

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| Cantidad de casos: _____ Mes de redeterminación: _____ ID de caso: _____ Vuelvo a solicitar: _____ | Yo también querría solicitar (Verifique todo que aplica) <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> FITAP <input type="checkbox"/> KCSP | | | |
| A. Háblenos de usted | | | | |
| <i>Esta información se solicita exclusivamente con el propósito de determinar el cumplimiento de DCFS con las leyes de derechos civiles federales. Su respuesta no afectará la consideración de su solicitud y puede estar protegida por la Ley de Privacidad. La información se recopila para garantizar que se distribuyan los beneficios del programa sin considerar la raza, color o nacionalidad.</i> | | | | |
| ¿Necesita una nueva tarjeta de compras de Luisiana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| ¿Puede leer y comprender inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| De lo contrario, ¿qué idioma puede leer y comprender? | | | | |
| _____ | | | | |
| Nombre | MI | Apellido | Nombre de soltera u otro nombre | |
| Dirección postal | N.º de apt./lote | Ciudad | Estado | Código postal |
| Dirección particular (si es distinta de la postal) | N.º de apt./lote | Ciudad | Estado | Código postal |
| () | () | () | | |
| Número de teléfono particular | Número de teléfono celular | | Número de teléfono del trabajo o de otro tipo | |
| _____ | | | _____ | |
| Número del 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 escolar completado? _____ |
| 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: (elijá todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/de las 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 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 ingreso a EE. UU.: _____ |
| ¿Es usted una persona sin casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| ""Una persona sin casa" es una persona que no tiene una residencia nocturna fija y habitual o una persona cuya residencia nocturna principal es: | | | | |
| (1) Un albergue supervisado para estancia temporal, como un hotel de asistencia social, un albergue de emergencia, de transición o colectivo; | | | | |
| (2) Un centro de reinserción social o institución similar que proporcione residencia temporal a personas destinadas a ser ingresadas a una institución; | | | | |
| (3) Alojamiento temporal durante no más de 90 días en la casa de otra persona; o | | | | |
| (4) Un lugar no diseñado para dormir habitualmente, como autos, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas de un nivel inferior al estándar, estaciones de autobús o tren, o entornos similares. | | | | |
| ¿Es usted empleado de DCFS, o es familiar de algún empleado de DCFS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

B. Indique si tiene un representante autorizado

Un representante autorizado es alguien con quien usted nos permite hablar sobre sus beneficios de SNAP. Puede nombrar a alguien, pero no es obligatorio.

¿Desea tener un representante autorizado? Sí No

Si responde sí, indíquenos sobre su representante autorizado.

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------|--------------------|
| Nombre del representante autorizado | Relación con el solicitante | () | Número de teléfono |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |

C. Háblenos de las otras personas en su familia; no se incluya usted

Describa a cualquier otra persona que viva en su hogar, incluso si no está presentando una solicitud por ellos. Esta información se solicita exclusivamente con el propósito de determinar el cumplimiento de DCFS con las leyes de derechos civiles federales. Su respuesta no afectará la consideración de su solicitud y puede estar protegida por la Ley de Privacidad. La información se recopila para garantizar que se distribuyan los beneficios del programa sin considerar la raza, color o nacionalidad.

No pierda en Seguro Médico **Sin Costo**. Si usted contesta la pregunta abajo, compartiremos su información con el Departamento de Salud de Louisiana (LDH). LDH se inscribirá a cualquier persona que califique y enviarán una carta con más información sobre el programa de Medicaid. Niños y adultos (bajo la edad de 65 años) pueden calificar.

FAVOR CONTESTAR LA PREGUNTA ABAJO.

- Sí, favor compartir mi información con LDH para que yo no llene otra solicitud.
 No, no comparta mi información. No necesito asistencia con solicitar Medicaid.

| Miembros de la familia (escriba el nombre) | Relación con usted (NR=Sin relación) | Fecha de nacimiento | Número de seguro social | Sexo (M/F) | ¿Es ciudadano o de EE. UU.? (Sí/No) | Nivel de ED * | Estado civil | Código de raza o étnico ** |
|--|--|---------------------|-------------------------|------------|-------------------------------------|---------------|--------------|----------------------------|
| Apellido Nombre Inic. segundo nombre | Responda estas secciones solo 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 Hawai u originario de las Islas del Pacífico | N = No hispano o latino |

***Nivel de educación:** señale el grado más alto completado o GED/universitario

Si necesita más espacio para miembros adicionales de la familia, puede escribir la información en una hoja adicional o solicitar un "Formulario de miembros adicionales de la familia".

Si alguna persona para la que esté presentando una solicitud no es ciudadana de EE. UU., su trabajador completará un Anexo de extranjero y una lista de comprobación con usted durante su entrevista.

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

D. Háblenos de su familia

Responda las preguntas siguientes sobre usted mismo y todas las demás personas en su hogar.

1. ¿Usted o alguien de su familia es un criminal fugitivo? Sí No
2. ¿Usted o alguien de su familia está violando su libertad condicional o bajo palabra? Sí No
3. ¿Usted o alguien en su hogar ha sido condenado como un adulto por un delito grave que ocurrió después del 7 de febrero de 2014? ¿Ha sido condenado por uno de los siguientes delitos? Sí No
 Abuso sexual agravado conforme a la sección 2241 del título 18, Código Penal de los EE. UU. (U.S.C.); Asesinato conforme a la sección 1111 del título 18, U.S.C.; Explotación sexual y otro tipo de abuso infantil conforme al capítulo 110 del título 18, U.S.C.; Una ofensa federal o estatal que involucra agresión sexual, como se define en la sección 40002(a) de la Ley de Violencia contra la Mujer de 1994 (42 U.S.C. 13925(a)); Una ofensa en virtud de la ley estatal determinada por el Procurador General de los Estados para que sea substancialmente parecida a la ofensa enumerada arriba.
 En caso afirmativo, ¿quién? _____
 ¿Está cumpliendo esta persona con los términos de su sentencia? Sí No
4. Usted o alguien de su familia ha sido descalificado o se han reducido o detenido sus beneficios por romper las reglas de SNAP, FITAP, KCSP o SSI? Sí No
5. ¿Usted o alguien de su familia tiene una discapacidad? Sí No
6. ¿Usted o alguien de su familia está embarazada? Sí No
Si responde sí, ¿quién? _____ **Fecha de parto:** _____
7. ¿Alguien de su familia asiste a la secundaria, universidad, escuela vocacional o técnica? Sí No
Si responde sí, complete la información siguiente para cada estudiante:
 - a. _____
 Nombre del estudiante Nombre de la escuela y programa de estudios
 ¿Cuántas horas asiste a la escuela el estudiante cada semana? _____
 ¿Se considera de tiempo completo o de medio tiempo? Tiempo completo Medio tiempo
 - b. _____
 Nombre del estudiante Nombre de la escuela y programa de estudios
 ¿Cuántas horas asiste a la escuela el estudiante cada semana? _____
 ¿Se considera de tiempo completo o de medio tiempo? Tiempo completo Medio tiempo
8. ¿Suele comprar comida y preparar sus alimentos con todas las personas que viven con usted? Sí No
Si responde no, ¿quién compra y prepara sus alimentos por separado? _____
9. ¿Usted o alguien de su familia ha recibido asistencia en efectivo o beneficios de SNAP de otro estado? Sí No
 - a. **Si responde sí, ¿quién?** _____
 - b. ¿Cuándo? _____
 - c. ¿Qué estados? _____
10. ¿Usted o alguien de su familia tiene una solicitud pendiente de algún beneficio que no esté recibiendo aún? Sí No
11. ¿Es usted o alguien de su grupo familiar un veterano? Sí No
 Un veterano es una persona que sirvió en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (como el Ejército, el Cuerpo de Marines, la Armada, la Fuerza Aérea, la Fuerza Espacial, la Guardia Costera y la Guardia Nacional), incluyendo una persona que sirvió en una reserva de las Fuerzas Armadas, y fue dado de baja o liberado independientemente de las condiciones de dicha baja o liberación."
 Si la respuesta es sí, ¿quién? _____
12. ¿Alguien de su casa tiene menos de 24 años menos y estaba en régimen de crianza temporal cuando cumplió 18 años (o más si estaba en un régimen de crianza temporal ampliada)? Sí No
 Si la respuesta es sí, ¿quién? _____
13. ¿Alguien de su familia ha fallecido o abandonado el hogar desde su último informe o solicitud? Sí No
14. ¿Se mudó alguien a su hogar desde su último informe o solicitud? Sí No

