza del hogar, número de identificación del caso, número de Seguro Social, fecha de nacimiento y número de trabajadores en todos los documentos que presente. No envíe documentos originales tales como certificados de nacimiento originales o tarjetas de seguro social, o talones de cheque original. Proporcionar copias de estos documentos porque el original no puede ser devuelta.

Si usted no puede proporcionar la información para esta fecha, por favor llame a 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578) para darme a conocer, para que se puedan hacer arreglos para que le de tiempo adicional o para que podamos ayudarle a obtener la requiere verificación. Si no tenemos noticias de usted, su caso puede ser negado o cerrado.

SNAP	Efectivo o CCAP		
Edad y relación			
	☐	Nacimiento / bautismo, certificados o documentos de bautizo para	
	☐	Registros médicos que establecen la fecha de nacimiento y la relación con usted de	
	☐	Declaración de un médico dando la fecha prevista de parto de su hijo nonato	
	☐	Registros de inmigración para:	
☐	☐	Otro	
Residencia/ciudadanía y viviendo en el hogar de un pariente que cumpla los requisitos			
☐	☐	Nombre, dirección y número de teléfono del casero	
☐	☐	Nombre, dirección y número de teléfono de dos personas QUE NO SEAN FAMILIARES que puedan verificar su residencia, y que sus hijos viven con usted, o contacte a su trabajador para programar una visita a su hogar.	
☐	☐	Envíe el formulario completo OFS 81 - Formulario de Verificación del Propietario	
☐	☐	Envíe el formulario completo OFS 83 - Verificación de Arreglos de Vivienda	
☐	☐	Otro	
Número de Seguro Social/Tarjeta			
☐	☐	Números de Seguro Social o tarjetas para	
☐	☐	La prueba de que usted ha solicitado un número de Seguro Social para	
☐	☐	Otro	
Padre sin Custodia de Información			
	☐	Información de contacto Padre de (especifique lo que sea necesario)	Información de contacto Padre de (especifique lo que sea necesario)
☐	☐	Otro	
Asistencia Escolar			
	☐	Declaración de la escuela que verifique la asistencia de	
☐	☐	Otro	
Ingresos			
☐	☐	Talones de cheques de su empleador o la declaración de su salario los empleadores que verifiquen, por un el período de: _____ o declaración completa OFS formulario 87 - Carta Actual de Salarios Verificación pasado o Anticipada	
☐	☐	Estado de las contribuciones	
☐	☐	Declaración que verifique el dinero recibido de	
☐	☐	Otro	
Recursos			
☐		Documentos para verificar la propiedad y valor de	
☐		Estados de cuenta bancarios.	
☐		Otro	

SNAP	Efectivo o CCAP	
Documentos legales		
	☐	El matrimonio / separación / divorcio documentos para
	☐	Registros médicos para probar la discapacidad
	☐	La custodia provisional por mandato
	☐	Certificado de defunción para:
☐	☐	Orden judicial, orden administrativa, o de otro tipo de documentos legalmente exigibles para la manutención de los hijos
☐	☐	Otro
Gastos deducibles (vivienda, cuidado de dependientes, apoyo médico, la obligación legal del niño, etc.) Especificar las verificaciones necesarias.		
☐		Recibos de renta o recibos o documentos de la hipoteca
☐		Envíe el formulario completo OFS formulario 81 - Formulario de Verificación del Propietario
☐		Recibos de servicios públicos (eléctrico, gas, agua, teléfono)
☐		La prueba de los gastos de seguro actual de su casa
☐	☐	Los recibos o estados de gastos de cuidado de niños de un proveedor de cuidado de dependientes
☐		Hospital / médico / facturas médicas de
☐		Otras cuentas médicas de
☐		Otro
Inmunización		
	☐	Los registros de vacunas para
	☐	Otro
Requisitos de trabajo		
☐	☐	Regístrese para obtener trabajo en la Comisión de Fuerza Laboral de (LWC) al crear una cuenta activa de Ayuda a personas que buscan empleo (HIRE) y mantener un registro activo laboral dentro de la cuenta HIRE en www.laworks.net .
	☐	Conoce a mi requerimiento o de trabajo curar una Programa PASO sanción por
Otro		
☐	☐	
☐	☐	
FITAP/KCSP los formularios que requieren la realización y / o firma		
	☐	Envíe el formulario firmado Flyer 6 - Aviso de Cooperación con Sustento de Menores y el Acuerdo de Renuncia
	☐	Envíe el formulario firmado Flyer 7 - Notificación de Asignación de Derechos
	☐	Envíe el formulario firmado OFS 4NCP - Non Custodial Resumen de Información para Padres
	☐	Envíe el formulario firmado OFS 4NCP - Suplemento Resumen informativo de la Madre Natural
	☐	Envíe el formulario firmado OFS 80 - Declaración de garantía
	☐	Envíe el formulario completo OFS 4NA - Evaluación de las Necesidades
	☐	Envíe el formulario firmado OFS 4FA - Evaluación Familiar
	☐	Envíe el formulario firmado Flyer DV - Notificación de Derechos de reclamación Buena Causa

Para cualquier duda o pregunta, por favor póngase en contacto con un Representante de Servicio al Cliente al 1-888-LAHELPU (888-524-3578).