

Department of Children and Family Services
OFS 4MR_VN

Ngày Gửi Qua Đường Bưu Điện: _____

Số An Sinh Xã Hội: _____

Số Hồ Sơ: _____ Thị xa: _____

Đơn xin tiếp tục nhận trợ cấp

Đó là thời gian để xem xét tình trạng của tình trạng hội đủ điều kiện cho chương trình Bổ sung dinh dưỡng hỗ trợ (SNAP) (trước đây là Chương trình Food Stamp), Độc lập gia đình Hỗ trợ tạm thời (FITAP), và Chương trình trợ cấp chăm sóc quan hệ họ hàng (KCSP). Nếu quý vị không nộp đơn xin lại, trợ cấp của quý vị sẽ ngừng bắt đầu từ ____ / ____ / ____.

QUAN TRỌNG! XIN ĐỌC KỸ. Để cho người lao động của quý vị để thiết lập điều kiện tiếp tục của quý vị, quý vị phải hoàn thành một dòng trên đơn xin hỗ trợ tiếp tục đặt tại www.dcf.louisiana.gov hoặc hoàn tất các đơn xin kèm theo. Nếu quý vị cần giúp đỡ trong việc hoàn thành các đơn xin, quý vị có thể yêu cầu một người nào đó để giúp quý vị. Ứng dụng này sẽ được chấp nhận nếu quý vị điền tên, địa chỉ **và chữ ký** của quý vị. Quý vị có thể áp dụng để được hỗ trợ hiện tại quý vị không nhận được bằng cách kiểm tra hộp cho rằng chương trình đơn xin. Nếu quý vị chọn để hoàn thành các đơn xin kèm theo thay vì đơn xin trên đường đây, xin vui lòng trở lại cùng với việc xác minh yêu cầu tới địa chỉ hiển thị ở trên.

☐ Quý vị **PHẢI ĐƯỢC PHÒNG VẤN.. ÁP DỤNG CỦA QUÝ VỊ PHẢI NHẬN TRƯỚC NGÀY PHÒNG VẤN CÁC.**

☐ **Cuộc phỏng vấn của quý vị sẽ được hoàn thành điện thoại.** Quý vị sẽ không cần phải đi vào văn phòng giáo xứ để được phỏng vấn. Quý vị phải trình đơn xin của quý vị trực tuyến hoặc trả lại đơn xin của quý vị hoàn thành và xác minh tất cả được liệt kê ở mặt sau của trang này trước ngày phỏng vấn của quý vị cho người lao động của quý vị để tiến hành cuộc phỏng vấn qua điện thoại của quý vị. Nhân viên của quý vị sẽ gọi cho quý vị vào ____ / ____ / ____ Khoảng ____ tai (____) ____ - ____ . Các gọi của quý vị cho cuộc phỏng vấn của quý vị có thể tạo ra từ một số điện thoại bên ngoài của mã vùng của quý vị hoặc từ một số không rõ. **NẾU QUÝ VỊ SỐ ĐIỆN THOẠI ĐÃ THAY ĐỔI, PUT ĐIỆN THOẠI HIỆN TẠI CỦA QUÝ VỊ VỀ SỐ MẪU ĐƠN SO RẰNG CHÚNG TÔI CÓ MỘT SỐ ĐIỆN THOẠI NƠI QUÝ VỊ ĐƯỢC.** Nếu quý vị có thể không được phỏng vấn vào ngày này, hoặc nếu quý vị muốn đi vào văn phòng cho các cuộc phỏng vấn, quý vị phải liên hệ với nhân viên của quý vị tại (____) ____ - ____ , ext. ____ trước ngày hẹn của quý vị lịch trình một cuộc phỏng vấn. **CÁC CÔNG NHÂN SẼ KHÔNG GỌI NẾU ÁP DỤNG CỦA QUÝ VỊ KHÔNG TRÌNH TRỰC TUYẾN HOẶC ÁP DỤNG LÀ KHÔNG TRONG VĂN PHÒNG CỦA NGÀY BỔ NHIỆM CỦA QUÝ VỊ.**

☐ Cuộc phỏng vấn của quý vị sẽ được hoàn thành DCFS văn phòng đặt tại ____ . Cuộc phỏng vấn này đã được dự kiến ____ / ____ / ____ tại ____ .

Nếu quý vị bỏ lỡ cuộc phỏng vấn của quý vị, nhưng đơn xin của quý vị đã được gửi trực tuyến hoặc được đóng dấu bưu điện hoặc nhận được bởi ____ /15/ ____ , lợi ích của quý vị có thể tiếp tục mà không cần nghỉ ngơi nếu quý vị đang phỏng vấn và cung cấp tất cả các xác minh cần thiết trước khi kết thúc của tháng. **KHÔNG ĐƯỢC PHÒNG VẤN KẾT QUẢ TRONG SẼ ĐƯỢC LỢI ÍCH CỦA QUÝ VỊ DỪNG LẠI.**

- ☐ QUÝ VỊ KHÔNG CÓ ĐƯỢC PHÒNG VẤN. Quý vị phải nộp đơn xin trực tuyến hoặc quay trở lại hòm thư của quý vị, **ký kết** đơn xin và tất cả các xác minh yêu cầu được liệt kê ở mặt sau của trang này. Quý vị có thể liên hệ với chúng tôi tại _____

Để yêu cầu một cuộc phỏng vấn.

MAU ĐƠN CỦA Quý vị KHÔNG ĐƯỢC GỬI TRỰC TUYẾN HOẶC đơn xin KHÔNG ĐƯỢC ĐÓNG DẤU BƯU ĐIỆN HOẶC NHẬN ĐƯỢC VÀO NGÀY 15 CỦA THÁNG, TRƯỜNG HỢP CỦA Quý vị CỦA QUÝ VỊ SẼ ĐƯỢC ĐÓNG CỬA VỀ VIỆC NGÀY LÂM VIỆC NEXT VÀ QUÝ VỊ SẼ CÓ PHẢI NỘP ĐƠN XIN LẠI.

Quý vị có quyền xin một buổi điều trần công bằng nếu không đồng ý với quyết định của chúng tôi.

Nếu quý vị đang nộp đơn xin:	Điền các trang này			
	1-7	8-9	10-11	12
Chương Trình Trợ Cấp Tạm Thời cho Gia Đình Sống Tự Túc (Family Independence Temporary Assistance Program - FITAP)	√		√	√
Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)	√	√		√
Chương Trình Trợ Cấp Chăm Sóc Kinship (KCSP)	√		√	√

GIẤY TỜ XÁC MINH MÀ QUÝ VỊ PHẢI CUNG CẤP:

- Thông tin về lương bổng (cuống phiếu lương, bằng chứng về lợi tức và các khoản chi phí từ cơ sở tự kinh doanh) cho ít nhất bốn kỳ lương gần đây nhất. Nếu quý vị không có cuống phiếu lương, hãy nhờ hãng sở điền phần xác nhận về lương bổng ở cuối mẫu điền này.
- Biên lai và số tiền của bất kỳ khoản lợi tức nào khác mà hộ gia đình quý vị nhận được.
- Các khoản chi phí hiện tại cho các thành viên gia đình bị khuyết tật hoặc trên 59 tuổi. Bao gồm cả biên lai tiệm thuốc cho ba tháng trọn vẹn mới đây nhất.
- Tòa án hoặc các giấy tờ pháp lý khác liên quan đến hỗ trợ nuôi con bên ngoài nhà của quý vị. Bao gồm bằng chứng rằng quý vị đang thực hiện các khoản thanh toán chi phiếu đa trả tiền hoặc báo cáo khấu trừ tiền lương.
- Chứng ngửa cho mỗi trẻ được nhận trợ cấp FITAP, hoặc KCSP.