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

E. Háblenos del trabajo en su familia

Háblenos de cualquier dinero que reciba usted o cualquier persona de su familia por trabajo, sea trabajo de tiempo completo, medio tiempo, temporal o estacional, empleo independiente, capacitación, pago de la reserva militar o trabajo por estudio. Esto incluye dinero recibido de salarios, propinas o comisiones.

1. ¿Usted o alguien de su familia trabaja? Sí No

Complete la información siguiente para **cada persona** que trabaje para un empleador. Si nadie trabaja para más de un empleador, complete un bloque separado para cada empleador. Use una hoja en blanco si necesita más espacio.

2. Persona que trabaja para un empleador

Nombre _____ Fecha de inicio _____

Nombre del empleador _____ Teléfono N.º _____

Dirección _____

¿Con qué frecuencia le pagan? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes
 Mensualmente Otro _____

¿Se le paga mediante depósito directo? Sí No

Si responde sí, ¿en qué banco o cooperativa de crédito? _____

Si responde no, ¿dónde hace efectivo su cheque de pago? _____

N.º de horas trabajadas por semana _____ Salario por hora _____

N.º de días trabajados por semana _____

¿Alguna vez trabaja horas extras? Sí No

¿con qué frecuencia? _____ ¿Cuántas horas? _____

Si responde sí ¿gana propinas? Sí No

Si responde no, ¿cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Es trabajo por estudio? Sí No

¿Es trabajo temporal? Sí No

Si responde sí, ¿fecha en que se espera que termine? _____

3. Persona que trabaja para un empleador

Nombre _____ Fecha de inicio _____

Nombre del empleador _____ Teléfono N.º _____

Dirección _____

¿Con qué frecuencia le pagan? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes
 Mensualmente Otro _____

¿Se le paga mediante depósito directo? Sí No

Si responde sí, ¿en qué banco o cooperativa de crédito? _____

Si responde no, ¿dónde hace efectivo su cheque de pago? _____

N.º de horas trabajadas por semana _____ Salario por hora _____

N.º de días trabajados por semana _____

¿Alguna vez trabaja horas extras? Sí No

¿con qué frecuencia? _____ ¿Cuántas horas? _____

Si responde sí ¿gana propinas? Sí No

Si responde no, ¿cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Es trabajo por estudio? Sí No

¿Es trabajo temporal? Sí No

Si responde sí, ¿fecha en que se espera que termine? _____

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

4. ¿Alguien está en huelga? Sí No
5. ¿Algún miembro de su familia (incluido usted mismo) ha dejado de trabajar en los últimos 60 días? Sí No

Complete la información siguiente para **cada persona** que esté empleada independientemente. Esto incluye pescadores, proveedores de cuidados a menores, peluqueros y personas que hacen trabajos varios como cortar el césped, recoger latas, etc. Use una hoja en blanco si necesita más espacio.

| | |
|--|------------------------------------|
| 6. Personas empleadas independientemente | |
| Nombre | Nombre |
| Tipo de negocio | Tipo de negocio |
| Ingresos mensuales del negocio | Ingresos mensuales del negocio |
| Gastos mensuales del negocio | Gastos mensuales del negocio |
| N.º de horas trabajadas por semana | N.º de horas trabajadas por semana |

7. ¿Alguien de su familia (incluido usted) está buscando trabajo? Sí No
8. ¿Alguien de su familia es migrante o trabajador agrícola temporal? Sí No
9. ¿Usted o alguien de su familia alquila una habitación? Sí No
10. ¿Usted o alguien de su familia paga a alguien en su casa por sus alimentos? Sí No

F. Infórmenos de otros ingresos

1. ¿Usted o alguien de su familia recibe dinero de una fuente que no sea el trabajo? Sí No
Si responde sí, marque cada tipo de ingresos.
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ingresos por anualidad <input type="checkbox"/> Ingresos por manutención de menores <input type="checkbox"/> Aportaciones de parientes o amigos <input type="checkbox"/> Beneficios de seguro por discapacidad <input type="checkbox"/> Comprobación de energía <input type="checkbox"/> Regalos <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Adjudicación militar <input type="checkbox"/> Arrendamiento petrolero/Regalías <input type="checkbox"/> Beneficios de ferrocarrileros <input type="checkbox"/> Ingresos por rentas <input type="checkbox"/> Pensión de retiro | <input type="checkbox"/> Inquilino o huésped <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Becas/Subsidios/Préstamos escolares <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Manutención de cónyuge o pensión alimentaria <input type="checkbox"/> Dinero tribal <input type="checkbox"/> Asignación por capacitación (WIOA) <input type="checkbox"/> Ingresos por fideicomisos <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos <input type="checkbox"/> Compensación para los trabajadores <input type="checkbox"/> Otro |
|---|---|

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

2. Para cada casilla marcada en el N.º 1 de esta sección en la página 5, complete la información siguiente. Incluya cualquier dinero que espere recibir en los próximos 30 días.

| Nombre | Tipo de ingreso | Cantidad | Con qué frecuencia (semanal, mensual, etc.) | ¿Espera que estos ingresos finalicen? |
|--------|-----------------|----------|---|--|
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde sí, ¿cuándo? |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde sí, ¿cuándo? |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde sí, ¿cuándo? |
| | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde sí, ¿cuándo? |

3. ¿Alguien tiene orden de un tribunal para pagarle manutención de menores a usted o a alguien de su familia? Sí No

4. ¿Usted o alguien de su familia recibe dinero del padre de un menor que no tenga orden del tribunal para pagar? Sí No

G. Háblenos de sus gastos

Para recibir la mayor cantidad de beneficios posible, tiene que hablarnos de los gastos de su familia. No informar de los gastos abajo indicados se considerará una declaración por parte de su familia de que no desea recibir una deducción por el gasto no reportado.

