

Solicitud de asistencia

Date Received: _____

Assigned to: _____

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

Marque únicamente los programas que está solicitando:

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

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

¿Puede leer y entender inglés? Sí No

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

(Apellido) (Nombre) (MI) Número de Seguro Social

Calle o Ruta rural Apt. o Lote# Ciudad y estado Código postal N.º de teléfono

Dirección postal si es distinta de la anterior: _____

Su firma

¿Qué pasa si necesita beneficios de SNAP de inmediato?

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

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

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

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

Office Use Only

1.	Income	\$ _____	Is #1 less than \$150? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No AND
		+	
	2.	Resources \$ _____	Is #2 less than \$101? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		=	
	Total	\$ _____ (A)	If yes to both, Expedite. If no, consider shelter costs.
	3.	Rent/Mortgage \$ _____	Is B greater than A? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		+	If yes, Expedite. If no, consider migrant or seasonal farm worker status.
	Utility Standard*	\$ _____	Is anyone in the household a migrant or seasonal farm worker? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		=	AND
	Total	\$ _____ (B)	Is #2 less than \$101? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			If yes to both, Expedite. If no, the case is not expedited.

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

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

Due Date*:

*The case must be certified and the client must have their EBT card in sufficient time to be able to use their SNAP benefits by the 6th calendar day after the date of application. If the 6th calendar day falls on a weekend or holiday, the due date becomes the previous workday.

Expedited status determined by: _____

Signature of Agency Representative Date

A. Háblenos de usted				
<i>Puede optar por no darnos información sobre su origen étnico y racial. No afectará su elegibilidad. Esta información nos ayuda a respetar el Título VI de la Ley de los Derechos Civiles de 1964.</i>				
¿Necesita una nueva tarjeta de compras de Louisiana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre		Inicial del segundo nombre	Apellido	Apellido de soltera u otro nombre
Dirección postal		Apt. o lote	Ciudad	Estado Código postal
Dirección de su hogar (si es distinta)		Apt. o lote	Ciudad	Estado Código postal
()		()	()	
Número de teléfono particular		Número de teléfono celular	Número de teléfono del trabajo u otro	
Número de Seguro Social			Condado de residencia	
Fecha de nacimiento		Dirección de correo electrónico		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Origen étnico: ¿Hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Nivel de grado más alto terminado en la escuela? _____
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <input type="checkbox"/> Viudo		Herencia racial: (elija todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano		¿Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿tiene documentos de inmigración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de entrada en los EE. UU.: _____
B. Díganos si tiene un representante autorizado				
<i>Un representante autorizado es alguien con quien usted nos permite hablar sobre sus beneficios de SNAP. Puede nombrar a alguien, pero no es obligatorio.</i>				
¿Desea tener un representante autorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
En caso afirmativo, háblenos sobre su representante autorizado.				
Nombre del representante autorizado		Relación con el solicitante	() Número de teléfono	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
For Office Use Only				
Rights and Responsibilities discussed with applicant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Reporting requirements explained to applicant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Is an EBT card needed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Is there an authorized representative? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Identity verified by: <input type="checkbox"/> Driver's License <input type="checkbox"/> Identification card <input type="checkbox"/> Other				
Residency verified by:				
Marital status verified by:				
Reason for application:				
FITAP/KCSP explained? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Client selected: <input type="checkbox"/> FITAP <input type="checkbox"/> KCSP				

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

Enumere a todas las otras personas que viven en su casa, aunque no esté presentando una solicitud para ellas. Puede optar por no darnos información sobre el origen étnico y racial. No afectará su elegibilidad. Esta información nos ayuda a respetar el Título VI de la Ley de los Derechos Civiles de 1964.

No se pierda el Seguro de Salud sin costo para sus hijos. Si marca la casilla de abajo, vamos a compartir lo que usted pone en este formulario con el Departamento de Salud y Hospitales (DHH) de Louisiana. DHH inscribirá a los niños que califican y le enviaremos una carta con más información sobre el Programa de Medicaid.