Trân trọng,

Đại Diện Cơ Quan

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

Số hồ sơ _____		Tôi muốn nộp đơn xin (đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp):		
Tháng tái quyết định: _____		☐ SNAP ☐ FITAP ☐ KCSP		
Số ID Hồ Sơ: _____				
Tôi nộp đơn xin lại cho: _____				
A. Thông Tin Về Quý Vị				
<i>Thông tin này chỉ được yêu cầu cho mục đích xác định việc tuân thủ DCFS với luật quyền công dân Liên bang. Phản ứng của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến việc xem xét đơn đăng ký và có thể được bảo vệ bởi Đạo Luật Quyền Riêng Tư. Thông tin đang được thu thập để đảm bảo rằng phúc lợi của chương trình được phân phối bất kể chủng tộc, màu da, hoặc nguồn gốc quốc gia.</i>				
Quý vị có cần Thẻ Mua Hàng Louisiana mới không? ☐ Có ☐ Không				
Quý vị có đọc và hiểu được tiếng Anh không? ☐ Có (S) ☐ Không				
Nếu không , quý vị có thể đọc và hiểu ngôn ngữ nào?				
Tên	Tên Đệm Viết Tắt	Họ	Tên Trước Khi Lập Gia Đình hoặc Tên Khác	
Địa Chỉ Bưu Tín	Số Căn Hộ/Lô Đất	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã bưu điện
Địa Chỉ Nhà ()	Số Căn Hộ/Lô Đất ()	Thành Phố	Tiểu Bang ()	Mã bưu điện
Số Điện Thoại Nhà	Số Điện Thoại Di Động	Số Điện Thoại tại Sở Làm hoặc Số Điện Thoại Khác Quận/thị xã cư ngụ:		
Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh		Địa Chỉ Thư Điện Tử	
Phái Tính: ☐ Nam ☐ Nữ Tình Trạng Hôn Nhân: ☐ Đã Lập Gia Đình ☐ Ly Thân ☐ Ly Dị ☐ Chưa Bao Giờ Kết Hôn ☐ Góa Bụa	Sắc Tộc: Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha/La-tinh? ☐ Có ☐ Không Nguồn Gốc Sắc Tộc (đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp): ☐ Á châu ☐ Người Da Trắng ☐ Thổ Dân Hawaii/ Thổ Dân Đảo Thái Bình Dương ☐ Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ/ Thổ Dân Alaska ☐ Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi châu		Trình độ học vấn cao nhất? _____ Hiện đang đi học? ☐ Có ☐ Không Công dân Hoa Kỳ? ☐ Có ☐ Không Nếu không, quý vị có giấy tờ di trú không? ☐ Có ☐ Không Ngày nhập cảnh vào Hoa Kỳ : _____	
B. Cho Chúng Tôi Biết Nếu Quý Vị Có Người Đại Diện Được Ủy Quyền				
<i>Người Đại Diện Được Ủy Quyền là người mà quý vị cho phép chúng tôi nói chuyện về trợ cấp SNAP. Quý vị có thể nêu tên ai đó, tuy nhiên việc này là không bắt buộc.</i>				
Quý vị có muốn có một Đại Diện Được Ủy Quyền không? ☐ Có ☐ Không				
Nếu có , hãy cho chúng tôi biết Người Đại Diện Được Ủy Quyền của quý vị.				
Tên của Người Đại Diện Được Ủy Quyền		Quan hệ với người nộp đơn	() Số điện thoại	
Địa chỉ		Thành Phố	Tiểu bang	Mã Zip
For Office Use Only				
Is an EBT card needed? ☐ Yes ☐ No				
Is there an authorized representative? ☐ Yes ☐ No				
Identity verified by: ☐ Driver's License ☐ Identification card ☐ Other				
Residency verified by:				
Marital status verified by:				
If applying for FITAP or KCSP, has FITAP/KCSP been explained? ☐ Yes ☐ No				
Client selected: ☐ FITAP ☐ KCSP				

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

C. Cho Chúng Tôi Biết Thông Tin về Những Người Khác Trong Hộ Gia Đình Của Quý Vị – Không Kể Quý Vị

Liệt kê tất cả những người khác sống trong gia đình quý vị, ngay cả khi quý vị không đăng ký cho họ. Thông tin này chỉ được yêu cầu cho mục đích xác định việc tuân thủ DCFS với luật quyền công dân Liên bang. Trả lời của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến việc xem xét đơn đăng ký và có thể được bảo vệ bởi Đạo Luật Quyền Riêng Tư. Thông tin đang được thu thập để đảm bảo rằng phúc lợi của chương trình được phân phối bất kể chủng tộc, màu da, hoặc nguồn gốc quốc gia.

Đừng bỏ lỡ Bảo Hiểm Y **Té Miễn** Phí. Nếu **quý vị** trả lời các câu hỏi dưới đây, chúng tôi sẽ chia sẻ những gì **quý vị** đã nhập vào ứng dụng này với Sở Y Tế Bang Louisiana (LDH). LDH sẽ đăng ký bất cứ ai đủ điều kiện và gửi cho **quý vị** một lá thư với nhiều thông tin về chương trình Medicaid. Trẻ em và người lớn (dưới 65 tuổi mà không có Medicare) có thể hội đủ điều kiện.

XIN TRẢ LỜI CÂU HỎI DƯỚI ĐÂY.

☐ Có, xin vui lòng chia sẻ thông tin của tôi với LDH vì vậy tôi không cần phải hoàn thành một ứng dụng khác.

☐ Không, xin vui lòng không chia sẻ thông tin của tôi. Đừng giúp tôi có được Medicaid.

Các Thành Viên Trong Gia Đình (Ghi Tên)	Mối liên hệ với quý vị (NR=Không Có Quan Hệ Ruột Thịt)	Sơ Sinh Ngày	Số An Sinh Xã Hội	Phái tính (Nam/Nữ)	Mỹ Hoa Kỳ? (Có/Không)	Trình Độ Học Vấn *	Tình Trạng Hôn Nhân	Mã Số Chứng Tộc Sắc Tộc **
Họ Tên Tên Đệm Viết Tắt	Chỉ điền những mục này cho những ai cần trợ cấp							

****Sắc Tộc:** (Quý vị có thể chọn nhiều sắc tộc)

***Chủng Tộc:**

AN = Thổ Dân Alaska **WH** = Da Trắng **BL** = Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu

Y = Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh

AI = Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ **AS** = Á Châu **PI** = Thổ Dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương khác

N = Không Phải là Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh

***Trình Độ Học Vấn:** Trình độ học vấn cao nhất hoặc GED/đại học

Nếu cần thêm chỗ để ghi tên các thành viên khác trong gia đình, quý vị có thể ghi thông tin này trong một tờ giấy trắng hoặc đề nghị cung cấp tờ "Mẫu Đơn Dành Cho Các Thành Viên Gia Đình Khác".

Nếu bất kỳ ai mà quý vị đang nộp đơn xin không phải là công dân S. nhân viên phụ trách của quý vị sẽ điền Danh Sách và Phụ Lục Dành Cho Ngoại Kiều cùng với quý vị trong buổi phỏng vấn của quý vị.

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.

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

D. Những Thông Tin về Hộ Gia Đình Của Quý Vị		For Office Use Only
<i>Vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây cho bản thân quý vị và tất cả những người khác trong gia đình quý vị.</i>		
1.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có phải là người phạm trọng tội bỏ trốn không? ☐ Có ☐ Không	
2.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có vi phạm lệnh tha bổng có quản chế hoặc tha bổng có điều kiện không? ☐ Có ☐ Không	
3.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có bị kết án trọng tội liên quan tới ma túy không? ☐ Có ☐ Không	3. If yes, complete supplement
4.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị không hội đủ điều kiện hoặc có trợ cấp bị giảm bớt hoặc chấm dứt do vi phạm các nội qui của SNAP, FITAP, KCSP, hoặc SSI không? ☐ Có ☐ Không	4. If yes, complete supplement
5.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có khuyết tật không? ☐ Có ☐ Không	5. If yes, complete supplement.
6.	Trong gia đình quý vị có ai đi học trung học, cao đẳng, đại học hoặc trường kỹ thuật dạy nghề không? ☐ Có ☐ Không Nếu có , xin điền phần sau đây cho mỗi người hiện đang đi học:	6. If yes, is anyone attending an institution of higher education? ☐ Yes ☐ No If yes, complete supplement.
a.	Tên của Học Sinh _____ Tên của Trường và Chương Trình học _____ Học sinh đó đi học bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Trường hợp này được coi là toàn thời gian hay bán thời gian? ☐ Toàn Thời Gian ☐ Bán Thời Gian	☐ Eligible student ☐ Ineligible student
b.	Tên của Học Sinh _____ Tên của Trường và Chương Trình học _____ Học sinh đó đi học bao nhiêu giờ mỗi tuần? _____ Trường hợp này được coi là toàn thời gian hay bán thời gian? ☐ Toàn Thời Gian ☐ Bán Thời Gian	☐ Eligible student ☐ Ineligible student
7.	Quý vị có thường mua thực phẩm và nấu ăn cùng với tất cả mọi người sống chung với quý vị không? ☐ Có ☐ Không Nếu không , ai mua và nấu ăn riêng? _____	
8.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có nhận được trợ cấp tiền mặt hoặc trợ cấp SNAP từ tiểu bang khác không? ☐ Có ☐ Không a. Nếu có , đó là ai? _____ b. Khi nào? _____ c. Tiểu bang nào? _____	
9.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có đơn xin đang chờ giải quyết cho bất kỳ khoản trợ cấp nào mà quý vị vẫn chưa được nhận không? ☐ Có ☐ Không	9. If yes, what type?
10.	Trong nhà quý vị có ai qua đời hoặc rời nhà quý vị kể từ lần báo cáo hoặc nộp đơn xin gần đây nhất không? ☐ Có ☐ Không	10. If yes, complete supplement.
11.	Có ai chuyển tới nhà quý vị kể từ lần báo cáo hoặc nộp đơn xin gần đây nhất không? ☐ Có ☐ Không	11. If yes, complete supplement.