GASTOS DE VIVIENDA

1. Marque cada tipo de gasto de vivienda que tenga usted o cualquier persona de su familia.

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Renta | <input type="checkbox"/> Electricidad |
| <input type="checkbox"/> Hipotecas (si está comprando) | <input type="checkbox"/> Combustible |
| <input type="checkbox"/> Renta de lote | <input type="checkbox"/> Drenaje |
| <input type="checkbox"/> Seguro de propietario | <input type="checkbox"/> Agua |
| <input type="checkbox"/> Seguro contra inundaciones | <input type="checkbox"/> Basura |
| <input type="checkbox"/> Impuesto sobre propiedades | <input type="checkbox"/> Teléfono |
| <input type="checkbox"/> Cuotas de condominio | <input type="checkbox"/> Otro |

2. Para cada casilla marcada en el N.º 1 de esta sección, complete la información siguiente.

| Tipo de gasto de vivienda | Nombre y número de teléfono de la persona o compañía a la que se le pagó | Cantidad | Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.) |
|---------------------------|--|----------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

3. ¿Usted paga los gastos de vivienda para un hogar en el que ya no vive, pero al que tiene planificado volver? Sí No

4. ¿Es su familia responsable de pagar una factura de servicios públicos por el uso de un calefactor o aire acondicionado? Sí No

5. ¿Alguien le ayuda a pagar sus gastos de vivienda? Sí No

6. ¿Recibe asistencia para la energía? Sí No

Si responde sí, ¿la asistencia es por medio del Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)? Sí No

7. ¿Alguna de las rentas que paga se usa para pagar los servicios públicos? Sí No

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

| GASTOS DE CUIDADO DE DEPENDIENTES | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------|---|--|--|---|---|--|--|---|---|---|--------------------------------|
| 1. ¿Le paga usted o cualquiera en su grupo familiar a alguien para cuidar a un hijo o a un adulto anciano o discapacitado, para que usted o el miembro del grupo familiar pueda trabajar, asistir a una capacitación o escuela, o buscar trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Si responde sí , complete la información siguiente: | | | | | | | | | | | | | |
| A quién se le paga | Nombre y número de teléfono de la persona a quien se le paga | Cantidad pagada | Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| GASTOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Alguien de su familia paga manutención de menores ordenada por un tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | |
| Si responde sí, complete la información siguiente: | | | | | | | | | | | | | |
| Quién paga | A quién le paga | Cantidad | Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| GASTOS MÉDICOS | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Podemos permitir una deducción médica en su caso de SNAP para cada miembro de la familia 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> | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Hay alguien de su familia que tenga una discapacidad o tenga más de 59 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | |
| Si responde sí, responda las preguntas de esta sección. Si responde no, pase a la sección Recursos de la familia en la siguiente página. | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Esta persona tiene que pagar gastos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | |
| a. Si responde sí, ¿desea verificar estos gastos de modo que pueda obtener una deducción médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | |
| b. Marque cada gasto médico que tenga esta persona. | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Facturas dentales</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Medicamentos con receta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Facturas de hospital</td> <td><input type="checkbox"/> Prima de Plan de</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Seguro médico o</td> <td><input type="checkbox"/> medicamentos con receta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 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"/> Medicamentos con receta | <input type="checkbox"/> Facturas de hospital | <input type="checkbox"/> Prima de Plan de | <input type="checkbox"/> Seguro médico o | <input type="checkbox"/> medicamentos con receta | <input type="checkbox"/> Primas de Medicare | <input type="checkbox"/> Residencia de ancianos | <input type="checkbox"/> Aparatos médicos | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Facturas dentales | <input type="checkbox"/> Medicamentos con receta | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Facturas de hospital | <input type="checkbox"/> Prima de Plan de | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico o | <input type="checkbox"/> medicamentos con receta | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Primas de Medicare | <input type="checkbox"/> Residencia de ancianos | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Aparatos médicos | <input type="checkbox"/> Otros | | | | | | | | | | | | |
| 3. Para cada casilla marcada en el N.º 2 en la página 7, complete la siguiente información. | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres | Tipo de gasto | Cantidad | Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

4. ¿Alguna persona mayor o discapacitada incluida en listados abajo tiene costos de transporte médico? Sí No

a. ¿Esta persona usa su propio vehículo o el vehículo de un miembro de la familia? Sí No

b. **Si responde sí**, complete la información siguiente:

| Nombre de la persona | Enumere todos los lugares visitados para efectos médicos (por ej., médicos, farmacia, hospital, etc.) | N.º de millas viajadas en viaje redondo | Número de visitas por mes |
|----------------------|---|---|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

c. ¿Esta persona le paga a alguien que no sea miembro de la familia para tener transporte médico? Sí No

d. **Si responde sí**, 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 |
|----------------------|--------------------|-------------------------|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Si necesita más espacio, puede escribir la información en una hoja en blanco.

5. ¿Se reembolsará a usted o a cualquier otra persona de su familia por alguno de los gastos médicos arriba enumerados? Sí No

6. ¿Alguien le ayuda a pagar los gastos médicos? Sí No

H. Háblenos acerca de los recursos de su familia

Los recursos incluyen efectivo, dinero en el banco, certificados de depósito, acciones y bonos. Los recursos no incluyen posesiones personales como joyería, muebles, equipo eléctrico o ropa.

1. Marque cada recurso abajo indicado que tenga usted o cualquiera de su familia.

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Cheques) | <input type="checkbox"/> Cuentas de mercado de valores |
| <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"/> Bonos | <input type="checkbox"/> Bono de ahorro |
| <input type="checkbox"/> Dinero disponible | <input type="checkbox"/> Acciones |
| <input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD) | |

| 2. Para cada casilla marcada arriba, complete la información siguiente. | | | |
|---|--|-------------|---|
| A nombre de quién está indicado el recurso | Tipo de recurso | Cuánto vale | Dónde está el recurso (incluya el nombre del banco o empresa donde se guarda el dinero, etc.) |
| | | | |
| | | | |
| 3. | ¿Usted o alguien en su familia recibió un reembolso de impuestos federales en los últimos 12 meses? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. | ¿Usted o alguien de su familia recibió o espera recibir una cantidad de dinero? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. | ¿Su nombre o el nombre de alguien de su familia aparecen en un banco o cooperativa de crédito cuenta con otra persona? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| a. | Si responde sí , ¿qué nombres figuran en la cuenta? | _____ | |
| b. | ¿Por qué está este nombre en la cuenta? | _____ | |
| c. | ¿Alguien más hace depósitos en esta cuenta? | _____ | |
| d. | Si responde sí , ¿quién y cuánto por mes? | _____ | |
| 6. | ¿Usted o alguien más de su familia ha vendido, intercambiado, regalado o transferido un recurso en los últimos tres meses? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

SI ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS DE SNAP ÚNICAMENTE, PASE A LA PÁGINA 11.

**DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS
SOLO DEBE COMPLETAR ESTA PÁGINA SI ESTÁ SOLICITANDO FITAP O KCSP**

| FITAP o KCSP | | |
|--|--|---|
| 1. | ¿Está solicitando FITAP o KCSP? Si responde sí , complete esta página. Si responde no , pase a la página 11. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. | ¿Usted o alguien de su familia tiene que alejarse de una situación de abuso? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. | ¿Las vacunas de los niños están al día? Si responde no , ¿quién? _____ ¿Por qué? _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| AVALES | | |
| 4. | Complete la información siguiente para dos personas que no estén relacionadas con usted que puedan verificar la situación de su familia. | |
| | Nombre | Dirección |
| | | Número de teléfono durante el día |
| | | |
| | | |
| CUSTODIA | | |
| 5. | Si no es el padre de los menores por los cuales está presentando la solicitud, ¿tiene su custodia legal? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| a. | Si responde sí , complete la información siguiente: | |
| | Menores de los cuales tiene la custodia | Tipo de custodia |
| | | Fecha de vigencia de la custodia |
| | | |
| | | |
| | | |
| <i>Un padre no custodio es aquel que no vive en el hogar con su hijo. Háblenos de otros padres no custodios 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, proporcione la información solicitada de ambos padres. Use una hoja en blanco si necesita más espacio.</i> | | |
| 6. | Información del padre que no tenga la custodia | |
| | Nombre | Número del seguro social Fecha de nacimiento |
| | Nombres de los niños | |
| | Relación de paternidad (relación de los padres de los niños): | <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado |
| 7. | Información del padre que no tenga la custodia | |
| | Nombre | Número del seguro social Fecha de nacimiento |
| | Nombres de los niños | |
| | Relación de paternidad (relación de los padres de los niños): | <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado |
| 8. | Información del padre que no tenga la custodia | |
| | Nombre | Número del seguro social Fecha de nacimiento |
| | Nombres de los niños | |
| | Relación de paternidad (relación de los padres de los niños): | <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Divorciado |

DEVUELVA ESTA PÁGINA A LA OFICINA LOCAL DE DCFS

| Lea cuidadosamente y firme abajo | | |
|---|-------------------|------------------|
| <p>Certifico bajo pena de perjurio que la información que he brindado en esta solicitud es verdadera, completa y correcta a mi leal saber y entender, incluida la información que he brindado con respecto a la condena por ciertos delitos y con respecto a la ciudadanía de los EE. UU. o el estado migratorio de todos los miembros de la familia. Entiendo que yo y cualquier miembro adulto de la casa estaremos sujetos a descalificación y procesamiento, y se nos exigirá que reembolsemos los beneficios no elegibles si a sabiendas brindamos información falsa, incorrecta o incompleta para obtener o tratar de obtener asistencia financiera o alimenticia. Al firmar esta solicitud, doy permiso para que cualquier persona o agencia que tenga conocimiento de mis circunstancias divulgue información al Departamento de Servicios para Niños y Familias.</p> <p>Recuerde, debe entregar pruebas de la información que reportó en este formulario de solicitud y verificación de su identidad.</p> | | |
| Su firma (o marca) | Fecha de la firma | |
| Firma (o marca) de su cónyuge | Fecha de la firma | |
| Firma del padre soltero del menor | Fecha de la firma | |
| <p>Si usted, o su cónyuge, firman con una marca de "X", pídeles a dos personas atestiguar la marca; si el solicitante es ciego, pídeles a tres personas que funjan como testigos.</p> | | |
| _____ Testigo | _____ Testigo | _____ Testigo |
| <p>Firma de la persona que le ayudó a completar este formulario y qué parentesco tiene con usted</p> | | |
| Firma | Relaciones | |
| Firma del representante de la agencia | Fecha | |

| | | | |
|--|---|--|--|
|  <p>En línea</p> <p>Portal del cliente CAFÉ</p> <p>www.dcfslouisiana.gov/CAFE</p> |  <p>Correo postal</p> <p>DCFS ES Document Processing Center PO Box 260031 Baton Rouge, LA 70826-9918</p> |  <p>Personalmente</p> <p>Cualquier oficina de DCFS: www.dcfslouisiana.gov/directory</p> |  <p>Fax</p> <p>225-663-3164</p> |
|--|---|--|--|

Puede tener una entrevista por teléfono? Sí No

¿Que hora es la mejor para llamarle durante dias laborales?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Temprano en la mañana (7AM – 9AM) | <input type="checkbox"/> Cerca de mediodía (9AM – 12PM) |
| <input type="checkbox"/> Hora del almuerzo (12PM - 1PM) | <input type="checkbox"/> Temprano por la tarde (1PM - 3PM) |
| <input type="checkbox"/> Al Finalizar la tarde (3PM – 5PM) | |

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-LAHELP 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.

NOTE: THE LOUISIANA CONSTITUTION PROHIBITS NON-CITIZENS FROM REGISTERING AND VOTING. THEREFORE, IT IS ILLEGAL FOR NON-CITIZENS TO REGISTER AND VOTE IN LOUISIANA.

| 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)



Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 6/19)

QUESTIONS? - Call your parish Registrar of Voters Office or call the Secretary of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

APPLICATION INSTRUCTIONS

USE THIS LOUISIANA VOTER REGISTRATION APPLICATION TO: 1) register to vote; 2) change your address; 3) request a name change; 4) change party affiliation; or 5) request assistance in voting.

TO REGISTER AND BE ELIGIBLE TO VOTE, AN APPLICANT MUST: 1) be a U.S. citizen; 2) be at least 17 years old (16 years old if registering to vote in person at the Registrar's Office or with an application for a Louisiana driver's license) but must be 18 years old before actually voting; 3) not be under an order of imprisonment for conviction of a felony or, if under such an order, not have been incarcerated pursuant to the order within the last five years and not be under an order of imprisonment related to a felony conviction for election fraud or any other election offense pursuant to R.S. 18:1461.2; 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: the gray section numbers on this page correspond to the gray section numbers on the application.

Reason for Application: Check "New Voter Registration" if this is a first time registration or if a new registration in a new parish after moving. Check "Updating Voter Registration" if you are making any change to your present registration. If new registration, fill out the form completely.

