

Departamento de Salud de Louisiana

Información sobre la solicitud de asistencia

¿Qué tipo de asistencia ofrece el Departamento de Servicios de Estabilidad Económica del Departamento de Salud de Louisiana?

- Programa de Asistencia Temporal para la Independencia de la Familia (Family Independence Temporary Assistance Program, FITAP). Este programa brinda asistencia económica temporal a las familias de bajos ingresos que reúnen los requisitos correspondientes y necesitan ayuda para sus hijos.
- Programa de Asistencia para la Nutrición Complementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (anteriormente el Programa de Cupones para Alimentos): proporciona beneficios mensuales que ayudan a los hogares de bajos ingresos a comprar la comida que necesitan para tener una buena salud.
- Programa de Subsidios para el Cuidado de Familiares (Kinship Care Subsidy Program, KCSP). Este programa brinda asistencia económica a los niños que reúnen los requisitos correspondientes y que viven con otros familiares calificados que no son los padres.
- Para obtener más información sobre programas y servicios o para obtener información concreta sobre su caso, llame al 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578).

¿Cómo puede solicitar ayuda?

- Complete el formulario de solicitud de asistencia OFS 4APP.
- La solicitud de asistencia podrá hacerse en línea y presentarse por vía electrónica en www.dcfsls.gov/CAFE.
- También puede presentar su solicitud en línea o recoger una solicitud impresa en la sede de uno de sus socios locales de la comunidad o en la oficina del LDH.
- Devuelva el formulario completo a cualquier oficina de LDH del condado si completó una solicitud en papel.
- Se puede usar un formulario para solicitar asistencia de FITAP, SNAP y KCSP.
- Puede presentar una solicitud por separado para SNAP. Ya sea que presente una solicitud de SNAP en papel o en línea con otro programa o por separado, su solicitud SNAP se procesará de acuerdo con los mismos procedimientos de SNAP, lo que incluye tiempos, avisos y requisitos de audiencia imparcial.

- Si presenta una solicitud para SNAP conjuntamente con otro programa y se le deniegan los beneficios del otro programa, no tiene que entregar otra solicitud para SNAP. No se le podrán denegar beneficios de SNAP sólo porque no sea elegible para recibir beneficios de otro programa.
- Determinaremos su elegibilidad para todos los programas para los cuales presente una solicitud.
- Se le tendrá que entrevistar si está solicitando FITAP, SNAP o KCSP. Puede solicitar una entrevista en persona.
- Debe proporcionar verificación a la oficina de LDH del condado donde presente la solicitud. La verificación se explica a continuación.

Cómo presentar una solicitud de asistencia al Departamento de Salud de Louisiana (LDH):



Subir

www.dcfslouisiana.gov/CAFE



Correo

LDH ES

Document Processing Center
PO Box 260031
Baton Rouge, LA 70826-9918



En persona

Buscar oficina:

www.ldh.louisiana.gov/directory



Fax

225-663-3164

¿Necesita ayuda para completar el formulario de solicitud?

- Puede pedirle a alguien que le ayude a completar el formulario, o
- Puede pedirle al trabajador durante su entrevista que lo ayude a completar la solicitud.

¿Qué pasa después de que recibamos su formulario de solicitud?

- Se le asignará un trabajador.
- Se le entrevistará si está solicitando FITAP, SNAP o KCSP. Es posible que reciba una carta de cita para una entrevista telefónica. Puede pedir una entrevista en persona en lugar de una entrevista telefónica.
- Recibirá una lista de la verificación que se necesita.
- Su trabajador determinará su elegibilidad en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la solicitud.

- Si solicitó FITAP, es posible que se le pida que participe en el Programa Estrategias para Facultar a la Gente (Strategies To Empower People, STEP). El programa STEP proporciona oportunidades para familias FITAP elegibles por el trabajo para recibir capacitación para el empleo, empleo y servicios de soporte para permitirles volverse autosuficientes.

¿Qué haremos con la información que nos proporcione?

- La información que nos proporcione en su formulario de solicitud será verificada por 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 recibir los beneficios.
- La situación de extranjero de los miembros del grupo familiar puede verse sujeta a la verificación por medio del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (United States Citizenship and Immigration Service, USCIS) y puede afectar la elegibilidad y la cantidad de los beneficios.
- Usted no tendrá que proporcionar información sobre su estado de inmigración ni documentos de ningún miembro del hogar que no sea elegible por su condición migratoria y que no esté solicitando beneficios. Si un miembro de su grupo familiar no desea proporcionar información sobre su ciudadanía o condición migratoria, él o ella no será elegible para recibir beneficios. Otros familiares o miembros del grupo familiar todavía pueden recibir beneficios si son elegibles. Usted puede solicitar y recibir beneficios para los miembros elegibles del hogar, incluso si su hogar incluye miembros que no son elegibles por su condición migratoria.
- Si lo aprueban a usted o a su grupo familiar para los beneficios del FITAP, su información se enviará automáticamente al Departamento de Salud de Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH). El LDH verá quién califica para Medicaid y le enviará una carta con más información sobre el programa Medicaid. Las personas aprobadas para los beneficios del KCSP que estén interesadas en recibir Medicaid pueden visitar el sitio web del LDH para saber cómo presentar la solicitud.