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

E. Công Việc Của Gia Đình Quý Vị		For Office Use Only
<i>Cho chúng tôi biết bất kỳ số tiền nào hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị nhận được do đi làm, trong đó bao gồm cả công việc toàn thời gian, bán thời gian, tạm thời hoặc công việc theo thời vụ, tự kinh doanh, huấn luyện, tiền lương dự bị quân đội hoặc vừa học vừa làm. Trong đó bao gồm cả số tiền nhận được từ lương bổng, tiền thưởng công hoặc tiền hoa hồng.</i>		
1. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị hiện có đi làm không? ☐ Có ☐ Không <i>Điền thông tin sau đây cho mỗi người làm việc cho một hãng sở nào đó. Nếu bất kỳ ai làm việc cho hơn một hãng sở, vui lòng điền một ô riêng cho mỗi hãng sở. Dùng giấy trắng nếu quý vị cần thêm chỗ để viết.</i>		
2. Người Làm Việc Cho Một Hãng Sở Tên _____ Ngày Bắt Đầu _____ Tên của Hãng Sở _____ Số Điện Thoại _____ Địa chỉ _____ Trả lương thường xuyên như thế nào? ☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Hai lần một tháng ☐ Hàng tháng ☐ Nơi Khác _____ Nhận Lương qua Ký Thác Trực Tiếp? ☐ Có ☐ Không Nếu có, tại ngân hàng hoặc nghiệp đoàn tín dụng nào? _____ Nếu không, quý vị quy đổi ngân phiếu lương của mình ra tiền mặt ở đâu? _____ Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____ Mức lương theo giờ _____ Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____ Quý vị có bao giờ làm việc ngoài giờ không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, thường xuyên như thế nào? _____ Bao nhiêu giờ? _____ Có kiếm được tiền thưởng công không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, bao nhiêu? _____ Thường xuyên như thế nào? _____ Đây có phải là Công Trình Nghiên Cứu không? ☐ Có ☐ Không Công việc này có phải là tạm thời không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, ngày dự kiến kết thúc công việc? _____		Use OFS 3 Verified by: _____ Is commission earned? ☐ Yes ☐ No If yes, how much? How often? Is this piecework? ☐ Yes ☐ No Rate per piece?
3. Người Làm Việc Cho Một Hãng Sở Tên _____ Ngày Bắt Đầu _____ Tên của Hãng Sở _____ Số Điện Thoại _____ Địa chỉ _____ Trả lương thường xuyên như thế nào? ☐ Hàng tuần ☐ Hai tuần một lần ☐ Hai lần một tháng ☐ Hàng tháng ☐ Nơi Khác _____ Nhận Lương qua Ký Thác Trực Tiếp? ☐ Có ☐ Không Nếu có, tại ngân hàng hoặc nghiệp đoàn tín dụng nào? _____ Nếu không, quý vị quy đổi ngân phiếu lương của mình ra tiền mặt ở đâu? _____ Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____ Mức lương theo giờ _____ Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____ Quý vị có bao giờ làm việc ngoài giờ không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, thường xuyên như thế nào? _____ Bao nhiêu giờ? _____ Có kiếm được tiền thưởng công không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, bao nhiêu? _____ Thường xuyên như thế nào? _____ Đây có phải là Công Trình Nghiên Cứu không? ☐ Có ☐ Không Công việc này có phải là tạm thời không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, ngày dự kiến kết thúc công việc? _____		Use OFS 3 Verified by: _____ Is commission earned? ☐ Yes ☐ No If yes, how much? How often? Is this piecework? ☐ Yes ☐ No Rate per piece?

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

4. Có ai đang tham gia đình công không? ☐ Có ☐ Không 5. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có ngừng làm việc kể từ lần báo cáo hoặc nộp đơn xin gần đây nhất không? ☐ Có ☐ Không <i>Điền thông tin sau đây cho mỗi người tự kinh doanh. Bao gồm cả các ngư dân đánh cá, những người cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ, thợ cắt tóc và những người làm các công việc đặc biệt như cắt cỏ, nhặt lon, v.v... sử dụng giấy trắng nếu quý vị cần thêm chỗ để viết.</i>				For Office Use Only																									
6. Những Người Tự Kinh Doanh <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Tên</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Tên</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Hình thức kinh doanh</td> <td style="text-align: center;">Hình thức kinh doanh</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Lợi Tức Kinh Doanh Hàng Tháng</td> <td style="text-align: center;">Lợi Tức Kinh Doanh Hàng Tháng</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Chi Phí Kinh Doanh Hàng Tháng</td> <td style="text-align: center;">Chi Phí Kinh Doanh Hàng Tháng</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Số giờ làm việc trong mỗi một tuần</td> <td style="text-align: center;">Số giờ làm việc trong mỗi một tuần</td> <td></td> </tr> </table>				Tên	Tên		Hình thức kinh doanh	Hình thức kinh doanh		Lợi Tức Kinh Doanh Hàng Tháng	Lợi Tức Kinh Doanh Hàng Tháng		Chi Phí Kinh Doanh Hàng Tháng	Chi Phí Kinh Doanh Hàng Tháng		Số giờ làm việc trong mỗi một tuần	Số giờ làm việc trong mỗi một tuần		5. If yes, complete supplement. 6. Verified by: ☐ Prior year's income tax return ☐ Accountant or bookkeeper records ☐ Personal business records										
Tên	Tên																												
Hình thức kinh doanh	Hình thức kinh doanh																												
Lợi Tức Kinh Doanh Hàng Tháng	Lợi Tức Kinh Doanh Hàng Tháng																												
Chi Phí Kinh Doanh Hàng Tháng	Chi Phí Kinh Doanh Hàng Tháng																												
Số giờ làm việc trong mỗi một tuần	Số giờ làm việc trong mỗi một tuần																												
7. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có đang tìm việc không? ☐ Có ☐ Không 8. Trong gia đình quý vị có ai làm việc theo thời vụ tại các nông trại hoặc di dân không? ☐ Có ☐ Không 9. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có thuê phòng không? ☐ Có ☐ Không 10. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình của quý vị trả tiền người khác trong nhà của quý vị cho các bữa ăn? ☐ Có ☐ Không				7. If yes, complete supplement.																									
F. Thông Tin Về Nguồn Lợi Tức Khác																													
1. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có nguồn tiền khác không phải do đi làm mà có không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, đánh dấu vào mỗi dạng lợi tức. <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Lợi Tức Niên Kim</td> <td>☐ Người Ăn Ở Trọ</td> </tr> <tr> <td>☐ Lợi Tức Chu Cấp Nuôi Con</td> <td>☐ An Sinh Xã Hội</td> </tr> <tr> <td>☐ Các Khoản Đóng Góp Từ Gia Đình/Quý vị Bè</td> <td>☐ Các Khoản Học Bổng/Trợ Cấp/Tiền Vay Đi Học</td> </tr> <tr> <td>☐ Tiền Bảo Hiểm Khuyết Tật</td> <td>☐ SSI</td> </tr> <tr> <td>☐ Ngân Phiếu Trợ Cấp Năng Lượng</td> <td>☐ Tiền Cấp Dưỡng Cho Vợ/Chồng Đã Ly Dị</td> </tr> <tr> <td>☐ Lợi Tức Từ Lãi Xuất</td> <td>☐ Tiền Của Bộ Tộc</td> </tr> <tr> <td>☐ Các Khoản Vay</td> <td>☐ Trợ Cấp Huấn Luyện (WIOA)</td> </tr> <tr> <td>☐ Định Mức Trợ Cấp Quân Đội</td> <td>☐ Lợi Tức Tín Thác</td> </tr> <tr> <td>☐ Tiền Tác Quyền/Hợp Đồng Cho Thuê Khai Thác Dầu</td> <td>☐ Trợ Cấp Thất Nghiệp</td> </tr> <tr> <td>☐ Trợ Cấp Ngành Hỏa Xa</td> <td>☐ Trợ Cấp Cựu Chiến Binh</td> </tr> <tr> <td>☐ Lợi Tức Từ Cho Thuê Nhà</td> <td>☐ Bảo Hiểm Tai Nạn Lao Động</td> </tr> <tr> <td>☐ Trợ Cấp Hưu Trí</td> <td>☐ Các Khoản Khác</td> </tr> </table>						☐ Lợi Tức Niên Kim	☐ Người Ăn Ở Trọ	☐ Lợi Tức Chu Cấp Nuôi Con	☐ An Sinh Xã Hội	☐ Các Khoản Đóng Góp Từ Gia Đình/Quý vị Bè	☐ Các Khoản Học Bổng/Trợ Cấp/Tiền Vay Đi Học	☐ Tiền Bảo Hiểm Khuyết Tật	☐ SSI	☐ Ngân Phiếu Trợ Cấp Năng Lượng	☐ Tiền Cấp Dưỡng Cho Vợ/Chồng Đã Ly Dị	☐ Lợi Tức Từ Lãi Xuất	☐ Tiền Của Bộ Tộc	☐ Các Khoản Vay	☐ Trợ Cấp Huấn Luyện (WIOA)	☐ Định Mức Trợ Cấp Quân Đội	☐ Lợi Tức Tín Thác	☐ Tiền Tác Quyền/Hợp Đồng Cho Thuê Khai Thác Dầu	☐ Trợ Cấp Thất Nghiệp	☐ Trợ Cấp Ngành Hỏa Xa	☐ Trợ Cấp Cựu Chiến Binh	☐ Lợi Tức Từ Cho Thuê Nhà	☐ Bảo Hiểm Tai Nạn Lao Động	☐ Trợ Cấp Hưu Trí	☐ Các Khoản Khác
☐ Lợi Tức Niên Kim	☐ Người Ăn Ở Trọ																												
☐ Lợi Tức Chu Cấp Nuôi Con	☐ An Sinh Xã Hội																												
☐ Các Khoản Đóng Góp Từ Gia Đình/Quý vị Bè	☐ Các Khoản Học Bổng/Trợ Cấp/Tiền Vay Đi Học																												
☐ Tiền Bảo Hiểm Khuyết Tật	☐ SSI																												
☐ Ngân Phiếu Trợ Cấp Năng Lượng	☐ Tiền Cấp Dưỡng Cho Vợ/Chồng Đã Ly Dị																												
☐ Lợi Tức Từ Lãi Xuất	☐ Tiền Của Bộ Tộc																												
☐ Các Khoản Vay	☐ Trợ Cấp Huấn Luyện (WIOA)																												
☐ Định Mức Trợ Cấp Quân Đội	☐ Lợi Tức Tín Thác																												
☐ Tiền Tác Quyền/Hợp Đồng Cho Thuê Khai Thác Dầu	☐ Trợ Cấp Thất Nghiệp																												
☐ Trợ Cấp Ngành Hỏa Xa	☐ Trợ Cấp Cựu Chiến Binh																												
☐ Lợi Tức Từ Cho Thuê Nhà	☐ Bảo Hiểm Tai Nạn Lao Động																												
☐ Trợ Cấp Hưu Trí	☐ Các Khoản Khác																												
Chỉ Dành Cho Văn Phòng Sử Dụng		FITAP		SNAP																									
Name	Age	WR Code	Reason For Exemption	WR Code	Reason For Exemption																								