Sí, por favor, compartir mi información con DHH, así no necesito completar otra solicitud.
Entiendo que si mis hijos reciben beneficios de Medicaid, y sus gastos médicos son pagados por un seguro médico privado o por un acuerdo judicial, Medicaid puede recuperar su dinero de esta fuente.

Miembros de la casa (introduzca el nombre)	Relación con usted (NR=Ninguna relación)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo (M/F)	Ciudadano de los EE. UU. (Sí/No)	Nivel de ED *	Estado civil	Código de raza o étnico **
--	--	---------------------	-------------------------	------------	----------------------------------	---------------	--------------	----------------------------

Apellido	Nombre	Inic. segundo nombre	Responda estas secciones sólo para quienes necesitan beneficios					

****Raza:** (Puede seleccionar más de una raza) ****Origen étnico:**

AN = Nativo de Alaska **WH** = Blanco **BL** = Negro o afroamericano **Y** = Hispano o latino

AI = Indio americano **AS** = Asiático **PI** = Nativo de Hawái u otro originario de las Islas del Pacífico **N** = No hispano o latino

***Nivel de educ.:** señale el grado más alto completado o GED/nivel universitario

Si necesita más espacio para miembros adicionales del grupo familiar, puede escribir la información en papel común o pedir un "Formulario para miembros adicionales del grupo familiar".
Si alguna persona para la que esté presentando una solicitud no es ciudadano de los EE. UU., su trabajador completará con usted un Anexo para extranjeros y lista de comprobación durante su entrevista.

For Office Use Only

Household composition: _____ person household

Are all members linked on LAMI? Yes No

Enumeration verified by:

Age and relationship verified by:

Document CR 5

Citizenship: Are all household members U.S. citizens? Yes No

If no, complete Alien Addendum and Alien Checklist.

D. Háblenos de su quienes viven en su hogar		For Office Use Only
<i>Responda las preguntas siguientes sobre usted mismo y todas las demás personas de su hogar.</i>		
1. ¿Usted o alguien de su hogar es un criminal fugado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Usted o alguien de su hogar está violando su libertad condicional o bajo palabra?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Usted o alguien de su hogar ha sido declarado culpable de un delito relacionado con drogas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3. If yes, complete supplement.
4. ¿Usted o alguien de su hogar ha sido descalificado o se le han reducido o detenido sus beneficios por romper las reglas de SNAP, FITAP, KCSP o SSI?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	4. If yes, complete supplement.
5. ¿Usted o alguien de su familia tiene una discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	5. If yes, complete supplement.
6. ¿Alguien de su familia asiste a la secundaria, colegio universitario, escuela vocacional o técnica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6. If yes, is anyone attending an institution of higher education? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, complete supplement.
En caso afirmativo , complete la información siguiente para cada alumno:		
a. _____	Nombre del alumno	<input type="checkbox"/> Eligible student <input type="checkbox"/> Ineligible student
_____	Nombre de la escuela y programa de estudios	
¿Cuántas horas asiste a la escuela el alumno cada semana? _____		
¿Se considera de tiempo completo o de medio tiempo? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo		
b. _____	Nombre del alumno	<input type="checkbox"/> Eligible student <input type="checkbox"/> Ineligible student
_____	Nombre de la escuela y programa de estudios	
¿Cuántas horas asiste a la escuela el alumno cada semana? _____		
¿Se considera de tiempo completo o de medio tiempo? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo		
7. ¿Suele comprar comida y preparar sus alimentos con todas las personas que viven con usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso negativo , ¿quién compra y prepara sus alimentos por separado? _____		
8. ¿Usted o alguien de su familia ha recibido asistencia en efectivo o beneficios de SNAP de otro estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
a. ¿ En caso afirmativo , quién?	_____	
b. ¿Cuándo?	_____	
c. ¿Qué estados?	_____	
9. ¿Usted o alguien de su grupo familiar tiene una solicitud pendiente de algún beneficio que no esté recibiendo aún?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9. If yes, what type?