¿Por qué necesitamos su número de Seguro Social y tiene obligación de darlo?

- La recopilación de información solicitada en el formulario de solicitud, incluidos los números de Seguro Social (SSN) de los miembros del grupo familiar, es voluntaria y está autorizada de conformidad con la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, (7 U.S.C. 2011-2036), según se haya enmendado. Si no se proporciona la información requerida, incluyendo número de Seguro Social o la prueba de haber solicitado un número de Seguro Social para los miembros del hogar puede resultar en la no elegibilidad de la persona para recibir los beneficios del SNAP y la asistencia en efectivo. Usted no tendrá que proporcionar números de Seguro Social para ningún miembro del grupo familiar que no sea elegible por su condición inmigratoria y que no esté solicitando beneficios.
- Los SSN se usan para:
 - recopilar información de otras fuentes,
 - comprobar la identidad de los miembros del grupo familiar,
 - determinar si su grupo familiar es elegible, y
 - evitar que los grupos familiares obtengan más beneficios de los que tienen derecho a recibir.
- Los SSN se usan en revisiones de programas estatales y federales, auditorías y cotejo de datos por computadora con otras agencias, tales como la Comisión de Fuerza de Trabajo de Louisiana, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Ingresos Fiscales, etc., mediante el Sistema Estatal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad.
- De conformidad con la Ley de Privacidad de 1974 (P.L. 93-579), los SSN se pueden entregar por varios motivos, incluso los directamente relacionados con la administración del Programa de Cumplimiento de la Manutención de Menores.

¿Qué tipo de verificación tiene que aportar?

Verificación significa pruebas de la información que reporta. La tabla siguiente enumera la información que debe ser verificada por cada programa y los ejemplos de las pruebas que se requieren. Haga saber a su trabajador si tiene alguna pregunta sobre lo que debe proporcionar o si necesita ayuda para obtener las pruebas. Es nuestra responsabilidad ayudarle a obtener las pruebas que necesita.

Qué debe verificarse y ejemplos de pruebas	SNAP	FITAP (efectivo)	KCSP (efectivo)
Ciudadanía – certificado de nacimiento, pasaporte estadounidense, registro de nacimiento del hospital, o declaración jurada de un tercero	✓	✓	✓
Identidad: licencia de conducir, identificación (ID) del trabajo o la escuela, ID. para beneficios de salud u otro programa de servicios sociales, tarjeta de registro de votantes, talón de cheque o partida de nacimiento	✓		
Edad/Relación: partida de nacimiento, fe bautismal o registros del hospital del nacimiento de la persona que se va a incluir. Si no es su propio hijo, registros de nacimiento que prueben que el menor tiene parentesco con usted		✓	✓
Número de Seguro Social: copia de la tarjeta de Seguro Social o los documentos que recibió en el hospital, en el caso de un recién nacido. No se requiere un número del Seguro Social para ningún miembro de la familia que no reúna los requisitos debido a su situación migratoria.	✓	✓	✓
Situación de extranjero: si no es ciudadano de los EE. UU., formularios o tarjetas del USCIS que demuestren que la persona es un extranjero legal (a menos que decida no solicitar asistencia para esta persona)	✓	✓	✓
Salarios: talones de los últimos 4 cheques de pago o declaración del empleador por cada persona que trabaja	✓	✓	✓

Derechos y responsabilidades

Cuando recibe beneficios del Departamento de Saludde Louisiana, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades que se explican abajo. Conserve esta información importante para consultarla en el futuro.

¿Cuáles son sus derechos?