1. *Eligibility* - Federal law requires you to affirm that you are a citizen of the United States of America and that you will be 18 years of age on or before the election day in which you are eligible to vote. If you checked 'No' in response to either of these questions, do not complete this form. You are not eligible to vote at this time. If you are registering as a 16 or 17 year old, you may check "Yes" because you will not be allowed to vote until you are 18.
2. *Name* - You **must** provide your full name. Do not use nicknames or initials for middle or maiden name. *If this application is for a change of name, please also complete section 17: "Former Registered Name."*
3. *Residence Address* - "Residence Address" means the address (number, street, city, state, and zip) where you live and are registering to vote. Residence address **must** be the address where you claim homestead exemption, if any, except for a resident in a nursing home or veterans' home who may choose to use the address of the nursing home or veterans' home or the home where they have a homestead exemption. A college student may elect to use their home address or their address at school while attending. Do not use a post office box for your "Residence Address." If you use a rural route and box number, you may draw a map in box labeled "Give Location" to provide the exact location. Write in the names of the crossroads (streets) nearest to residence. Draw an X to show residence. Use a dot to show any schools, churches, stores, or landmarks near residence and write the name of the landmark.
Mailing Address - If you check that you do not receive postal service at your residence address, you **must** provide your mailing address (number, street, city, state, and zip). Otherwise, a mailing address may be provided and you may use a post office box for a mailing address.
4. *Birthdate* - Print your date of birth. *The month and day of your birth remains confidential by law.*
5. *Social Security Number* - If you do not have a LA driver's license or LA special identification card, you **must** provide the last four digits of your social security number, if issued. The full social security number is preferred and may be provided on a voluntary basis and will be kept confidential. If you were not issued a social security number or a LA DL or ID 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 you **must** attach one or more documents to prove your identity, residence, and date of birth. Documents may be: a) a copy of current and valid photo identification and/or b) a copy of a current utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document. *Your SSN remains confidential and is only used for registration purposes.*
6. *Sex* - Check male or female (*for statistical purposes only*).
7. *Race* - Race/Ethnic origin is optional (*for statistical purposes only*).
8. *Party Affiliation* - If you are registering for the first time, you may choose a party affiliation of Democrat, Green, Independent, Libertarian, or Republican parties. You may specify any other party affiliation by checking "other" and then listing the party with which you wish to affiliate. If you do not want to register with a political party affiliation check "No Party," or if you do not complete this section, your party affiliation will be listed as "No Party." If you are already registered with a party affiliation and no political party change is being made with this application, you may leave this section blank or re-enter your political party affiliation.
9. *Place of Birth* - Print the city/town, parish/county, state, and country of your birth place (*for statistical purposes only*).
10. *Mother's Maiden Name* - Print your mother's maiden name, which is her last name at her birth. If unknown, write "unknown."
11. *Email* - Give your email address for election officials to contact you if there is a problem with your registration. *Email addresses are protected from disclosure by law and are for official use only.*
12. *Phone* - Give your phone numbers for election officials to contact you if there is a problem with your registration. *Phone numbers are optional and a public record unless you make a request for your phone numbers to be kept confidential by election officials.*
13. *LA DL/ID Card #* - Print your LA driver's license or LA special identification card number, if issued. If you do not have one, check "I do not have a LA DL/ID card." *This ID number remains confidential and is for official use only.*
14. *Assistance in Voting Needed?* - Indicate if you will need assistance in voting by checking either the "No" or "Yes" box. If "Yes," write the reason for needing assistance. The registrar of voters in your parish may contact you for proof of disability.
15. *Place of Last Residence* - Print the address (number, street, city, and state) of your prior residence, if different from residence address in section 3 or write "Same."
16. *Place of Last Registration* - Print the state and parish (or county) of your last registration if you were registered in another parish or state prior to completing this application. **Important:** *Contact the local election office in your prior state and cancel your prior registration. Registering in Louisiana does not automatically cancel or transfer your voter registration from another state.*
17. *Former Registered Name* - If you are using this application to make a name change to your registration, print your former registered name (name you are changing) in this section. If name changed by court order, provide a copy of the order with this application.
18. *Affirmation and Signature* - Read the affirmation and sign your full name or make your mark and print the date this application was signed and completed. *If assistance in registering is being provided, make sure the applicant understands what they are affirming and that they meet the requirements to register to vote.*
19. *Witnesses* - If you are unable to sign your name, you may make your mark, but it **must** be witnessed by two people or it is not valid.

Mailing Instructions - If returned by mail, place in an envelope and mail to your Registrar of Voters Office. You can find your registrar of voters mailing address on the Registrar of Voters Address Page, by visiting our website at www.geauxvote.com or by calling toll free at 1-800-883-2805. Your application or envelope **must** be postmarked 30 days prior to the first election in which you seek to vote.

Online Voter Registration - Voter registration is also available at www.geauxvote.com and you may register online before the 20th day prior to the election. Please call your registrar of voters if you do not receive your voter information card two weeks after registering.



Louisiana Registrars of Voters Address Page

(Rev. 07/24)

QUESTIONS? - Call your parish Registrar of Voters Office or call the Secretary of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