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

2. <i>Đối với mỗi ô đánh dấu trong Phần 1 của mục này ở trang 5, vui lòng điền các thông tin sau đây. Ghi bất kỳ khoản tiền nào mà quý vị dự kiến sẽ nhận được trong 30 ngày tới.</i>					For Office Use Only Verified by:
Tên	Dạng Lợi Tức	Số Tiền	Mức Độ Thường Xuyên (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)	Quý Vị Có Biết Trước Là Khoản Lợi Tức Này Sẽ Ngừng Không ☐ Có ☐ Không Nếu có, khi nào?	
3. Có ai được tòa án yêu cầu trả tiền chu cấp nuôi con cho quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị không? ☐ Có ☐ Không					3. If yes, complete supplement 4. If yes, complete supplement
4. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có nhận được tiền từ cha/mẹ của một trẻ không phải trả tiền theo lệnh tòa không? ☐ Có ☐ Không					
G. Các Khoản Chi Phí Của Quý Vị					Living Arrangement ☐ Public housing ☐ HUD or Section 8 subsidy ☐ Other subsidy ☐ No rent subsidy Are insurance and property taxes included in the mortgage payment? ☐ Yes ☐ No Are any of these bills past due? ☐ Yes ☐ No
<i>Để được nhận trợ cấp ở mức tối đa có thể được, quý vị cần cho chúng tôi biết các khoản chi phí của gia đình quý vị và bằng chứng. Nếu không báo cáo bất kỳ khoản chi phí nào ghi dưới đây, coi như gia đình quý vị xác nhận rằng quý vị không muốn nhận một khoản khấu trừ cho chi phí không được báo cáo đó.</i>					
CÁC KHOẢN CHI PHÍ GIA CƯ					
1. Đánh dấu vào mỗi dạng chi phí mà quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình của quý vị có. ☐ Tiền Thuê Nhà ☐ Vay Thế Chấp Mua Nhà (nếu mua nhà) ☐ Thuê Lô Đất ☐ Bảo Hiểm Gia Cư ☐ Bảo Hiểm Lũ Lụt ☐ Thuế Bất Động Sản ☐ Lệ Phí Chung Cư ☐ Điện ☐ Khí Đốt ☐ Dịch Vụ Thoát Nước ☐ Nước ☐ Rác ☐ Điện Thoại ☐ Các Khoản Khác					
2. <i>Đối với mỗi ô đánh dấu trong Phần 1 của mục này, vui lòng điền các thông tin sau đây.</i>					
Dạng Chi Phí Gia Cư	Tên và Số Điện Thoại của Người hoặc Công Ty Nhận Tiền	Số Tiền Trả	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)	Indicate how each expense was verified. Eligible for: ☐ SUA ☐ BUA ☐ TEL ☐ None	

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

3. Quý vị có trả chi phí nhà ở mà quý vị không còn sống ở đó nhưng có kế hoạch quay trở lại không? ☐ Có ☐ Không 4. Hộ gia đình của quý vị có phải trả một hóa đơn tiện ích để sử dụng lò sưởi hoặc điều hòa không khí không? ☐ Có ☐ Không 5. Có bất kỳ ai giúp quý vị trang trải các khoản chi phí gia cư không? ☐ Có ☐ Không 6. Quý vị có được nhận trợ cấp năng lượng không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, có phải là quý vị nhận khoản trợ cấp này qua Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Gia Cư Dành Cho Những Người Có Lợi Tức Thấp (LIHEAP) không? ☐ Có ☐ Không 7. Bất kỳ khoản tiền thuê nào mà quý vị phải trả được sử dụng để thanh toán tiện ích không? ☐ Có ☐ Không	For Office Use Only 5. If yes, complete supplement.																
CHI PHÍ CHĂM SÓC NGƯỜI PHỤ THUỘC																	
1. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có trả tiền cho người khác để chăm sóc một trẻ, hoặc một người lớn bị khuyết tật hoặc người cao niên để quý vị hoặc thành viên gia đình quý vị đi làm, đi học hoặc tham gia huấn luyện, hoặc tìm việc không? ☐ Có ☐ Không 2. Nếu có, điền thông tin sau đây. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Trả Cho Ai</th> <th style="width: 30%;">Tên Và Số Điện Thoại Của Người Được Trả Thủ Lao</th> <th style="width: 15%;">Số Tiền Trả</th> <th style="width: 30%;">Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> 3. Có ai giúp quý vị trả chi phí chăm sóc người phụ thuộc không? ☐ Có ☐ Không	Trả Cho Ai	Tên Và Số Điện Thoại Của Người Được Trả Thủ Lao	Số Tiền Trả	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)													Certified for CCAP? ☐ Yes ☐ No What is co-payment amount? When management is questionable, use form OFS 4MW. 3.If yes, complete supplement.
Trả Cho Ai	Tên Và Số Điện Thoại Của Người Được Trả Thủ Lao	Số Tiền Trả	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)														
CHI PHÍ CHU CẤP NUÔI CON																	
1. Trong gia đình quý vị có ai phải trả tiền chu cấp nuôi con theo lệnh tòa không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, điền thông tin sau đây. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Ai Trả</th> <th style="width: 25%;">Trả Cho Ai</th> <th style="width: 15%;">Số Tiền Trả</th> <th style="width: 35%;">Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Ai Trả	Trả Cho Ai	Số Tiền Trả	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)									Court-ordered child support expenses:				
Ai Trả	Trả Cho Ai	Số Tiền Trả	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)														
CHI PHÍ Y TẾ																	
<i>Chúng tôi có thể cho phép khấu trừ một khoản chi phí y tế trong hồ sơ trợ cấp SNAP của quý vị cho mỗi thành viên trong gia đình có tình trạng khuyết tật hoặc đã trên 59 tuổi. Có thể được khấu trừ cho các khoản chi phí y tế vượt quá \$35.00 một tháng.</i> 1. Trong gia đình quý vị có ai bị khuyết tật hoặc đã trên 59 tuổi không? ☐ Có ☐ Không Nếu có, trả lời các câu hỏi trong mục này. Nếu không, bỏ qua tới phần các NGUỒN HỘ gia đình ở trang tiếp theo. 2. Người này có phải trả các khoản chi phí y tế không? ☐ Có ☐ Không a. Nếu có, quý vị có muốn xác minh các khoản chi phí này để được khấu trừ chi phí y tế không? ☐ Có ☐ Không b. Đánh dấu mỗi khoản chi phí y tế của người này. <table style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Hóa Đơn Dịch Vụ Nha Khoa</td> <td>☐ Thuốc Kê Toa</td> </tr> <tr> <td>☐ Hóa Đơn Bệnh Biện</td> <td>☐ Phí Bảo Hiểm Chương Trình Thuốc Kê Toa</td> </tr> <tr> <td>☐ Bảo Hiểm Sức Khỏe Hoặc Các Khoản Phí Bảo Hiểm Medicare</td> <td>☐ Cơ Sở Điều Dưỡng</td> </tr> <tr> <td>☐ Phương Tiện Máy Móc Y Tế</td> <td>☐ Các Khoản Khác</td> </tr> </table>		☐ Hóa Đơn Dịch Vụ Nha Khoa	☐ Thuốc Kê Toa	☐ Hóa Đơn Bệnh Biện	☐ Phí Bảo Hiểm Chương Trình Thuốc Kê Toa	☐ Bảo Hiểm Sức Khỏe Hoặc Các Khoản Phí Bảo Hiểm Medicare	☐ Cơ Sở Điều Dưỡng	☐ Phương Tiện Máy Móc Y Tế	☐ Các Khoản Khác								
☐ Hóa Đơn Dịch Vụ Nha Khoa	☐ Thuốc Kê Toa																
☐ Hóa Đơn Bệnh Biện	☐ Phí Bảo Hiểm Chương Trình Thuốc Kê Toa																
☐ Bảo Hiểm Sức Khỏe Hoặc Các Khoản Phí Bảo Hiểm Medicare	☐ Cơ Sở Điều Dưỡng																
☐ Phương Tiện Máy Móc Y Tế	☐ Các Khoản Khác																