De conformidad con la legislación federal de derechos civiles y con los reglamentos y políticas de derechos civiles del USDA, el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan en la administración de programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, creencias políticas o represalias por actividades anteriores relacionadas con derechos civiles, en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA (no todas las bases prohibidas aplican a todos los programas). Los recursos y los plazos para presentar quejas varían según el programa o incidente. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa, o con el USDA, a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 711 (voz y TTY). Por otra parte, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación en un Programa del USDA, [AD-3027](#), disponible en línea en "[Cómo presentar una queja por discriminación en un programa](#)", en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA proporcionando en dicha carta toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o una carta al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) por: (1) Correo: USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o (2) Correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de Puede presentar una queja por derechos civiles ante el Departamento de Salud de Luisiana (LDH) completando el Formulario de Queja por Derechos Civiles. Envíe el formulario a una oficina local; por correo a: LDH Bureau of Legal Services, P.O. Box 3836, Baton Rouge, LA 70821-3836; correo electrónico: LDH.CivilRightsComplaints@la.gov ; o llame al 1-888-524-3578. Puede presentar una queja por derechos civiles ante el LDH o únicamente ante el LDH. Además, puede presentarse una queja por discriminación en un programa ante la Sección de Estabilidad Económica del LDH, enviándola por correo a: P.O. Box 260031, Baton Rouge, Louisiana, 70826; por correo electrónico a: LAHelpU@la.gov ; o llamando al 1-888-524-3578.

- Audiencia imparcial: si no está de acuerdo con alguna decisión que se tome en su caso, tiene derecho a pedir la revisión de su caso. Puede decirnos que desea una audiencia imparcial por escrito, en persona o llamando a la oficina. Tiene el 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 reclamaciones contra los beneficios de SNAP. También se puede dar información de su caso a agentes policíacos para efectos de detener personas que estén fugadas para evitar 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 (Louisiana Department of Health, LDH). El LDH 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 recibir los beneficios que esté solicitando para usted o para otras personas. También tiene que dar pruebas de la información que reporta. 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.
- Informe los cambios.

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

- Los ingresos mensuales de su grupo familiar aumentan a más del 130% del Nivel Federal de Pobreza para el tamaño de su grupo familiar. Esto incluye informar los ingresos de una persona que se muda a su casa si los ingresos de esa persona combinados con los ingresos de su grupo familiar del programa SNAP son superiores al 130% del Nivel Federal de Pobreza 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 por lotería o apuestas de \$4500 o más, ganados en un solo juego antes de 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 grupo familiar cambia en más de \$50 al mes.
 - La cantidad de los ingresos ganados de su grupo familiar cambia en más de \$100 al mes.
 - Alguien se muda a su casa o se va de su casa.
 - Usted se muda.
- FITAP o KCSP, además de los cambios arriba indicados, tiene que informar en un plazo de 10 días cualquier cambio en:
 - La asistencia escolar de cualquier persona de 18 años de edad que viva 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.ldh.louisiana.gov o comuníquese con la oficina local del Departamento de Salud de Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH).

- **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.

Penalizaciones

Si informa de modo consciente información incorrecta, sus beneficios de SNAP o asistencia en efectivo pueden denegarse, reducirse o darse por terminados, y usted puede verse sujeto a acusaciones penales.

¿Qué penalizaciones son aplicables en el programa SNAP?

Si hace lo siguiente:	La consecuencia será:
<ul style="list-style-type: none">• Esconder información o proporcionar información falsa• Vender o comerciar con los beneficios de SNAP o las tarjetas EBT• Use los beneficios del programa SNAP para comprar artículos no permitidos, incluidos alcohol, refrescos, bebidas energéticas, tabaco, alimentos calientes, dulces y cualquier alimento vendido para consumo en el lugar. Esto incluye compras en la tienda y en línea. Artículos que no son alimentos tampoco están permitidos.• Usar los beneficios de SNAP de otra persona• Pagar por las compras de alimentos a crédito con los beneficios de SNAP	<p>Perder sus beneficios de SNAP:</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 se le puede multar con hasta \$250,000 o encarcelar por hasta 20 años, o ambos.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones 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 permanente

<ul style="list-style-type: none"> • Dar información falsa sobre quién es usted 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.
---	--

¿Qué penalizaciones son aplicables en FITAP y KCSP?

Si hace lo siguiente:	La consecuencia será:
<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 	<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"> 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: <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, o ➤ en cualquier tienda minorista para comprar boletos de lotería, ➤ en cualquier tienda al por menor para la compra de joyas. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Dar 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.

Departamento de Salud de Luisiana

Solicitud de asistencia

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

Marque únicamente los programas que está solicitando:

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

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

¿Puede leer y entender inglés? Sí No

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

(Apellido)	(Nombre)	(MI)	Número de	
Calle o Ruta rural	Apt. o Lote#	Ciudad y estado	Código postal	N.º de teléfono

Dirección postal si es distinta de la anterior: _____

Certifico bajo pena de perjurio que toda la información incluida en la presente aplicación es verdadera, incluida la información correspondiente a la ciudadanía y el estado migratorio de los miembros que solicitan los beneficios.

Su firma _____

¿Qué pasa si necesita beneficios de SNAP de inmediato?