LOUISIANA REGISTRARS OF VOTERS OFFICE ADDRESSES

| | | | |
|---|---|---|---|
| ACADIA 568 NW Court Circle Crowley, LA 70526-4363 (337) 788-8841 | EAST BATON ROUGE 222 St. Louis St., Rm. 201 Baton Rouge, LA 70802-5860 (225) 389-3940 | MADISON 100 N. Cedar St., Rm. #5 Tallulah, LA 71282-3892 (318) 574-2193 | ST. LANDRY P.O. Box 818 Opelousas, LA 70571-0818 (337) 948-0572 |
| ALLEN P.O. Box 150 Oberlin, LA 70655-0150 (337) 639-4966 | EAST CARROLL P.O. Box 708 Lake Providence, LA 71254-0708 (318) 559-2015 | MOREHOUSE 129 N. Franklin St., Ste. 1 Bastrop, LA 71220-3815 (318) 281-1434 | ST. MARTIN 415 Saint Martin St. St. Martinville, LA 70582-4549 (337) 394-2204 |
| ASCENSION 828 S. Irma Blvd., Rm. 205 Gonzales, LA 70737-3631 (225) 621-5780 | EAST FELICIANA P.O. Box 488 Clinton, LA 70722-0488 (225) 683-3105 | NATCHITOCHE P.O. Box 677 Natchitoches, LA 71458-0677 (318) 357-2211 | ST. MARY 500 Main St., Courthouse, Rm. 301 Franklin, LA 70538-6144 (337) 828-4100, ext. 360 |
| ASSUMPTION P.O. Box 578 Napoleonville, LA 70390-0578 (985) 369-7347 | EVANGELINE 200 Court St., Ste. 102 Ville Platte, LA 70586-4463 (337) 363-5538 | ORLEANS 1300 Perdido St., Rm. 1W24 New Orleans, LA 70112-2127 (504) 658-8300 | ST. TAMMANY 701 N. Columbia St. Covington, LA 70433-2709 (985) 809-5500 |
| AVOYELLES 312 N. Main St., Ste. E Marksville, LA 71351-2409 (318) 253-7129 | FRANKLIN 6560 Main St. Winnsboro, LA 71295-2750 (318) 435-4489 | OUACHITA 1650 Desiard St., Rm. 125 Monroe, LA 71201 (318) 327-1436 | TANGIPAHOA P.O. Box 895 Amite, LA 70422-0895 (985) 748-3215 |
| BEAUREGARD P.O. Box 952 DeRidder, LA 70634-0952 (337) 463-7955 | GRANT 200 Main St., Courthouse Bldg. Colfax, LA 71417-1828 (318) 627-9938 | PLAQUEMINES P.O. Box 989 Port Sulphur, LA 70083-0989 (504) 934-3620 | TENSAS P.O. Box 183 St. Joseph, LA 71366-0183 (318) 766-3931 |
| BIENVILLE P.O. Box 697 Arcadia, LA 71001-0697 (318) 263-7407 | IBERIA 300 S. Iberia St., Ste. 110 New Iberia, LA 70560-4543 (337) 369-4407 | POINTE COUPEE 1919 Hospital Rd., Ste. 1 New Roads, LA 70760-3661 (225) 638-5537 | TERREBONNE 8026 Main St., Ste. 101 Houma, LA 70360 (985) 873-6533 |
| BOSSIER P.O. Box 635 Benton, LA 71006-0635 (318) 965-2301 | IBERVILLE P.O. Box 554 Plaquemine, LA 70765-0554 (225) 687-5201 | RAPIDES 701 Murray St. Alexandria, LA 71301-8099 (318) 473-6770 | UNION P.O. Box 235 Farmerville, LA 71241-0235 (318) 368-8660 |
| CADDO P.O. Box 1253 Shreveport, LA 71163-1253 (318) 226-6891 | JACKSON 500 E. Court St., Rm. 102 Jonesboro, LA 71251-3400 (318) 259-2486 | RED RIVER P.O. Box 432 Coushatta, LA 71019-0432 (318) 932-5027 | VERMILION 100 N. State St., Ste. 120 Abbeville, LA 70510 (337) 898-4324 |
| CALCASIEU 1000 Ryan St., Rm. 7 Lake Charles, LA 70601-5250 (337) 721-4000 | JEFFERSON P.O. Box 10494 Jefferson, LA 70181-0494 (504) 736-6191 | RICHLAND P.O. Box 368 Rayville, LA 71269-0368 (318) 728-3582 | VERNON P.O. Box 626 Leesville, LA 71496-0626 (337) 239-3690 |
| CALDWELL P.O. Box 1107 Columbia, LA 71418-1107 (318) 649-7364 | JEFFERSON DAVIS 302 N. Cutting Ave. Jennings, LA 70546-5361 (337) 824-0834 | SABINE 400 Capitol St., #107 Many, LA 71449-3099 (318) 256-3697 | WASHINGTON 900 Washington St. Franklinton, LA 70438-1719 (985) 839-7850 |
| CAMERON P.O. Box 1 Cameron, LA 70631-0001 (337) 775-5493 | LAFAYETTE 1010 Lafayette St., Ste. 313 Lafayette, LA 70501-6885 (337) 291-7140 | ST. BERNARD 8201 W. Judge Perez Dr. Chalmette, LA 70043-1696 (504) 278-4231 | WEBSTER P.O. Box 674 Minden, LA 71058-0674 (318) 377-9272 |
| CATAHOULA P.O. Box 215 Harrisonburg, LA 71340-0215 (318) 744-5745 | LAFOURCHE 307 W. 4th St. Thibodaux, LA 70301-3105 (985) 447-3256 | ST. CHARLES P.O. Box 315 Hahnville, LA 70057-0315 (985) 783-5120 | WEST BATON ROUGE P.O. Box 31 Port Allen, LA 70767-0031 (225) 336-2421 |
| CLAIBORNE 507 W. Main St., Ste. 1 Homer, LA 71040-3914 (318) 927-3332 | LASALLE P.O. Box 2439 Jena, LA 71342-2439 (318) 992-2254 | ST. HELENA 17911 Hwy. 43 North Greensburg, LA 70441-0543 (225) 222-4440 | WEST CARROLL P.O. Box 71 Oak Grove, LA 71263-0071 (318) 428-2381 |
| CONCORDIA 4001 Carter St., Ste. K Vidalia, LA 71373-3021 (318) 336-7770 | LINCOLN 100 W. Texas Ave., #10 Ruston, LA 71270-4463 (318) 251-5110 | ST. JAMES P.O. Box 179 Convent, LA 70723-0179 (225) 562-2330 | WEST FELICIANA P.O. Box 2490 St. Francisville, LA 70775-2490 (225) 635-6161 |
| DESOTO 104 Crosby St. Mansfield, LA 71052-2046 (318) 872-1149 | LIVINGSTON P.O. Box 968 Livingston, LA 70754-0968 (225) 686-3054 | ST. JOHN 1811 W. Airline Hwy. LaPlace, LA 70068-3344 (985) 359-0179 | WINN 119 W. Main St., Rm. 105 Winnfield, LA 71483-3238 (318) 628-6133 |

CONSERVE ESTA PÁGINA PARA SUS REGISTROS

¿Qué haremos con la información que nos proporcione?

- La información que nos proporcione en su formulario de solicitud será verificada por las oficinas federales, estatales y locales, lo que incluye la comprobación cruzada por computadora con otras agencias. Alguien de nuestra agencia puede comunicarse con otras personas para verificar su elegibilidad para los beneficios.
- La situación de extranjero de los miembros de la familia puede verse sujeta a la verificación por medio del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) y puede afectar la elegibilidad y la cantidad de los beneficios.

¿Por qué necesitamos su número del seguro social y está obligado a darlo?

- La recopilación de información solicitada en el formulario de solicitud, incluidos los números del seguro social (NSS) de los miembros de la familia, es voluntaria y está autorizada de conformidad con la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, (7 U.S.C. 2011-2036), según las enmiendas. No proporcionar esta información requerida, incluidos los NSS de los miembros de la familia, dará como resultado la inelegibilidad para SNAP y para asistencia en efectivo.
- Los NSS se usan en revisiones de programas estatales y federales, auditorías y concordancia por computadora con otras agencias tales como la Comisión de Fuerza Laboral de Louisiana, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Ingresos Fiscales, etc., mediante el Sistema Estatal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad.
- Los NSS se usan para:
 - recopilar información de otras fuentes,
 - comprobar la identidad de los miembros de la familia,
 - determinar si su familia es elegible, y
 - evitar que las familias obtengan más beneficios de los que tienen derecho a recibir.
- De conformidad con la Ley de Privacidad de 1974 (P.L. 93-579), los NSS se pueden entregar por varios motivos, incluidos los directamente relacionados con la administración del Programa de Cumplimiento de la Manutención de Menores.

Derechos y responsabilidades

Cuando reciba beneficios del Departamento de Servicios para Niños y Familias de Louisiana, tiene ciertos derechos y responsabilidades que se explican a continuación. Conserve esta información importante para consultarla en el futuro.

¿Cuáles son sus derechos?

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y reglamentaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), religión, discapacidad, edad, creencia política o tomar represalias por actividades de derechos civiles previas.

La información del programa podría estar disponible en idiomas que no sean inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, grabación de audio, lengua de señas americana) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde se postularon para los beneficios. Los individuos que sean sordos, tengan dificultades auditivas o del habla pueden contactar al USDA por medio del Servicio Federal de Relé llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación del programa, el demandante debe completar un Formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form (Formulario de queja por discriminación del programa del USDA) que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o por medio de una carta enviada por correo postal al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, su dirección, número de teléfono y una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria en suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de la presunta violación a los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta se deben enviar a: 1. correo: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o 2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o 3. correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Esta institución proporciona igualdad de oportunidades.