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

3. Đối với mỗi ô được đánh dấu trong # 2 ở trang 7, hoàn thành các thông tin sau.				For Office Use Only
Tên	Loại Chi Phí	Số Tiền Trả	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)	
Chi Phí Chuyên Chở Y Tế là số tiền chi cho các chuyến đi tới phòng mạch bác sĩ, bệnh viện, tiệm thuốc, v.v... Trong đó bao gồm số dặm đi bằng chiếc xe của quý vị.				
4. Liệt kê ở trên, có người cao niên hoặc người khuyết tật nào có các khoản chi phí chuyên chở y tế không? ☐ Có ☐ Không				
a. Người này sử dụng xe riêng hay là xe của thành viên gia đình? ☐ Có ☐ Không				
b. Nếu có , điền thông tin sau đây.				
Tên Của Người Đó	Ghi Tất Cả Các Địa Điểm Đã Tới Vì Các Mục Đích Y Tế (Ví Dụ Như Bác Sĩ, Tiệm Thuốc, Bệnh Viện, v.v...)	Số Dặm Cả Đi Cả Về	Số Lần Thăm Khám Trong Một Tháng	
c. Người này có trả tiền cho người khác không phải là thành viên gia đình để đưa đón vì mục đích y tế không? ☐ Có ☐ Không				
d. Nếu có , điền thông tin sau đây.				
Tên Của Người Đó	Ai Nhận Tiền	Người này Đi Đâu	Số Tiền Người này Trả Cho Mỗi Chuyến Đi	
			Người này Trả Cho Bao Nhiêu Chuyến Đi Mỗi Tháng	
Nếu quý vị cần thêm ô trống, quý vị có thể ghi thông tin trên giấy trắng.				
5. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có được hoàn trả chi phí y tế ghi trên không? ☐ Có ☐ Không				
6. Có ai phụ giúp trả chi phí y tế không? ☐ Có ☐ Không				

5. If yes, complete supplement.

6. If yes, complete supplement.

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

H. Hãy Cho Chúng Tôi Biết Về Các Nguồn Tài Sản Của Gia Đình Quý Vị				For Office Use Only															
<i>Các nguồn tài sản gồm có tiền mặt, tiền trong ngân hàng, Giấy Chứng Nhận Ký Thác, cổ phiếu và trái phiếu. Các nguồn tài sản không bao gồm tài sản cá nhân như nữ trang, đồ gỗ, máy móc điện, hoặc quần áo.</i>																			
1. Đánh dấu mỗi tài sản ghi dưới đây mà quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Trương Mục Ngân Hàng/Nghiệp Đoàn Tín Dụng (Chi Phiếu) ☐ Trương Mục Ngân Hàng/Nghiệp Đoàn Tín Dụng (Tiết Kiệm) ☐ Trương Mục Kết Hợp ☐ Trái Phiếu ☐ Tiền Mặt Có Sẵn ☐ Chứng Nhận Ký Thác (CD) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Trương Mục Đầu Tư Trên Thị Trường Tiền Tệ ☐ Quỹ Hỗ Tương ☐ Kết Sát An Toàn ☐ Trái Phiếu Tiết Kiệm ☐ Cổ Phiếu </td> </tr> </table>					☐ Trương Mục Ngân Hàng/Nghiệp Đoàn Tín Dụng (Chi Phiếu) ☐ Trương Mục Ngân Hàng/Nghiệp Đoàn Tín Dụng (Tiết Kiệm) ☐ Trương Mục Kết Hợp ☐ Trái Phiếu ☐ Tiền Mặt Có Sẵn ☐ Chứng Nhận Ký Thác (CD)	☐ Trương Mục Đầu Tư Trên Thị Trường Tiền Tệ ☐ Quỹ Hỗ Tương ☐ Kết Sát An Toàn ☐ Trái Phiếu Tiết Kiệm ☐ Cổ Phiếu													
☐ Trương Mục Ngân Hàng/Nghiệp Đoàn Tín Dụng (Chi Phiếu) ☐ Trương Mục Ngân Hàng/Nghiệp Đoàn Tín Dụng (Tiết Kiệm) ☐ Trương Mục Kết Hợp ☐ Trái Phiếu ☐ Tiền Mặt Có Sẵn ☐ Chứng Nhận Ký Thác (CD)	☐ Trương Mục Đầu Tư Trên Thị Trường Tiền Tệ ☐ Quỹ Hỗ Tương ☐ Kết Sát An Toàn ☐ Trái Phiếu Tiết Kiệm ☐ Cổ Phiếu																		
2. Đối với mỗi ô đánh dấu ở trên, vui lòng điền các thông tin sau đây. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Nguồn Tài Sản Đó Đứng Tên Ai</th> <th style="width: 15%;">Dạng Tài Sản</th> <th style="width: 15%;">Giá Trị Của Tài Sản</th> <th style="width: 45%;">Tài Sản Đó Ở Đầu (Cho Biết Tên Của Ngân Hàng Hoặc Công Ty, Nơi Giữ Tiền, v.v...)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Nguồn Tài Sản Đó Đứng Tên Ai	Dạng Tài Sản	Giá Trị Của Tài Sản	Tài Sản Đó Ở Đầu (Cho Biết Tên Của Ngân Hàng Hoặc Công Ty, Nơi Giữ Tiền, v.v...)												
Nguồn Tài Sản Đó Đứng Tên Ai	Dạng Tài Sản	Giá Trị Của Tài Sản	Tài Sản Đó Ở Đầu (Cho Biết Tên Của Ngân Hàng Hoặc Công Ty, Nơi Giữ Tiền, v.v...)																
3. Quý vị hoặc bất cứ người nào trong gia đình của quý vị nhận được một khoản hoàn thuế liên bang trong 12 tháng qua không? ☐ Có ☐ Không				Are liquid resources \$1500 or less? ☐ Yes ☐ No 3. If yes, complete supplement. 4. If yes, complete supplement. ☐ Countable lump sum ☐ Non-countable lump sum How was this verified? ☐ Client statement ☐ Bank statement ☐ Other															
4. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có nhận được hoặc dự kiến sẽ nhận được một khoản tiền trả một lần không? ☐ Có ☐ Không																			
5. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có đứng tên trong trương mục ngân hàng/nghiệp đoàn tín dụng nào đó với người khác không? ☐ Có ☐ Không																			
a. Nếu có , ai đứng tên trong trương mục đó? _____																			
b. Tại sao người này lại đứng tên trong trương mục? _____																			
c. Có một người khác ký thác tiền vào tài khoản này không? ☐ Có ☐ Không																			
d. Nếu có , ai và bao nhiêu một tháng? _____																			
6. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có bán, đổi, cho hoặc chuyển nhượng một nguồn tài sản nào đó trong ba tháng vừa qua không? ☐ Có ☐ Không				6. If yes, complete supplement.															
For Office Use Only																			

NẾU QUÝ VỊ CHỈ NỘP ĐƠN XIN TRỢ CẤP SNAP, BỎ QUA TỚI TRANG 12.