E. Háblenos del trabajo de las personas que viven en su hogar (grupo familiar)	For Office Use Only
<p>Háblenos de cualquier dinero recibido por usted o por cualquier persona de su hogar por un trabajo, sea trabajo de tiempo completo, medio tiempo, temporal o estacional, trabajo independiente, capacitación, pago de la reserva militar o trabajo por estudio. Esto incluye dinero recibido de salarios, propinas o comisiones.</p>	
<p>1. ¿Usted o alguien de su hogar trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Complete la información siguiente para cada persona que trabaje para un empleador. Si alguien trabaja para más de un empleador, complete un bloque separado para cada empleador. Use papel común si necesita más espacio.</p>	
<p>2. Persona que trabaja para un empleador</p>	Use OFS 3
<p>Nombre _____ Fecha de inicio _____</p>	Verified by:
<p>Nombre del empleador _____ N.º de teléfono _____</p>	
<p>Dirección _____</p>	
<p>¿Con qué frecuencia paga? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro _____</p>	
<p>¿Se le paga mediante depósito directo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>En caso afirmativo, ¿en qué banco o cooperativa de crédito? _____</p>	
<p>En caso negativo, ¿dónde hace efectivo su cheque de pago? _____</p>	
<p>N.º de horas trabajadas por semana _____ Salario por hora _____</p>	
<p>N.º de días trabajados por semana _____</p>	
<p>¿Alguna vez trabaja horas extras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	Is commission earned?
<p>En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____ ¿Cuántas horas? _____</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>¿Se ganan propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	If yes, how much?
<p>En caso afirmativo, ¿cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____</p>	How often?
<p>¿Se trata de trabajo por estudio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	Is this piecework?
<p>¿Se trata de trabajo temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Rate per piece?
<p>3. Persona que trabaja para un empleador</p>	Use OFS 3
<p>Nombre _____ Fecha de inicio _____</p>	Verified by:
<p>Nombre del empleador _____ N.º de teléfono _____</p>	
<p>Dirección _____</p>	
<p>¿Con qué frecuencia paga? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro _____</p>	
<p>¿Se le paga mediante depósito directo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>En caso afirmativo, ¿en qué banco o cooperativa de crédito? _____</p>	
<p>En caso negativo, ¿dónde hace efectivo su cheque de pago? _____</p>	
<p>N.º de horas trabajadas por semana _____ Salario por hora _____</p>	
<p>N.º de días trabajados por semana _____</p>	
<p>¿Alguna vez trabaja horas extras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	Is commission earned?
<p>En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____ ¿Cuántas horas? _____</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>¿Se ganan propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	If yes, how much?
<p>En caso afirmativo, ¿cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____</p>	How often?
<p>¿Se trata de trabajo por estudio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	Is this piecework?
<p>¿Se trata de trabajo temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Rate per piece?