Si siente que lo discriminaron por su raza, ideología política, color, país de origen, orientación sexual, religión, edad o discapacidad, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Niños y Familias (Department of Children and Family Services [DCFS]) “completando un formulario de queja de derechos civiles. Entregue el formulario en una oficina local; envíelo por correo a DCFS Civil Rights Section, P O Box 1887, Baton Rouge, LA 70821; envíe un correo electrónico a DCFS.BureauofCivilRights@LA.Gov o llame al call center al 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578). Se puede presentar una denuncia relacionada con el programa ante el Department of Children and Family Services (DCFS) enviando un correo electrónico a LAHelpU.DCFS@LA.GOV o llamando al 225-342-2342.

- **Audiencia justa** - Si no está de acuerdo con cualquier decisión que se tome en su caso, tiene derecho a pedir la revisión de su caso. Puede decirnos que desea una audiencia justo por escrito, en persona o llamando a la oficina. Tiene derecho de ver el expediente de su caso antes de la audiencia.
- **Confidencialidad** – Toda la información que nos proporcione será confidencial. Esto significa que no podemos dar información de su caso a otras personas, salvo en condiciones especiales. Como ejemplos de esas condiciones tenemos la revisión oficial por parte de otras agencias estatales y federales o agencias de cobranza federales, estatales y privadas para el cobro de reclamos por beneficios de SNAP. También se puede dar información de su caso a funcionarios del cumplimiento de la ley para atrapar a las personas prófugas para evadir la ley y para la investigación de delitos o violaciones de la libertad condicional o bajo palabra.
- **Registro electoral** - Si usted no está registrado para votar donde vive actualmente, en la solicitud de asistencia puede indicar que le gustaría solicitar su registro para votar. Tenga en cuenta que se resguardará la confidencialidad de la información que brinde al organismo y que se usará únicamente a los efectos del registro electoral. El hecho de solicitar el registro para votar o de no hacerlo no afectará el nivel de asistencia o servicios que pueda recibir de parte del Departamento de Servicios para Niños y Familias (Department of Children and Family Services, DCFS). El DCFS le brindará ayuda para completar una Solicitud de Registro Electoral de Louisiana, a menos que se deniegue la asistencia. Puede llenar el formulario de solicitud en forma privada.

¿Cuáles son sus responsabilidades?

- **Cooperación** - Tiene que cooperar proporcionando la información que necesitamos para determinar su elegibilidad para los beneficios que esté solicitando para usted o para otras personas. También tiene que dar pruebas de la información que proporciona. Se esperará que coopere si es necesaria una visita a su hogar para determinar su elegibilidad. Si su caso se

selecciona para una revisión de control de calidad por parte de revisores estatales o federales, tiene que cooperar con ellos.

- **Informar de los cambios –**

Si recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), debe informar si:

- El ingreso mensual de su grupo familiar aumenta de tal forma que supere el límite de ingresos brutos para el tamaño de su grupo familiar. Esto incluye informar el ingreso de una persona que se muda a su vivienda si el ingreso de esta persona combinado con el ingreso del SNAP de su grupo familiar supera el límite de ingresos brutos para su grupo familiar.
- En el caso de que su grupo familiar incluya a un adulto físicamente capaz sin dependientes (Able-Bodied Adult Without Dependent, ABAWD), debe informar los cambios en las horas de trabajo o de capacitación del ABAWD que esté sujeto al plazo del SNAP si el cambio implica que el ABAWD trabaje o participe en programas de capacitación, en promedio, menos de 20 horas por semana o menos de 80 horas por mes.
- Su grupo familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar por \$4500 o más, obtenidas en un único juego, antes de los impuestos u otras retenciones.

Estos cambios deben informarse antes del día 10 del mes siguiente al mes en el que ocurre el cambio.

Además, si usted recibe:

- FITAP - Tiene que:
 - Cumplir los requisitos de informes que se explican en su Acuerdo de Éxito Familiar y notificar estos cambios dentro de los 10 días de su conocimiento del cambio.
 - Informar en un plazo de 10 días si el único menor elegible que recibe beneficios de FITAP se muda de su casa.
- KCSP - Tiene que informar en un plazo de 10 días si el único menor elegible que recibe beneficios de KCSP se muda de su casa.

Si **no** está recibiendo beneficios de SNAP **y está** recibiendo:

- FITAP o KCSP - Tiene que informar en un plazo de 10 días si:
 - Hay un cambio en la fuente de cualquier ingreso recibido en su casa. Esto incluye cambios en empleadores y nuevas fuentes de ingresos tales como manutención para menores, Seguro Social, SSI, etc.
 - La cantidad de los ingresos no ganados de su familia cambia en más de \$50 al mes.
 - La cantidad de los ingresos ganados de su familia cambia en más de \$100 al mes.
 - Alguien se muda a o de su casa.
 - Usted se muda.
 - La asistencia escolar de cualquier persona de 18 años de edad en su casa.
 - El estado civil de cualquier persona de su casa.

Información sobre servicios no monetarios

Es posible que su grupo familiar esté autorizado a recibir los siguientes servicios no monetarios financiados por la Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) o el Mantenimiento de Esfuerzo (Maintenance of Effort, MOE). Para obtener más información, visite nuestro sitio web en www.dcf.louisiana.gov o comuníquese con la oficina local del Departamento de Servicios para Niños y Familias (Department of Children and Family Services, DCFS).

- **Programa de trabajos para los graduados de Estados Unidos del estado de Luisiana (JAGS-LA):** ayuda a que estudiantes (de 12 a 21 años) que corren el riesgo de fracasar en la

escuela y que enfrentan al menos dos obstáculos para lograr el éxito, lo que puede incluir obstáculos económicos, académicos, personales, del entorno o relacionados con el trabajo, continúen sus estudios; ayuda a los jóvenes no escolarizados que necesitan educación secundaria; proporciona una vía para alcanzar logros académicos; y asiste a los estudiantes para que finalmente obtengan credenciales reconocidas que les permitirán terminar la escuela y acceder a la educación superior o la fuerza laboral.