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ
Chỉ điền trang này nếu quý vị đang xin trợ cấp FITAP hoặc KCSP

I. FITAP HOẶC KCSP		For Office Use Only	
1.	Có phải là quý vị đang nộp đơn xin hoặc nộp đơn xin lại để tham gia FITAP hay KCSP không? ☐ Có ☐ Không Nếu có , hãy điền trang này. Nếu không , bỏ qua tới trang 12.	2. If yes, issue Flyer DV. 3. Verification: ☐ OFS IM ☐ CR 9 ☐ LINKS 5. If yes, provide BHSF Flyer LaHIPP. *Note: If client checked “Yes” for #5 on page 3, complete OFS 90 or OFS 90L. 7. Custody verified by:	
2.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có cần phải thoát khỏi hoàn cảnh bị ngược đãi hoặc lạm dụng không? ☐ Có ☐ Không		
3.	Tất cả các trẻ em có được chích ngừa đầy đủ không? ☐ Có ☐ Không Nếu không , đó là ai? _____ Tại sao? _____		
4.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có đang mang thai không? ☐ Có ☐ Không Nếu có , đó là ai? _____ Ngày sinh nở: _____		
BẢO HIỂM Y TẾ			
5.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có bảo hiểm y tế qua hãng sở nào đó không? ☐ Có ☐ Không		
TÀI SẢN THẾ CHẤP			
6.	Vui lòng điền thông tin sau đây cho hai người không có quan hệ ruột thịt với quý vị và có thể xác minh hoàn cảnh gia đình quý vị.		
	Tên	Địa chỉ	Số Điện Thoại Liên Lạc Số Điện Thoại
QUYỀN GIÁM HỘ			
7.	Nếu quý vị không phải là cha (mẹ) của (những) trẻ mà quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp, quý vị có quyền giám hộ hợp pháp không? ☐ Có ☐ Không a. Nếu có , điền thông tin sau đây.		
	Những Trẻ Mà Quý Vị Có Quyền Giám Hộ	Dạng Giám Hộ	Ngày Bắt Đầu Được Giám Hộ
<i>Cha/mẹ không có quyền giám hộ là người cha/mẹ không chung sống cùng với con mình. Hãy cho chúng tôi biết về cha/mẹ không có quyền giám hộ của mỗi trẻ sinh sống trong nhà quý vị. Điều này bao gồm cả cha và mẹ nếu quý vị không phải là cha/mẹ của (những) trẻ đó. Nếu cha đẻ hoặc cha hợp pháp của một trẻ không phải là một người, hãy cung cấp thông tin được yêu cầu cho cả hai người. Dùng giấy trắng nếu quý vị cần thêm chỗ để viết.</i>			
8. Thông Tin Về Cha/Mẹ Không Có Quyền Giám Hộ			
Tên		Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh
Địa Chỉ Đường Phố			
Thành Phố		Tiểu bang	Số Điện Thoại
Hãng sở			
Tên của Trẻ			
Mối quan hệ của cha mẹ (Mối quan hệ của cha mẹ trẻ)		☐ Kết hôn ☐ Không bao giờ kết hôn	☐ góa bụa ☐ ly dị

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

9. Thông Tin Về Cha/Mẹ Không Có Quyền Giám Hộ		
Tên	Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh
Địa Chỉ Đường Phố		
Thành Phố	Tiểu bang	Số Điện Thoại
Hãng sở		
Tên của Trẻ		
Mối quan hệ của cha mẹ (Mối quan hệ của cha mẹ trẻ)	☐ Kết hôn ☐ Không bao giờ kết hôn	☐ góa bụa ☐ ly dị
10. Thông Tin Về Cha/Mẹ Không Có Quyền Giám Hộ		
Tên	Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh
Địa Chỉ Đường Phố		
Thành Phố	Tiểu bang	Số Điện Thoại
Hãng sở		
Tên của Trẻ		
Mối quan hệ của cha mẹ (Mối quan hệ của cha mẹ trẻ):	☐ Kết hôn ☐ Không bao giờ kết hôn	☐ góa bụa ☐ ly dị
For Office Use Only		
Living in the home with qualified relative? ☐ Yes ☐ No Verified by: ☐ Landlord statement ☐ School records ☐ Collateral ☐ Other NCP: Complete form 4NCP and 4NCP Supplement, if applicable:		

GỬI LẠI TRANG NÀY CHO VĂN PHÒNG DCFS TẠI ĐỊA PHƯƠNG CỦA QUÝ VỊ

Vui Lòng Đọc Kỹ Và Ký Tên Ở Dưới	
Theo hình phạt về tội khai man, tôi xác nhận rằng thông tin mà tôi cung cấp trong đơn xin này là đúng, đầy đủ và chính xác theo sự hiểu biết nhất của tôi, trong đó bao gồm cả thông tin mà tôi đã cung cấp về tình trạng di trú hoặc công dân Hoa Kỳ của tất cả các thành viên trong gia đình. Tôi hiểu rằng tôi và các thành viên gia đình là người lớn, sẽ không được coi là hợp lệ và sẽ bị truy tố và phải hoàn trả khoản trợ cấp là không đủ điều kiện để nhận được nếu chúng ta cố tình cung cấp thông tin sai lệch, không chính xác hoặc không đầy đủ để có được hoặc tìm cách để có được tài chính hay thực phẩm. Khi ký tên vào đơn xin này, tôi cho phép bất kỳ cá nhân hoặc cơ quan nào biết về hoàn cảnh của tôi tiết lộ thông tin cho Bộ Dịch Vụ Trẻ Em và Gia Đình. Xin nhớ rằng quý vị phải nộp bằng chứng về thông tin mà quý vị báo cáo trong mẫu đơn xin này.	
Chữ Ký của Quý Vị (hoặc ký dấu)	Ngày Ký
Chữ ký (hoặc ký dấu) của vợ hoặc chồng của quý vị	Ngày Ký
Chữ Ký của Cha/Mẹ Chưa Kết Hôn và Đang Ở Tuổi Vị Thành Niên	Ngày Ký
Nếu quý vị, hoặc vợ hoặc chồng của quý vị ký bằng cách đánh dấu “X”, hãy yêu cầu hai người làm chứng việc đánh dấu đó, nếu đương đơn bị mù, hãy yêu cầu ba người làm chứng.	
Người Làm Chứng Chữ Ký của Người Giúp Quý Vị Điền Mẫu Đơn này và Mối Liên Hệ của Người Đó với Quý Vị	Người Làm Chứng Người Làm Chứng
Chữ Ký	Mối liên hệ
Chữ Ký của Người Đại Diện Cơ Quan	Ngày
Đăng Ký Bỏ Phiếu	
Nếu quý vị không đăng ký bỏ phiếu ở nơi quý vị đang sống hiện tại, quý vị muốn nộp đơn xin đăng ký bỏ phiếu ở đây hôm nay không? Có ☐ Không ☐ NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐÁNH CHỌN VÀO Ô, QUÝ VỊ SẼ ĐƯỢC COI LÀ ĐÃ QUYẾT ĐỊNH KHÔNG ĐĂNG KÝ BẦU CỬ VÀO LÚC NÀY. Việc nộp đơn đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ mà quý vị sẽ được cung cấp bởi Bộ Dịch Vụ Trẻ Em và Gia Đình. Nếu quý vị muốn giúp đỡ trong việc điền vào mẫu đơn đăng ký bỏ phiếu, chúng tôi sẽ giúp quý vị. Quý vị có quyền quyết định về yêu cầu hoặc chấp nhận sự giúp đỡ. Quý vị có thể điền vào mẫu đơn một cách kín đáo. Quý vị có cần sự giúp đỡ từ DCFS để hoàn thành mẫu đăng ký bỏ phiếu của quý vị không? Có ☐ Không ☐ Nếu quý vị tin rằng ai đó đã can thiệp vào quyền của quý vị để đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu, quyền riêng tư của trong việc quyết định có đăng ký hoặc nộp đơn xin đăng ký bỏ phiếu, quyền chọn đảng chính trị của riêng của quý vị hoặc ưu tiên chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại với Bộ trưởng Louisiana, Ủy viên bầu cử, P.O. Box 94125, Baton Rouge, LA 70804-9125, Điện thoại: (miễn phí) 1-800-883-2805.	

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.

Comments/Remarks: (for official use only)

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) 574-2193	MOREHOUSE 129 N. Franklin St. Bastrop, LA 71220-3815 (318) 281-1434 NATCHITOCHE P. O. Box 677 Natchitoches, LA 71458-0677 (225) 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 (337) 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 the 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' 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 ☐ 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			CITY OR TOWN PARISH OR COUNTY STATE COUNTRY				
OTHER (SPECIFY)							
11 **EMAIL			12 ** PHONE		13 LA DRIVER'S LICENSE / I.D. # (CIRCLE ONE)		14 Will you require assistance at the polls? (CIRCLE ONE)
			HOME () DAY ()		NO YES #		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							

GIỮ LẠI TRANG NÀY ĐỂ LƯU

Chúng tôi sẽ làm gì với thông tin mà quý vị cung cấp?

- Thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi trong đơn xin sẽ được xác minh bởi các văn phòng địa phương, tiểu bang và liên bang, trong đó bao gồm cả việc đối chiếu thông tin qua máy điện toán với các cơ quan khác. Nhân viên của cơ quan chúng tôi có thể liên lạc với những người khác để xác minh tình trạng hội đủ điều kiện nhận trợ cấp của quý vị.
- Tình trạng ngoại kiều của các thành viên gia đình có thể được xác minh qua Sở Di Trú và Nhập Tịch Hoa Kỳ (USCIS) và có thể ảnh hưởng tới tình trạng hội đủ điều kiện và số tiền trợ cấp.