<p>4. ¿Alguien está en huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Alguien de su casa (incluido usted) dejó de trabajar en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Complete la información siguiente para cada persona que esté trabaje de manera independiente. Esto incluye pescadores, proveedores de cuidados a menores, peluqueros y personas que hacen trabajos varios, como cortar la hierba, recoger latas, etc. Use papel común si necesita más espacio.</i></p>	<p>For Office Use Only</p> <p>5. If yes, complete supplement.</p>																																				
<p>6. Personas que trabajan de manera independiente</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nombre</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Nombre</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tipo de negocio</td> <td style="text-align: center;">Tipo de negocio</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ingresos mensuales del negocio</td> <td style="text-align: center;">Ingresos mensuales del negocio</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Gastos de negocios mensuales</td> <td style="text-align: center;">Gastos de negocios mensuales</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">N.º de horas trabajadas por semana</td> <td style="text-align: center;">N.º de horas trabajadas por semana</td> </tr> </table>	Nombre	Nombre	Tipo de negocio	Tipo de negocio	Ingresos mensuales del negocio	Ingresos mensuales del negocio	Gastos de negocios mensuales	Gastos de negocios mensuales	N.º de horas trabajadas por semana	N.º de horas trabajadas por semana	<p>6. Verified by:</p> <p><input type="checkbox"/> Prior year's income tax return</p> <p><input type="checkbox"/> Accountant or bookkeeper records</p> <p><input type="checkbox"/> Personal business records</p>																										
Nombre	Nombre																																				
Tipo de negocio	Tipo de negocio																																				
Ingresos mensuales del negocio	Ingresos mensuales del negocio																																				
Gastos de negocios mensuales	Gastos de negocios mensuales																																				
N.º de horas trabajadas por semana	N.º de horas trabajadas por semana																																				
<p>7. ¿Alguien de su grupo familiar (incluido usted) está buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. ¿Alguien de su grupo familiar es un trabajador migrante o trabajador agrícola temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. ¿Usted o alguien de su familia alquila una habitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. ¿Usted o alguien de su familia le paga a alguien de su casa por sus alimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>7. If yes, complete supplement.</p>																																				
<p>F. Infórmenos de otros ingresos</p>																																					
<p>1. ¿Usted o alguien de su grupo familiar recibe dinero de una fuente que no sea el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de ser sí, marque cada tipo de ingresos.</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ingresos por anualidad</td> <td><input type="checkbox"/> Inquilino o huésped</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ingresos por manutención de menores</td> <td><input type="checkbox"/> Seguro Social</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aportaciones de parientes o amigos</td> <td><input type="checkbox"/> Becas/Subsidios/Préstamos escolares</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Beneficios de seguro por discapacidad</td> <td><input type="checkbox"/> SSI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cheque para energía</td> <td><input type="checkbox"/> Manutención de cónyuge o pensión alimentaria</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ingresos por intereses</td> <td><input type="checkbox"/> Dinero tribal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Préstamos</td> <td><input type="checkbox"/> Asignación por capacitación (WIOA)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Adjudicación militar</td> <td><input type="checkbox"/> Ingresos por fideicomisos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arrendamiento petrolero/Regalías</td> <td><input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Beneficios ferrocarrileros</td> <td><input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ingresos por rentas</td> <td><input type="checkbox"/> Compensación para los trabajadores</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pensión de retiro</td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Ingresos por anualidad	<input type="checkbox"/> Inquilino o huésped	<input type="checkbox"/> Ingresos por manutención de menores	<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Aportaciones de parientes o amigos	<input type="checkbox"/> Becas/Subsidios/Préstamos escolares	<input type="checkbox"/> Beneficios de seguro por discapacidad	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> Cheque para energía	<input type="checkbox"/> Manutención de cónyuge o pensión alimentaria	<input type="checkbox"/> Ingresos por intereses	<input type="checkbox"/> Dinero tribal	<input type="checkbox"/> Préstamos	<input type="checkbox"/> Asignación por capacitación (WIOA)	<input type="checkbox"/> Adjudicación militar	<input type="checkbox"/> Ingresos por fideicomisos	<input type="checkbox"/> Arrendamiento petrolero/Regalías	<input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo	<input type="checkbox"/> Beneficios ferrocarrileros	<input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos	<input type="checkbox"/> Ingresos por rentas	<input type="checkbox"/> Compensación para los trabajadores	<input type="checkbox"/> Pensión de retiro	<input type="checkbox"/> Otro												
<input type="checkbox"/> Ingresos por anualidad	<input type="checkbox"/> Inquilino o huésped																																				
<input type="checkbox"/> Ingresos por manutención de menores	<input type="checkbox"/> Seguro Social																																				
<input type="checkbox"/> Aportaciones de parientes o amigos	<input type="checkbox"/> Becas/Subsidios/Préstamos escolares																																				
<input type="checkbox"/> Beneficios de seguro por discapacidad	<input type="checkbox"/> SSI																																				
<input type="checkbox"/> Cheque para energía	<input type="checkbox"/> Manutención de cónyuge o pensión alimentaria																																				
<input type="checkbox"/> Ingresos por intereses	<input type="checkbox"/> Dinero tribal																																				
<input type="checkbox"/> Préstamos	<input type="checkbox"/> Asignación por capacitación (WIOA)																																				
<input type="checkbox"/> Adjudicación militar	<input type="checkbox"/> Ingresos por fideicomisos																																				
<input type="checkbox"/> Arrendamiento petrolero/Regalías	<input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo																																				
<input type="checkbox"/> Beneficios ferrocarrileros	<input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos																																				
<input type="checkbox"/> Ingresos por rentas	<input type="checkbox"/> Compensación para los trabajadores																																				
<input type="checkbox"/> Pensión de retiro	<input type="checkbox"/> Otro																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">For Office Use Only</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">FITAP</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">SNAP</th> </tr> <tr> <th style="width: 25%;">Name</th> <th style="width: 10%;">Age</th> <th style="width: 15%;">WR Code</th> <th style="width: 25%;">Reason For Exemption</th> <th style="width: 15%;">WR Code</th> <th style="width: 20%;">Reason For Exemption</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		For Office Use Only		FITAP		SNAP		Name	Age	WR Code	Reason For Exemption	WR Code	Reason For Exemption																								
For Office Use Only		FITAP		SNAP																																	
Name	Age	WR Code	Reason For Exemption	WR Code	Reason For Exemption																																