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

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

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

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

A. Háblenos de usted

Esta información se solicita exclusivamente con el propósito de determinar el cumplimiento de LDH 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.

¿Necesita una nueva tarjeta de compras de Louisiana? Sí No

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Apellido de soltera u otro nombre
--------	----------------------------	----------	-----------------------------------

Dirección postal	Apt. o lote	Ciudad	Estado postal	Código
------------------	-------------	--------	---------------	--------

Dirección de su hogar (si es distinta)	Apt. o lote	Ciudad	Estado postal	Código
--	-------------	--------	---------------	--------

()	()	()
-----	-----	-----

Número de teléfono particular	Número de teléfono celular	Número de teléfono del trabajo u otro
-------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

Número de Seguro Social	Condado de residencia
-------------------------	-----------------------

Fecha de nacimiento	Dirección de correo electrónico
---------------------	---------------------------------

Sexo:

Masculino
 Femenino

Origen étnico:

¿Hispano o latino?
 Sí No

¿Nivel de grado más alto terminado en la escuela?

**Herencia racial
(elija todas las que
correspondan):**

Estado civil:

- Casado
- Separado
- Divorciado
- Nunca se ha casado
- Viudo

- Asiático
- Blanco
- Nativo de Hawái/Islands del Pacífico
- Indígena americano/Nativo de Alaska
- Negro o afroamericano

- ¿Estudiante? Sí No
- ¿Ciudadano de los EE. UU.? Sí No
- Si no, ¿tiene documentos de inmigración? Sí No

Fecha de entrada en los EE. UU.:

¿Quisiera recibir una copia de su solicitud? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, ¿en qué formato quisiera recibir la copia de su solicitud? Papel Electrónico

¿Es usted una persona sin casa? Sí No

Una “persona sin hogar” es una persona que no tiene una residencia nocturna fija y habitual, incluyendo, entre otros, una persona que muy pronto perderá su residencia nocturna, 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 un empleado del LDH o está relacionado con un empleado del LDH? Sí No

B. Díganos 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

En caso afirmativo, háganos sobre su representante autorizado.

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

C. Háblenos de las otras personas que hay en su casa; 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 LDH 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 responde la pregunta a continuación, compartiremos lo que ingresó en esta solicitud con el Departamento de Salud de Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH) Medicaid. 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, comparta mi información con LDH Medicaid para que no necesite completar otra solicitud.

No, no comparta mi información. No necesito asistencia con solicitar Medicaid.

Miembros de la casa (introduzca el nombre)	Relación con usted (NR= Ninguna relación)	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo (M/F)	Ciudadano de los EE. UU. (Sí/No)	Nivel de ED	Estado civil	Código de raza o étnico
Apellido Nombre Inic. segundo nombre	Responda estas secciones sólo para quienes necesitan beneficios							
Raza: (Puede seleccionar más de una raza)						Origen étnico:		
AN = Nativo de Alaska WH = Blanco BL = Negro o afroamericano						Y = Hispano o latino		
AI = Indio americano AS = Asiático PI = Nativo de Hawái u otro originario de las Islas del Pacífico						N = No hispano o latino		
Nivel de educ.: señale el grado más alto completado o GED/nivel universitario								
<i>Si necesita más espacio para miembros adicionales del grupo familiar, puede escribir la información en papel común o pedir un "Formulario para miembros adicionales del grupo familiar".</i>								

D. Háblenos de su quienes viven en su hogar

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

1. ¿Usted o alguien de su hogar es un criminal fugado? Sí No
2. ¿Usted o alguien de su hogar 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 4002(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 hogar ha sido descalificado o se le 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 encinta? Sí No

Si afirmativo,
¿quién? _____

Fecha de parto: _____

7. ¿Alguien de su familia asiste a la secundaria, colegio universitario, escuela vocacional o técnica? _____
- En caso afirmativo**, complete la información siguiente para cada alumno: Sí No

a.

Nombre del alumno _____

Nombre de la escuela y
programa de estudios

¿Cuántas horas asiste a la escuela el
alumno cada semana? _____

¿Se considera de tiempo completo o de medio tiempo?

Tiempo completo Medio tiempo

b.

Nombre del alumno _____

Nombre de la escuela y
programa de estudios

¿Cuántas horas asiste a la escuela el
alumno cada semana? _____

¿Se considera de tiempo completo o de medio tiempo?