Tại sao chúng tôi cần Sổ An Sinh Xã Hội của quý vị và quý vị phải cung cấp thông tin này?

- Việc thu thập thông tin được yêu cầu trong mẫu đơn xin, trong đó bao gồm cả Sổ An Sinh Xã Hội của các thành viên gia đình, là tự nguyện và được phép theo Đạo Luật Thực Phẩm và Dinh Dưỡng ban hành năm 2008 (7 U.S.C. 2011-2036), như được tu chỉnh. Nếu không cung cấp các thông tin được yêu cầu, trong đó bao gồm cả Sổ An Sinh Xã Hội cho các thành viên gia đình, quý vị sẽ không hội đủ điều kiện nhận trợ cấp SNAP và trợ cấp tiền mặt.
- Không bắt buộc phải cung cấp Sổ An Sinh Xã Hội để xác định tình trạng hội đủ điều kiện nhận Trợ Cấp Chăm Sóc Trẻ và tình trạng hội đủ điều kiện không thể bị từ chối vì không cung cấp Sổ An Sinh Xã Hội.
- Sổ An Sinh Xã Hội được sử dụng trong các hoạt động duyệt xét, kiểm toán và đối chiếu qua máy điện toán trong các chương trình của tiểu bang và liên bang với các cơ quan khác, ví dụ như Ủy Ban Nhân Lực Louisiana, Sở An Sinh Xã Hội, Sở Thuế Vụ, v.v... qua Hệ Thống Xác Minh Tình Trạng Hội Đủ Điều Kiện và Lợi Tức của Tiểu Bang.
- Sổ An Sinh Xã Hội được sử dụng để:
 - thu thập thông tin từ các nguồn khác,
 - xác minh danh tánh của các thành viên gia đình,
 - xác định tình trạng hội đủ điều kiện của hộ gia đình quý vị, và
 - tránh để các hộ gia đình nhận được nhiều lợi tức hơn mức họ hội đủ điều kiện được nhận.
- Theo Đạo Luật Bảo Vệ Sự Riêng Tư ban hành năm 1974 (P.L. 93-579), Sổ An Sinh Xã Hội có thể được tiết lộ vì nhiều lý do, trong đó bao gồm cả các ký do liên quan trực tiếp tới việc điều hành Chương Trình Thi Hành Lệnh Chu Cấp Nuôi Con.

Các Quyền và Trách Nhiệm

Khi quý vị nhận trợ cấp từ Bộ Dịch Vụ Trẻ Em và Gia Đình Louisiana, quý vị có một số quyền và trách nhiệm như được trình bày dưới đây. Xin lưu lại thông tin quan trọng này để tham chiếu sau.

Các quyền của quý vị là gì?

- Không Phân Biệt Đối Xử - Theo Luật Liên Bang và Chính Sách Qui Định của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (USDA) và Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sự Hoa Kỳ (HHS), cơ sở này không được phép đối xử dựa trên căn bản sắc tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, phái tính, tuổi hoặc tình trạng khuyết tật. Theo Đạo Luật Thực Phẩm và Dinh Dưỡng và chính sách qui định của USDA, nghiêm cấm phân biệt đối xử dựa trên căn bản tôn giáo hoặc quan điểm chính trị.

Để khiếu nại về phân biệt đối xử, xin liên lạc với USDA hoặc HHS.

Để liên lạc với USDA:

Viết thư:

USDA, Giám Đốc
Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410

Hoặc gọi: 202-720-5964 (tiếng nói và TDD)

Để liên lạc với HHS:

Viết thư:

HHS, Giám Đốc
Office for Civil Rights
Room 506-F
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
hoặc gọi: 202-619-0403 (tiếng nói) hoặc
202-619-3257 (TDD)

USDA và HHS là các hãng sở và cơ sở cung cấp dịch vụ không phân biệt đối xử.

Nộp đơn khiếu nại đã hoàn tất tại văn phòng địa phương; gửi thư tới DCFS Civil Rights Section, P O Box 1887, Baton Rouge, LA 70821; gửi email tới DCFS.BureauofCivilRights@LA.GOV, hoặc gọi số (225) 342-0309.

- **Điều Trần Công Bằng** - Nếu quý vị không đồng ý với bất kỳ quyết định nào được đưa ra về hồ sơ của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu xem xét lại hồ sơ của quý vị. Quý vị có thể làm việc này bằng cách liên lạc với văn phòng giáo khu địa phương của chúng tôi và xin một buổi điều trần công bằng bằng cách gửi thư, đích thân tới hoặc gọi văn phòng này. Quý vị có quyền xem hồ sơ trường hợp của mình trước buổi điều trần.
- **Tính Bảo Mật** - Tất cả các thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi đều được giữ bảo mật. Điều này có nghĩa là chúng tôi không thể cung cấp thông tin về hồ sơ trường hợp của quý vị cho những người khác trừ các trường hợp đặc biệt. Ví dụ về các trường hợp đặc biệt này là thủ tục duyệt xét chính thức bởi các cơ quan khác của Tiểu Bang và Liên Bang, hoặc các cơ quan truy thu tư nhân, Tiểu Bang và Liên Bang để truy thu các trường hợp khiếu kiện về trợ cấp SNAP. Thông tin từ hồ sơ trường hợp của quý vị cũng có thể được cung cấp cho các viên chức thi hành luật pháp để bắt giữ những người bỏ trốn để tránh luật pháp và điều tra một trường hợp phạm trọng tội hoặc vi phạm lệnh tha bổng có điều kiện/có quản chế.
- **Đăng ký** - Bất kỳ công dân trong Nhà nước của tiểu bang Louisiana, đã đáp ứng được yêu cầu đăng ký bỏ phiếu và áp dụng trợ cấp xã hội phải có cơ hội đăng ký bỏ phiếu. Nếu quý vị không đăng ký bỏ phiếu ở nơi quý vị sống, quý vị có thể cho biết quý vị muốn nộp đơn xin đăng ký bỏ phiếu về việc áp dụng cho hỗ trợ. Xin vui lòng lưu ý các thông tin quý vị cung cấp cho cơ quan sẽ được giữ kín và sẽ chỉ được sử dụng cho đăng ký bỏ phiếu mục đích. Áp dụng đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ giúp hoặc dịch vụ mà quý vị có thể nhận được từ Sở Trẻ em và Gia đình. Nếu quý vị muốn giúp đỡ điền vào mẫu đăng ký bỏ phiếu, chúng tôi sẽ giúp quý vị. Quý vị có quyền quyết định xem có nên tìm kiếm hoặc nhận sự giúp đỡ. Quý vị có thể điền vào mẫu đơn xin một cách kín đáo. Thông báo cho nhân viên của quý vị nếu quý vị cần giúp đỡ.

Các trách nhiệm của quý vị là gì?

- **Hợp tác** - Quý vị phải hợp tác bằng cách cung cấp thông tin mà chúng tôi cần để xác định tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị. Quý vị cũng phải cung cấp bằng chứng về thông tin mà quý vị báo cáo. Quý vị sẽ phải hợp tác nếu cần có một buổi tới nhà để xác định tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị. Nếu hồ sơ của quý vị được lựa chọn để các viên chức duyệt xét của tiểu bang hoặc liên bang tiến hành thủ tục xem xét kiểm soát chất lượng, quý vị phải hợp tác với họ.

- **Báo cáo các thay đổi** - Nếu quý vị được nhận trợ cấp SNAP, quý vị phải báo cáo nếu mức lợi tức hàng tháng của quý vị tăng cao hơn mức giới hạn về lợi tức trước khi trừ các khoản SNAP đối với cỡ hộ gia đình của quý vị. Thông tin này phải được báo cáo trước ngày 10 tây của tháng sau tháng khoản lợi tức đó vượt quá mức giới hạn về lợi tức trước khi trừ các khoản. Điều này bao gồm báo cáo lợi tức của người chuyển tới căn nhà của quý vị nếu lợi tức của họ kết hợp với lợi tức của hộ gia đình nhận SNAP của quý vị vượt quá mức giới hạn về lợi tức trước khi trừ các khoản. Ngoài ra, nếu quý vị đang nhận:

GIỮ LẠI TRANG NÀY ĐỂ LƯU

- FITAP - Quý vị phải:
 - Thực hiện theo các yêu cầu báo cáo giải thích trong gia đình của quý vị thành công Hiệp định và báo cáo những thay đổi này có 10 ngày kể từ ngày kiến thức của quý vị về thay đổi đó.
 - Báo cáo trong vòng 10 ngày nếu trẻ duy nhất hội đủ điều kiện đang nhận trợ cấp FITAP chuyển ra khỏi nhà quý vị.
- KCSP - Quý vị phải báo cáo trong vòng 10 ngày nếu trẻ hội đủ điều kiện duy nhất và đang nhận trợ cấp KCSP chuyển ra khỏi nhà quý vị.