<p>3. ¿Usted paga los gastos de vivienda para un hogar en el que ya no vive, pero planea volver? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Es alguien de su hogar responsable de pagar una factura de servicios públicos para el uso de un calefactor o aire acondicionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Alguien le ayuda a pagar sus gastos de vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Recibe asistencia para la energía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿la asistencia es por medio del Programa de Asistencia de Energía para Hogares Bajos Ingresos (LIHEAP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Alguna parte de la renta que usted paga se utiliza para pagar los servicios públicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>5. If yes, complete supplement.</p>																
GASTOS DE CUIDADO DE DEPENDIENTES																	
<p>1. ¿Usted o alguien de su grupo familiar le paga a alguien para cuidar a un menor o a un adulto que sea mayor o discapacitado, de modo que un miembro del grupo familiar pueda trabajar, asistir a capacitación o a la escuela, o buscar trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. En caso afirmativo, complete la información siguiente:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Para quién se paga</th> <th style="width: 25%;">Nombre y número de teléfono de la persona a la que se le paga</th> <th style="width: 15%;">Monto pagado</th> <th style="width: 35%;">Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)</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>	Para quién se paga	Nombre y número de teléfono de la persona a la que se le paga	Monto pagado	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)													<p>Certified for CCAP? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>What is co-payment amount?</p>
Para quién se paga	Nombre y número de teléfono de la persona a la que se le paga	Monto pagado	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)														
<p>3. ¿Alguien le ayuda a pagar sus gastos de cuidado de dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>3. If yes, complete supplement.</p>																
GASTOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES																	
<p>1. ¿Alguien de su casa paga manutención de menores ordenada por un tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, complete la información siguiente:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Quién paga</th> <th style="width: 25%;">A quién le paga</th> <th style="width: 15%;">Monto pagado</th> <th style="width: 35%;">Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)</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>	Quién paga	A quién le paga	Monto pagado	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)									<p>Court-ordered child support expenses:</p>				
Quién paga	A quién le paga	Monto pagado	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)														
GASTOS MÉDICOS																	
<p><i>Podemos permitir una deducción médica en su caso de SNAP para cada miembro del grupo familiar que tenga una discapacidad o tenga más de 59 años de edad. Se puede conceder una deducción por gastos médicos que sean superiores a los \$35.00 al mes.</i></p>																	
<p>1. ¿Hay alguien de su grupo familiar que tenga una discapacidad o tenga más de 59 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, responda las preguntas de esta sección. En caso negativo, pase a la sección que hace referencia a los recursos de su grupo familiar en la siguiente página.</p> <p>2. ¿Esta persona tiene que pagar gastos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>a. En caso afirmativo, ¿desea verificar estos gastos de modo que pueda obtener una deducción médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. Marque cada gasto médico que tenga esta persona.</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Facturas dentales</td> <td><input type="checkbox"/> Medicamento recetado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Facturas de hospital</td> <td><input type="checkbox"/> Prima de Plan de medicamentos con receta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Seguro médico o Primas de Medicare</td> <td><input type="checkbox"/> Residencia de ancianos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aparatos médicos</td> <td><input type="checkbox"/> Otros</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Facturas dentales	<input type="checkbox"/> Medicamento recetado	<input type="checkbox"/> Facturas de hospital	<input type="checkbox"/> Prima de Plan de medicamentos con receta	<input type="checkbox"/> Seguro médico o Primas de Medicare	<input type="checkbox"/> Residencia de ancianos	<input type="checkbox"/> Aparatos médicos	<input type="checkbox"/> Otros	<p>Medical expenses: Use form SNAP 1MW</p>								
<input type="checkbox"/> Facturas dentales	<input type="checkbox"/> Medicamento recetado																
<input type="checkbox"/> Facturas de hospital	<input type="checkbox"/> Prima de Plan de medicamentos con receta																
<input type="checkbox"/> Seguro médico o Primas de Medicare	<input type="checkbox"/> Residencia de ancianos																
<input type="checkbox"/> Aparatos médicos	<input type="checkbox"/> Otros																