Tiempo completo Medio tiempo

8. ¿Suele comprar comida y preparar sus alimentos con
todas las personas que viven con usted? Sí No

En caso negativo, ¿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

¿**En caso
afirmativo**,

a. ¿quién? _____

b. ¿Cuándo? _____

c. ¿Qué estados? _____

10. ¿Usted o alguien de su grupo familiar tiene una
solicitud pendiente de algún beneficio que no esté
recibiendo aún? Sí No

E. Háblenos del trabajo de las personas que viven en su hogar (grupo familiar)

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

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

Complete la información siguiente para **cada persona** que trabaje para un empleador. Si alguien trabaja para más de un empleador, complete un bloque separado para cada empleador. Use papel común si necesita más espacio.

2. Persona que trabaja para un empleador

Nombre	_____	Fecha de inicio	_____
Nombre del empleador	_____	N.º de teléfono	_____
Dirección	_____		

¿Con qué frecuencia paga? Semanalmente Cada dos semanas
 Mensualmente Dos veces al mes
 Otro

¿Se le paga mediante depósito directo? Sí No

En caso afirmativo, ¿en qué banco o cooperativa de crédito? _____

En caso negativo, ¿dónde hace efectivo su cheque de pago? _____

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

N. de días trabajados por semana _____

¿Alguna vez trabaja horas extras? Sí No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____ ¿Cuántas horas? _____

¿Se ganan propinas? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Se trata de trabajo por estudio? Sí No

¿Se trata de trabajo temporal? Sí No

3. Persona que trabaja para un empleador

Nombre	_____	Fecha de inicio	_____
Nombre del empleador	_____	N.º de teléfono	_____
Dirección	_____		

¿Con qué frecuencia paga?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes
¿Se le paga mediante depósito directo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿en qué banco o cooperativa de crédito?		
En caso negativo, ¿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?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?		¿Cuántas horas?
¿Se ganan propinas?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuánto?		¿Con qué frecuencia?
¿Se trata de trabajo por estudio?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se trata de trabajo temporal?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Alguien está en huelga?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Algún miembro de su familia (incluido usted mismo) ha dejado de trabajar en los últimos 60 días?		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*Complete la información siguiente para **cada persona** que esté trabaje de manera independiente. Esto incluye pescadores, proveedores de cuidados a menores, peluqueros y personas que hacen trabajos varios, como cortar la hierba, recoger latas, etc. Use papel común si necesita más espacio.*

6. Personas que trabajan de manera independiente	
Nombre	Nombre
Tipo de negocio	Tipo de negocio
Ingresos mensuales del negocio	Ingresos mensuales del negocio
Gastos de negocios mensuales	Gastos de negocios mensuales

N.º de horas trabajadas por semana		N.º de horas trabajadas por semana
------------------------------------	--	------------------------------------

7. ¿Alguien de su grupo familiar (incluido usted) está buscando trabajo? Sí No
8. ¿Alguien de su grupo familiar es un trabajador 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 le paga a alguien de su casa por sus alimentos? Sí No

F. Infórmenos de otros ingresos

1. ¿Usted o alguien de su grupo familiar recibe dinero de una fuente que no sea el trabajo? Sí No

En caso de ser sí, marque cada tipo de ingresos.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ingresos por anualidad | <input type="checkbox"/> Inquilino o huésped |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por manutención de menores | <input type="checkbox"/> Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Aportaciones de parientes o amigos | <input type="checkbox"/> Becas/Subsidios/Préstamos escolares |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de seguro por discapacidad | <input type="checkbox"/> SSI |
| <input type="checkbox"/> Cheque para energía | <input type="checkbox"/> Manutención de cónyuge o pensión alimentaria |
| <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses | <input type="checkbox"/> Dinero tribal |
| <input type="checkbox"/> Préstamos | <input type="checkbox"/> Asignación por capacitación (WIOA) |
| <input type="checkbox"/> Adjudicación militar | <input type="checkbox"/> Ingresos por fideicomisos |
| <input type="checkbox"/> Arrendamiento petrolero/Regalías | <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo |
| <input type="checkbox"/> Beneficios ferrocarrileros | <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos |

<input type="checkbox"/> Ingresos por rentas	<input type="checkbox"/> Compensación para los trabajadores
<input type="checkbox"/> Pensión de retiro	<input type="checkbox"/> Otro

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

Nombre	Tipo de ingreso	Monto	Con qué frecuencia (semanal, mensual, etc.)	¿Espera que estos ingresos finalicen?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo?

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

4. ¿Usted o alguien de su grupo familiar recibe dinero del padre de un menor sin una 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 hogar. No informar de los gastos abajo indicados se verá como una declaración por parte de su grupo familiar de que no desean 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 hogar.