- **Programa de asociación de enfermeros y familias:** asiste a madres primerizas de bajos ingresos que no tienen más de 28 semanas de embarazo ofreciéndoles servicios de enfermería a domicilio desde de la etapa inicial del embarazo hasta los dos primeros años de vida del niño.
- **Defensores especiales designados por el tribunal (CASA):** mejora la estabilidad familiar al facilitar vínculos entre la familia o el niño en particular y los recursos o sistemas de la comunidad por medio de defensores capacitados, calificados y supervisados, quienes proporcionan comunicación especializada, el transporte necesario, recopilación de información exhaustiva y eficiente, y otros servicios identificados para cada caso concreto.
- **Programas de tribunales de tratamiento de drogas:** combina el tratamiento y la educación con la capacidad de un juez supervisor de dar incentivos y aplicar sanciones sobre la base del desempeño de los clientes mientras reciben tratamiento. El tratamiento se hace en la comunidad y los participantes del tribunal de tratamiento de drogas deben reunirse con el juez regularmente para evaluar el progreso.
- **Alternativas al aborto:** provee servicios de intervención que incluyen intervención en crisis, asesoramiento, mentorías, servicios de apoyo e información sobre el cuidado prenatal, además de información y remisiones con respecto al parto, la adopción y la crianza de hijos saludables para ayudar a asegurar embarazos saludables y a término como una alternativa al aborto.
- **Programa público de preescolar LA 4:** provee educación preescolar de alta calidad para niños de 4 años de edad de bajos ingresos en los distritos escolares públicos participantes y en las escuelas subvencionadas.

| Multas | |
|--|---|
| Si deliberadamente proporciona información incorrecta, sus beneficios de SNAP asistencia en efectivo pueden denegarse, reducirse o darse por terminados, y usted puede verse sujeto a un proceso penal. | |
| ¿Qué multas se aplican en el programa SNAP? | |
| Si hace lo siguiente: | La consecuencia será: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ocultar información o dar información falsa • Vender o comerciar con los beneficios de SNAP o las tarjetas de EBT • Usar beneficios de SNAP para comprar artículos no elegibles, como alcohol o tabaco • Usar los beneficios de SNAP de otra persona • Pagar los alimentos comprados a crédito con los beneficios de SNAP | <p>Perder sus beneficios de SNAP por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 año por la primera violación • 2 años por la segunda violación • Permanentemente por la tercera violación <p>También se le puede multar hasta con \$250,000 o encarcelar hasta por 20 años, o ambos.</p> |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Intercambiar beneficios de SNAP por drogas ilegales | <p>Perder sus beneficios de SNAP por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 años por la primera violación • Permanentemente por la segunda violación |
| <ul style="list-style-type: none"> • Intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, munición o explosivos • Vender, comprar o comerciar con beneficios de SNAP de \$500 o más | <ul style="list-style-type: none"> • Perder sus beneficios de SNAP permanentemente |
| <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información falsa sobre quién es o dónde vive para recibir beneficios en más de un caso al mismo tiempo | <ul style="list-style-type: none"> • Perder sus beneficios de SNAP durante 10 años. |
| <p>¿Qué multas se aplican en FITAP y KCSP?</p> | |
| <p>Si hace lo siguiente:</p> | <p>La consecuencia será:</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Esconder información o proporcionar información falsa | <p>Perder sus beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante 1 año por la primera violación • Durante 2 años por la segunda violación • Permanentemente por la tercera violación <p>También puede recibir una multa de hasta \$50,000 o se le puede encarcelar por hasta 20 años o ambas cosas.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Usa su tarjeta EBT: <ul style="list-style-type: none"> ➢ en una tienda de licores, ➢ en un casino de apuestas o centro de juegos, ➢ en un establecimiento minorista que ofrece entretenimiento para adultos en el que los artistas se desnudan o actúan sin ropa para fines de entretenimiento, ➢ en cualquier librería para adultos, cualquier tienda de parafernalia para adultos o cualquier negocio de orientación sexual, ➢ en cualquier centro de tatuajes, perforaciones o centro de arte comercial corporal, ➢ en cualquier salón de uñas, ➢ en cualquier joyería, ➢ en cualquier centro de diversiones o juegos electrónicos de video, ➢ en cualquier empresa de fianzas, ➢ en cualquier club nocturno, bar, taberna o salón, ➢ en cualquier viaje en crucero, ➢ en cualquier negocio de ocultismo o, ➢ en cualquier establecimiento donde no se permitan menores de 18 años de edad, o ➢ en un ATM (cajero automático) en cualquiera de estos establecimientos. • Usa su tarjeta EBT: | <p>Perder sus beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante 1 año por la primera violación • Durante 2 años por la segunda violación • Permanentemente por la tercera violación |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ en cualquier tienda minorista para comprar una bebida alcohólica, ➤ en cualquier tienda minorista para comprar productos derivados del tabaco, ➤ en cualquier tienda minorista para comprar boletos de lotería, o ➤ en cualquier tienda al por menor para la compra de joyas. | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información falsa sobre dónde vive para recibir beneficios en dos o más estados al mismo tiempo | <ul style="list-style-type: none"> • Perder sus beneficios durante 10 años. |

Para obtener más información acerca de los programas y servicios o para obtener información específica sobre su caso, llame al 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578).

This Page Intentionally Left Blank

**COMPROBACIÓN DE LAS CONTRIBUCIONES
LO DEBE COMPLETAR LA PERSONA QUE LE AYUDA**

Lea cuidadosamente lo siguiente e indique las formas en que usted ayuda:

1. Contribuciones (DINERO QUE NO ESPERA QUE LE DEVUELVAN)

¿Le ha dado dinero directamente a la persona arriba indicada o a cualquier miembro de su familia, en los últimos dos meses? Sí No

Si responde sí, indique las cantidades y la razón. Por ejemplo: para ayudar a apoyar a su hijo, para ayudar a pagar su alquiler, servicios públicos, etc.

Fecha de la entrega

Cantidad

Motivo de la entrega

| Fecha de la entrega | Cantidad | Motivo de la entrega |
|---------------------|----------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

¿Tiene previsto continuar con estas contribuciones de modo periódico? Sí No

Si responde sí, ¿qué cantidad? _____

¿Con qué frecuencia? Semanal Cada dos semanas Mensual
 Dos veces al mes

2. Préstamos (DINERO QUE NO ESPERA QUE LE DEVUELVAN)

¿Le ha prestado dinero directamente a la persona arriba indicada o a cualquier miembro de su familia, en los últimos dos meses? Sí No

Si responde sí, ¿qué cantidad? _____

¿Con qué frecuencia? Semanal Cada dos semanas Mensual
 Dos veces al mes

3. Pagos a otra persona (DINERO NO ENTREGADO DIRECTAMENTE A UN MIEMBRO DE LA FAMILIA)

¿Ha pagado la renta, servicios públicos, facturas médicas o de otro tipo directamente a una empresa o persona fuera de la casa de la persona arriba indicada, o a cualquier otro miembro de su familia, en los últimos dos meses? Sí No

Si responde sí, indique los detalles abajo:

Gasto pagado

Cantidad pagada

A quién se pagó

Con qué frecuencia se pagó (semanal, mensual, etc.)

| Gasto pagado | Cantidad pagada | A quién se pagó | Con qué frecuencia se pagó (semanal, mensual, etc.) |
|--------------|-----------------|-----------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4. ¿Usted ayuda a cualquier persona de esta familia de cualquier otra forma? Sí No

Si responde sí, explique:

Su firma: _____ Fecha: _____

Número de teléfono al que se pueda hablar con usted durante el día: _____ - _____ - _____

Dirección: _____

Use el reverso del formulario si necesita espacio adicional o para explicar cualquier parte de la información arriba indicada.

This Page Intentionally Left Blank

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