3. <i>Para cada casilla marcada en el N.º 2 en la página 7, complete la siguiente información.</i>				For Office Use Only
Nombres	Tipo de gasto	Monto	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)	
4. ¿Alguna persona mayor o discapacitada incluida en la página anterior tiene costos de transporte médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
a. ¿Esta persona usa su propio vehículo o el vehículo de un miembro del grupo familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
b. En caso afirmativo , complete la información siguiente:				
Nombre de la persona	Enumere todos los lugares visitados con fines médicos (p. ej., médicos, farmacia, hospital, etc.)	N.º de millas viajadas en viaje de ida y vuelta	Número de visitas por mes	
c. ¿Esta persona le paga a alguien que no sea miembro del grupo familiar para tener transporte médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
d. En caso afirmativo , complete la información siguiente:				
Nombre de la persona	A quién se le paga	A dónde va esta persona	Cuánto paga esta persona por cada viaje	Cuántos viajes paga esta persona cada mes
<i>Si necesita más espacio, puede escribir la información en papel común.</i>				
5. ¿Se le reembolsará a usted o a cualquier otra persona de su grupo familiar por alguno de los gastos médicos que figuran arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				5. If yes, complete supplement. 6. If yes, complete supplement. When management is questionable, use form OFS 4MW.
6. ¿Alguien le ayuda a pagar los gastos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

H. Háblenos acerca de los recursos de su grupo familiar				For Office Use Only											
<i>Los recursos incluyen dinero en efectivo, dinero en el banco, certificados de depósito, acciones y bonos. Los recursos no incluyen posesiones personales como joyería, muebles, equipo eléctrico o ropa.</i>															
<p>1. Marque cada recurso abajo indicado que tenga usted o cualquier persona de su grupo familiar.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Cheques)</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Cuentas de mercado de dinero</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Ahorros)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Fondos de inversión</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Cuenta mancomunada</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Caja de seguridad</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Bonos</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Bono de ahorro</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Dinero en mano</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Acciones</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD)</td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Cheques)	<input type="checkbox"/> Cuentas de mercado de dinero	<input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Ahorros)	<input type="checkbox"/> Fondos de inversión	<input type="checkbox"/> Cuenta mancomunada	<input type="checkbox"/> Caja de seguridad	<input type="checkbox"/> Bonos	<input type="checkbox"/> Bono de ahorro	<input type="checkbox"/> Dinero en mano	<input type="checkbox"/> Acciones	<input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD)
<input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Cheques)	<input type="checkbox"/> Cuentas de mercado de dinero														
<input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Ahorros)	<input type="checkbox"/> Fondos de inversión														
<input type="checkbox"/> Cuenta mancomunada	<input type="checkbox"/> Caja de seguridad														
<input type="checkbox"/> Bonos	<input type="checkbox"/> Bono de ahorro														
<input type="checkbox"/> Dinero en mano	<input type="checkbox"/> Acciones														
<input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD)															
2. <i>Para cada casilla marcada arriba, complete la siguiente información.</i>				<p>Are liquid resources \$1500 or less? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>											
A nombre de quién figura el recurso	Tipo de recurso	Cuánto vale	Dónde está el recurso (incluya el nombre del banco o empresa donde se guarda el dinero, dirección de la propiedad, etc.)												
<p>3. ¿Usted o alguien en su hogar recibió un reembolso de impuestos federales en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Usted o alguien de su hogar recibió o espera recibir una suma única de dinero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Su nombre o el nombre de alguien de su hogar aparecen en una cuenta de banco o cooperativa de crédito con otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p style="margin-left: 20px;">a. En caso afirmativo, ¿qué nombres figuran en la cuenta? _____</p> <p style="margin-left: 20px;">b. ¿Por qué este nombre está en la cuenta? _____</p> <p style="margin-left: 20px;">c. ¿Alguien más hace depósitos en esta cuenta? _____</p> <p style="margin-left: 20px;">d. En caso afirmativo, ¿quién y cuánto por mes? _____</p> <p>6. ¿Usted o alguien más de su grupo familiar ha vendido, intercambiado, regalado o transferido un recurso en los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>				<p>3. If yes, complete supplement.</p> <p>4. If yes, complete supplement. <input type="checkbox"/> Countable lump sum <input type="checkbox"/> Non-countable lump sum</p> <p>How was this verified? <input type="checkbox"/> Client statement <input type="checkbox"/> Bank statement <input type="checkbox"/> Other</p> <p>6. If yes, complete supplement.</p>											
For Office Use Only															