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Renta | <input type="checkbox"/> Electricidad |
| <input type="checkbox"/> Hipotecas (si está comprando) | <input type="checkbox"/> Gasolina |
| <input type="checkbox"/> Renta de lote | <input type="checkbox"/> Cloaca |
| <input type="checkbox"/> Seguro de propietario | <input type="checkbox"/> Agua |
| <input type="checkbox"/> Seguro contra inundaciones | <input type="checkbox"/> Basura |
| <input type="checkbox"/> Impuesto a la propiedad | <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	Monto	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 planea volver? Sí No

4. ¿Es alguien de su hogar responsable de pagar una factura de servicios públicos para 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?
En caso afirmativo, ¿la asistencia es por medio del Programa de Asistencia de Energía para Hogares Bajos Ingresos (LIHEAP)? Sí No
7. ¿Alguna parte de la renta que usted paga se utiliza para pagar los servicios públicos? Sí No

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? Sí No
2. **En caso afirmativo**, complete la información siguiente:

Para quién se paga	Nombre y número de teléfono de la persona a la que se le paga	Monto pagado	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)

GASTOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES

1. ¿Alguien de su casa paga manutención de menores ordenada por un tribunal? Sí No
- En caso afirmativo**, complete la información siguiente:

Quién paga	A quién le paga	Monto pagado	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)

GASTOS MÉDICOS

*Podemos permitir una deducción médica en su caso de SNAP para cada miembro del grupo familiar que tenga una discapacidad o tenga más de 59 años de edad. Se puede conceder una deducción por gastos médicos que sean **superiores a los \$35.00 al mes.***

1. ¿Hay alguien de su grupo familiar que tenga una discapacidad o tenga más de 59 años de edad? Sí No

En caso afirmativo, responda las preguntas de esta sección.

En caso negativo, pase a la sección que hace referencia a los recursos de su grupo familiar en la siguiente página.

2. ¿Esta persona tiene que pagar gastos médicos? Sí No

- a. **En caso afirmativo**, ¿desea verificar estos gastos de modo que pueda obtener una deducción médica? Sí No

- b. Marque cada gasto médico que tenga esta persona.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Facturas dentales | <input type="checkbox"/> Medicamento recetado |
| <input type="checkbox"/> Facturas de hospital | <input type="checkbox"/> Prima de Plan de medicamentos con receta |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico o Primas de Medicare | <input type="checkbox"/> Residencia de ancianos |
| <input type="checkbox"/> Aparatos médicos | <input type="checkbox"/> Otros |

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

Nombres	Tipo de gasto	Monto	Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)

<p>Los gastos de transporte médico son el dinero gastado en viajes al médico, al hospital, a la farmacia, etc. Esto incluye las millas recorridas en su propio vehículo.</p>				
<p>4. ¿Alguna persona mayor o discapacitada incluida en la página anterior tiene costos de transporte médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>				
<p>a. ¿Esta persona usa su propio vehículo o el vehículo de un miembro del grupo familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>				
<p>b. En caso afirmativo, complete la información siguiente:</p>				
Nombre de la persona	Enumere todos los lugares visitados con fines médicos (p. ej., médicos, farmacia, hospital, etc.)	N.º de millas viajadas en viaje de ida y vuelta	Número de visitas por mes	
<p>c. ¿Esta persona le paga a alguien que no sea miembro del grupo familiar para tener transporte médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>				
<p>d. En caso afirmativo, complete la información siguiente:</p>				
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 papel común.

5. ¿Se le reembolsará a usted o a cualquier otra persona de su grupo familiar por alguno de los gastos médicos que figuran arriba? Sí No
6. ¿Alguien le ayuda a pagar los gastos médicos? Sí No

H. Háblenos acerca de los recursos de su grupo familiar

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

1. Marque cada recurso abajo indicado que tenga usted o cualquier persona de su grupo familiar.
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Cheques) | <input type="checkbox"/> Cuentas de mercado de dinero |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Ahorros) | <input type="checkbox"/> Fondos de inversión |
| <input type="checkbox"/> Cuenta mancomunada | <input type="checkbox"/> Bono de ahorro |
| <input type="checkbox"/> Bonos | <input type="checkbox"/> Acciones |
| <input type="checkbox"/> Dinero en mano | |
| <input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD) | |

2. *Para cada casilla marcada arriba, complete la siguiente información.*

A nombre de quién figura el recurso	Tipo de recurso	Cuánto vale	Dónde está el recurso (incluya el nombre del banco o empresa donde se guarda el dinero, dirección de la propiedad, etc.)

3.	¿Usted o alguien en su hogar recibió un reembolso de impuestos federales en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4.	¿Usted o alguien de su hogar recibió o espera recibir una suma única de dinero?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.	¿Su nombre o el nombre de alguien de su hogar aparecen en una cuenta de banco o cooperativa de crédito con otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. En caso afirmativo , ¿qué nombres figuran en la cuenta? _____		
b. ¿Por qué este nombre está en la cuenta? _____		
c. ¿Alguien más hace depósitos en esta cuenta?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. En caso afirmativo , ¿quién y cuánto por mes? _____		
6.	¿Usted o alguien más de su grupo familiar ha vendido, intercambiado, regalado o transferido un recurso en los últimos tres meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SI ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS DE SNAP ÚNICAMENTE, PASE A LA PÁGINA 19.