Nếu quý vị hiện **không** nhận trợ cấp SNAP, **và đang** nhận:

- FITAP hoặc KCSP - Quý vị phải báo cáo trong vòng 10 ngày nếu:
 - Có thay đổi về nguồn lợi tức mà hộ gia đình quý vị nhận được. Điều này bao gồm về hăng sở và các nguồn lợi tức mới, ví dụ như tiền chu cấp nuôi con, An Sinh Xã Hội, SSI, v.v...
 - Số tiền lợi tức không phải do đi làm mà có của hộ gia đình quý vị thay đổi hơn \$50/tháng.
 - Số tiền lợi tức do đi làm mà có của hộ gia đình quý vị thay đổi hơn \$100/tháng.
 - Có người chuyển tới hoặc chuyển ra khỏi nhà quý vị.
 - Quý vị chuyển nơi ở.
 - Việc đi học của bất kỳ người nào dưới 18 tuổi trong gia đình quý vị.
 - Tình trạng hôn nhân của bất kỳ ai trong gia đình quý vị.

Các Trường Hợp Phạt	
Nếu bạn cố ý báo cáo thông tin sai lệch, lợi ích SNAP hoặc trợ cấp tiền mặt có thể bị từ chối, cắt giảm hoặc chấm dứt và bạn có thể bị truy cứu hình sự.	
SNAP áp dụng các hình phạt nào?	
Nếu quý vị có hành động sau đây:	Quý vị sẽ:
- Che dấu thông tin hoặc cung cấp thông tin sai - Bán hoặc trao đổi trợ cấp SNAP hoặc thẻ EBT - Sử dụng trợ cấp SNAP để mua các vật dụng không hội đủ điều kiện, ví dụ như rượu bia hoặc thuốc lá - Sử dụng trợ cấp SNAP của người khác - Trả tiền cho thực phẩm mua về tín dụng với lợi ích SNAP.	Mất trợ cấp SNAP của quý vị trong: 1 năm nếu vi phạm lần đầu tiên 2 năm nếu vi phạm lần thứ hai - Vĩnh viễn nếu vi phạm lần thứ ba Quý vị cũng có thể bị phạt tới \$250,000 hoặc bị phạt tù 20 hoặc cả hai.
Đổi trợ cấp SNAP lấy thuốc kích thích bất hợp pháp	Mất trợ cấp SNAP trong: - Vĩnh viễn nếu vi phạm lần thứ hai 2 năm đối với vi phạm lần đầu
- Đổi trợ cấp SNAP của quý vị lấy vũ khí, đạn dược hoặc chất nổ - Đổi, mua hoặc bán trợ cấp SNAP có giá trị từ \$500 trở lên	Vĩnh viễn mất trợ cấp SNAP của quý vị
Khai man về danh tánh của quý vị hoặc nơi quý vị cư ngụ để nhận trợ cấp trong hơn một hồ sơ cùng một lúc	Mất trợ cấp SNAP trong 10 năm
FITAP và KCSP có những mức phạt nào?	
Nếu quý vị có hành động sau đây:	Quý vị sẽ:
Che giấu thông tin hoặc cung cấp thông tin sai	Mất trợ cấp của bạn: 1 năm đối với lần vi phạm lần đầu 2 năm đối với lần vi phạm lần thứ hai - Vĩnh viễn đối với vi phạm lần thứ ba Bạn có thể bị phạt tiền tới \$20.000 hoặc bị phạt tù lên tới 5 năm hoặc nhận cả hai hình phạt.
- Dùng thẻ EBT của bạn: - ở cửa hàng bia rượu, - ở sòng bạc hoặc cơ sở đánh bạc, - ở cơ sở nhỏ lẻ cung cấp các dịch vụ giải trí người lớn trong đó những người biểu diễn thoát y hoặc biểu diễn trong tình trạng khỏa thân cho mục đích tiêu khiển, - tại bất kỳ cửa hàng sách người lớn, cửa hàng đồ dùng người lớn hoặc doanh nghiệp có khuynh hướng tình dục nào, - tại bất kỳ cơ sở xâm mình, xô khuyên hoặc nghệ thuật cơ thể mang tính thương mại nào, - tại bất kỳ tiệm làm móng nào,	Mất trợ cấp của bạn trong: 1 năm đối với vi phạm lần đầu 2 năm đối với vi phạm lần thứ hai - Vĩnh viễn đối với vi phạm lần thứ ba

➤ tại bất kỳ cửa hàng trang sức nào, ➤ tại bất kỳ cửa hàng trò chơi hoặc giải trí nào, ➤ tại bất kỳ công ty thể chấp nào, ➤ tại bất kỳ hộp đêm, quán bar, quán rượu hoặc saloon nào, ➤ trên bất kỳ du thuyền nào, ➤ tại bất kỳ cơ sở tâm linh nào; hoặc ➤ tại bất kỳ cơ sở nào mà không cho phép người dưới 18 tuổi, hoặc ➤ tại máy ATM ở bất kỳ cơ sở nào ở trên. ● Dùng thẻ EBT của bạn: ➤ tại bất kỳ cửa hàng bán lẻ nào để mua thức uống có cồn, ➤ tại bất kỳ cửa hàng bán lẻ nào để mua thuốc lá, hoặc ➤ tại bất kỳ cửa hàng bán lẻ nào để mua vé số, ➤ tại bất cứ nhà bán lẻ nào để mua trang sức.	
● Khai man về danh tánh của quý vị hoặc nơi quý vị cư ngụ để nhận trợ cấp trong hơn một hồ sơ cùng một lúc	● Mất trợ cấp trong 10 năm

Đề biết thêm thông tin về các chương trình và dịch vụ hoặc để biết thông tin cụ thể về hồ sơ trường hợp của quý vị, xin gọi số 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578).

XÁC MINH CÁC KHOẢN ĐÓNG GÓP DÀNH CHO NGƯỜI GIÚP ĐỠ QUÝ VỊ ĐIỀN

Xin Đọc Kỹ Phần Sau Đây và Cho Biết Những Cách Thức Quý Vị Có Thể Giúp Đỡ:

1. Các Khoản Tiền Đóng Góp (SỐ TIỀN MÀ QUÝ VỊ KHÔNG NGHĨ LÀ SẼ ĐƯỢC TRẢ LẠI)

Quý vị có đưa tiền trực tiếp cho người ở trên hay bất kỳ thành viên nào khác trong gia đình này trong hai tháng vừa qua không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, vui lòng ghi số tiền đã đưa và lý do đưa tiền. Ví dụ: Để giúp chu cấp nuôi con quý vị, để giúp trả tiền thuê nhà, dịch vụ điện nước của họ, v.v...

Ngày Đưa Tiền	Số Tiền	Lý Do Đưa Tiền

Quý vị có ý định tiếp tục đóng góp các khoản tiền này thường xuyên không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, số tiền? _____ Thường xuyên như thế?

☐ Hàng tuần

☐ Mỗi hai tuần

☐ Hàng tháng

☐ Hai lần hàng tháng

2. Các Khoản Vay (SỐ TIỀN MÀ QUÝ VỊ BIẾT TRƯỚC LÀ SẼ ĐƯỢC TRẢ LẠI)

Quý vị có cho người nói trên hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình này vay tiền trực tiếp trong hai tháng vừa qua không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, số tiền? _____ Thường xuyên như thế?

☐ Hàng tuần

☐ Mỗi hai tuần

☐ Hàng tháng

☐ Hai lần hàng tháng

3. Các khoản tiền trả cho người khác (KHÔNG ĐƯA TIỀN TRỰC TIẾP CHO MỘT THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH)

Quý vị có trả tiền thuê nhà, dịch vụ điện nước, chi phí y tế hoặc các loại chi phí khác trực tiếp cho một công ty hoặc cá nhân khác ở bên ngoài gia đình cho người có tên ở trên hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình này trong hai tháng vừa qua không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, xin ghi chi tiết ở dưới:

Chi Phí Trả	Số Tiền Trả	Bên Nhận Tiền	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)

4. Quý vị có giúp ai trong gia đình này theo bất kỳ cách nào khác không?

☐ Có ☐ Không

Nếu có, xin giải thích:

Chữ Ký Của Quý Vị: _____

Ngày: _____

Số điện thoại nơi có thể gặp được quý vị vào ban ngày: _____

_____ - _____

Địa chỉ: _____

Vui lòng sử dụng mặt sau của mẫu điền nếu cần thêm chỗ trống để viết hoặc để giải thích bất kỳ thông tin nào nói trên.

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

Name of Employee: _____ SSN: _____

Name of Employer: _____ Date Employment Started: _____

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

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

Is the employee paid by Direct Deposit? ☐ Yes ☐ No

If yes, at what bank or credit union? _____

If employment is new:

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

Hourly rate of Pay _____

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

Hourly rate of overtime pay _____

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

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

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

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

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

If yes, Date of Change? _____

What type of change is anticipated? _____

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

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

If yes, explain: _____

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

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

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

Employer's Printed Name or Stamp