SI ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS DE SNAP ÚNICAMENTE, PASE A LA PÁGINA 12.

SÓLO DEBE COMPLETAR ESTA PÁGINA SI ESTÁ SOLICITANDO FITAP O KCSP

I. FITAP o KCSP	For Office Use Only									
<p>1. ¿Está solicitando FITAP o KCSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, complete esta página. En caso contrario, pase a la página 12.</p> <p>2. ¿Usted o alguien de su hogar tiene que alejarse de una situación de abuso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Las vacunas de todos los niños están al día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si negativo, ¿de _____ ¿Por _____ quién no? _____ qué? _____</p> <p>4. ¿Usted o alguien de su familia está encinta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, Fecha _____ ¿quién? _____ de parto: _____</p>	<p>2. If yes, Issue Flyer DV.</p> <p>3. Verificación: <input type="checkbox"/> CR 9 <input type="checkbox"/> LINKS <input type="checkbox"/> OFS IM</p>									
SEGURO MÉDICO										
<p>5. ¿Usted o alguien de su grupo familiar puede obtener seguro médico por medio de un empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>5. If yes, provide BHSF Flyer LaHIPP.</p>									
AVALES										
<p>6. Complete la información siguiente para dos personas que no estén relacionadas con usted que puedan verificar la situación de su grupo familiar.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:33%;">Nombre</th> <th style="width:33%;">Dirección</th> <th style="width:33%;">Número de teléfono durante el día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Nombre	Dirección	Número de teléfono durante el día							<p>*Note: If client checked "Yes" for #5 on page 3, complete OFS 90 or OFS 90L.</p>
Nombre	Dirección	Número de teléfono durante el día								
CUSTODIA										
<p>7. Si no es el padre o la madre de los menores por los cuales está presentando la solicitud, ¿tiene usted su custodia legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. En caso afirmativo, complete la información siguiente:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:33%;">Menores de los cuales tiene la custodia</th> <th style="width:33%;">Tipo de custodia</th> <th style="width:33%;">Fecha de vigencia de la custodia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Menores de los cuales tiene la custodia	Tipo de custodia	Fecha de vigencia de la custodia							<p>7. Custody verified by:</p>
Menores de los cuales tiene la custodia	Tipo de custodia	Fecha de vigencia de la custodia								
<p><i>Un padre que no tiene la custodia de sus hijos es aquel que no vive en el hogar con su hijo. Háblenos de los padres que no tienen la custodia de cada menor que vive en su casa. Esto incluye tanto a la madre como al padre, si usted no es el padre de los menores. Si el padre biológico y el padre legal de un menor no son la misma persona, aporte la información solicitada de ambos padres. Use papel común si necesita más espacio.</i></p>										
8. Información del padre (o madre) que no tiene la custodia										
Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento								
Dirección postal										
Ciudad	Estado	Número de teléfono								
Empleador										
Nombres de los niños										
Relación parental (relación de los padres de los niños): <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Nunca se casaron <input type="checkbox"/> Divorciados										