**SÓLO DEBE COMPLETAR ESTA PÁGINA SI ESTÁ SOLICITANDO
FITAP OR KCSP**

FITAP or KCSP

1. ¿Está solicitando FITAP o KCSP? Sí No
En caso afirmativo, complete esta página. **En caso contrario**,
pase a la página 20.
2. ¿Usted o alguien de su hogar tiene que alejarse
de una situación de abuso? Sí No
3. ¿Las vacunas de todos los niños están al día? Sí No
Si negativo, ¿de _____ ¿Por
quién no? _____ qué? _____

AVALES

4. Complete la información siguiente para dos personas que no estén relacionadas con usted que puedan verificar la situación de su grupo familiar.

Nombre	Dirección	Número de teléfono durante el día

CUSTODIA

5. Si no es el padre o la madre de los menores por los cuales está presentando la solicitud, ¿tiene usted su custodia legal? Sí No

a **En caso afirmativo**, complete la información siguiente:

Menores de los cuales tiene la custodia	Tipo de custodia	Fecha de vigencia de la custodia

Un padre que no tiene la custodia de sus hijos es aquel que no vive en el hogar con su hijo. Háblenos de los padres que no tienen la custodia de cada menor que vive en su casa. Esto incluye tanto a la madre como al padre, si usted no es el padre de los menores. Si el padre biológico y el padre legal de un menor no son la misma persona, aporte la información solicitada de ambos padres.

6. Información del padre (o madre) que no tiene la custodia

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
--------	-------------------------	---------------------

Nombres de los niños

Relación parental (relación de los padres de los niños):

<input type="checkbox"/> Casados	<input type="checkbox"/> Viudo/a
<input type="checkbox"/> Nunca se casaron	<input type="checkbox"/> Divorciados

7. Información del padre (o madre) que no tiene la custodia

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
--------	-------------------------	---------------------

Nombres de los niños

Relación parental (relación de los padres de los niños):

<input type="checkbox"/> Casados	<input type="checkbox"/> Viudo/a
<input type="checkbox"/> Nunca se casaron	<input type="checkbox"/> Divorciados

8. Información del padre (o madre) que no tiene la custodia

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento
--------	-------------------------	---------------------

Nombres de los niños

Relación parental (relación de los padres de los niños):

<input type="checkbox"/> Casados	<input type="checkbox"/> Viudo/a
<input type="checkbox"/> Nunca se casaron	<input type="checkbox"/> Divorciados

Lea cuidadosamente y firme a continuación

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 Salud de Luisiana .

Recuerde, usted debe entregar pruebas de la información que reportó

Su firma (o marca)

Fecha de la firma

Firma (o marca) de su esposa o esposo

Fecha de la firma

Firma del padre (o de la madre) soltero menor

Fecha de la firma

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





Testigo

Testigo

Testigo

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

Firma	Relación
Firma del representante de la agencia	Fecha
Socio comunitario	ID de socio comunitario

Cómo enviar la solicitud de asistencia al Departamento de Salud de Luisiana (Louisiana Department of Health, LDH):	
 <p align="center">Subir</p> <p align="center">www.dcfhs.la.gov/CAFE</p>	 <p align="center">Correo</p> <p align="center">LDH ES Document Processing Center PO Box 260031 Baton Rouge, LA 70826-9918</p>
 <p align="center">En persona</p> <p align="center">Buscar oficina: https://ldh.la.gov/directory/category/economic-stability-parishes</p>	 <p align="center">Fax</p> <p align="center">225-663-3164</p>

¿Puede tener una entrevista por teléfono? Sí No

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

- Temprano en la mañana (7AM – 9AM)
- Cerca de mediodía (9AM – 12PM)
- Hora del almuerzo (12PM - 1PM)
- Temprano por la tarde (1PM - 3PM)
- 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 Louisiana Department of Health at 1-888-LAHELPU or 1-888-524-3578.

Voter Registration continued

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 LDH 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.



Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 08/25)

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

OFFICIAL USE ONLY: WD: _____ PCT: _____ REG. TYPE: _____ IN/OUT: _____ REG. NO. _____

Please print clearly in ink, preferably black. **Reason for Application:** New Voter Registration Updating Voter Registration

Eligibility 1. Are you a citizen of the United States of America? Yes No 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. (Please see application instructions for information regarding eligibility to register prior to age 18.)
 Will you be 18 years of age on or before election day? Yes No

Name 2. LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____
 FULL MIDDLE OR MAIDEN NAME: _____ SUFFIX (Sr., Jr., II): _____

Residence Address (Where you live and claim homestead exemption, if any)
 3. HOUSE # & STREET (NO P.O. BOX): _____ UNIT/APT #: _____ **Give Location (If Necessary)**
 CITY/TOWN: _____ STATE: LA ZIP CODE: _____

Mailing Address (If different from Residence Address)
 3. Check if no postal service at your residence address above and supply mailing address here.
 HOUSE # & STREET/P.O. BOX: _____ UNIT/APT #: _____
 CITY/TOWN: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____

Date of Birth 4. MM / DD / YYYY 5. *SSN XXX - XX - XXXX 6. Sex M F 7. Race (Optional) WHITE BLACK ASIAN HISPANIC AMERICAN INDIAN OTHER _____

Party Affiliation 8. DEMOCRAT GREEN LIBERTARIAN REPUBLICAN NO PARTY OTHER (Specify) _____ 9. **Place of Birth** CITY/TOWN: _____ STATE: _____
 PARISH/COUNTY: _____ COUNTRY: _____

Mother's Maiden Name 10. _____ 11. **Email** _____ 12. **Phone** Home: (____) _____ - _____
 Other: (____) _____ - _____

LA DL/ID Card # 13. _____ 14. **Do you need assistance in voting?** No Yes, Reason: _____
 I do not have a LA DL/ID card.

Last Residence Address 15. HOUSE # & STREET: _____ 16. **Place of Last Registration** STATE: _____ 17. **Former Registered Name, if any** _____
 CITY: _____ STATE: _____ PARISH/COUNTY: _____

Attestation and Signature (Read and sign or make your mark.) 18. I do hereby solemnly swear or attest that I am a United States citizen, that I am of eligible age to register to vote, that I have not been incarcerated pursuant to an order of imprisonment for conviction of a felony within the past five years, nor am I under an order of 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.
 Applicant Signature: _____ Date: _____

Witnesses (If your signature is a mark, you must have two witnesses sign.) 19. Witness #1 Signature: _____ Witness #1 Print Name: _____
 Witness #2 Signature: _____ Witness #2 Print Name: _____

* If you do not have a LA driver's license or LA special ID, the last four digits of your social security number are required if you have one. Full SSN is preferred but optional.
Note: 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. You may request a copy of your voter registration form at any time from the registrar of voters.

OFFICIAL USE ONLY
 New Registration Updated Registration: Address Change Name Change Party Change Change to Assistance in Voting Other
 REMARKS:
 CIRCLE ONE:
 PA MV RG SDA SS (Disability) Received by: _____ Date: _____



Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 08/25)

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** - You may choose to affiliate with the Democrat, Green, 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." If you do not complete this section or if you write "Independent," 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. **Attestation and Signature** - Read the attestation 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 attesting 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. Whenever a document required or provided for in the Louisiana Election Code is required to be witnessed, the witness shall be at least 18 years of age (R.S. 18:4(A)).

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.geauxvotes.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.geauxvotes.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.

<p>Otros ingresos, tales como aportaciones, manutención para menores, pensión alimentaria, Seguro Social, SSI, VA, cheques de jubilación, Compensación por Desempleo (UCB): cartas de adjudicación, órdenes judiciales o declaraciones de quienes hacen las aportaciones</p>	✓	✓	✓
<p>Ingresos que se suspendieron en los últimos 2 meses: hoja rosada (<i>pink slip</i>), aviso de cese o declaración del antiguo empleador, aviso de cese o declaración de la fuente de cualquier ingreso que haya terminado</p>	✓	✓	✓
<p>Gastos médicos: recibos, impresiones de las farmacias de los últimos 3 meses, recibos médicos u otros documentos que muestren los gastos médicos para los miembros del grupo familiar que estén discapacitados o tengan más de 59 años de edad</p>	✓		
<p>Pagos de manutención de menores hechos a alguien que vive fuera de su hogar: orden judicial u otros documentos legales y pruebas de que está haciendo los pagos, como serían cheques cancelados o declaraciones de retenciones salariales</p>	✓	✓	✓
<p>Vacunas: registros de vacunas, la escuela o el médico</p>		✓	✓
<p>Custodia:- orden judicial, u otros documentos legales, o la custodia provisional por mandato</p>			✓

Hogar: -prueba de quién vive en el hogar, como expedientes escolares actuales, declaración escrita del casero o el nombre y número de teléfono de dos personas (no emparentadas con usted) que conozcan su situación		✓	✓
---	--	---	---