9. Información del padre (o madre) que no tiene la custodia		
Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Número de teléfono
Empleador		
Nombres de los niños		
Relación parental (relación de los padres de los niños):	<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Nunca se casaron	<input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciados
10. Información del padre (o madre) que no tiene la custodia		
Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Número de teléfono
Empleador		
Nombres de los niños		
Relación parental (relación de los padres de los niños):	<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Nunca se casaron	<input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciados
For Office Use Only		
Living in the home with qualified relative? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Verified by:		
<input type="checkbox"/> Landlord statement		
<input type="checkbox"/> School records		
<input type="checkbox"/> Collateral		
<input type="checkbox"/> Other		
NCP: Complete form 4NCP and 4NCP Supplement, if applicable:		

Lea cuidadosamente y firme a continuación

Certifico bajo pena de perjurio que la información que he aportado en esta solicitud es verdadera, completa y exacta hasta donde sé, incluso la información que he dado respecto a la ciudadanía estadounidense o situación migratoria de todos los miembros del grupo familiar. Entiendo que yo y cualquier miembro adulto del grupo familiar podemos estar sujetos a descalificación y enjuiciamiento, y se nos exigirá devolver el pago de beneficios no elegibles si a sabiendas damos información falsa, incorrecta o incompleta con el objeto de obtener o tratar de obtener asistencia financiera, para alimentos o para el cuidado infantil. Al firmar esta solicitud, doy permiso para que cualquier persona o agencia que tenga conocimiento de mis circunstancias entregue información al Departamento de Servicios para Niños y Familias.

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

Su firma (o marca) _____
Fecha de la firma

Firma (o marca) de su esposa o esposo _____
Fecha de la firma

Firma del padre (o de la madre) soltero menor _____
Fecha de la firma

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

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

Firma _____
Relación

Firma del representante de la agencia _____
Fecha

Deseo retirar mi _____ solicitud porque _____

Firma del solicitante _____
Fecha

Registro de votantes

Si usted no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le gustaría inscribirse hoy para votar aquí?

Sí No

SI USTED NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERA QUE HA DECIDIDO EN ESTE MOMENTO NO REGISTRARSE PARA VOTAR.

El hecho de inscribirse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le será proporcionada por el Departamento de Servicios para Niños y Familias.

Si desea ayuda para llenar el formulario para registrarse, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

¿Necesita ayuda de DCFS para completar el formulario para registrarse? Sí No

Si usted cree que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse o no inscribirse para votar, en su derecho a la privacidad al decidir si inscribirse o solicitar registrarse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el Secretario de Estado de Louisiana, Comisionado de Elecciones, P.O. Caja 94125, Baton Rouge, LA 70804-9125, Teléfono: (gratis) 1-800-883-2805.

La solicitud para recibir asistencia puede presentarse por correo, por fax, en persona o en línea a través del portal del cliente CAFÉ. Si lo envía por correo, envíelo a Department of Children & Family Services ES, Document Processing Center, P. O. Box 260031, Baton Rouge, LA 70826-9918. Por fax al (225) 663-3164 o deje su solicitud en cualquier oficina parroquial local. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de solicitud, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente llamando al 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578).

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

AVOUELLES
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) 367-4407

IBERVILLE
P. O. Box 554
Plaquemine, LA 70765-0554
(318) 357-2211

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) 574-2193

MOREHOUSE
129 N. Franklin St.
Bastrop, LA 71220-3815
(318) 281-1434

NATCHITOCHE
P. O. Box 677
Natchitoches, LA 71458-0677
(225) 222-4440

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 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 _____ Pct _____	Reg Type _____ In/Out _____ REG # _____
1 Are you a citizen of the United States of America? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Will you be 18 years of age on or before election day? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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 LR-1 & 1M (REV. 7/15) R.S. 18:104; FORM #100