

## Sở Y tế Louisiana Thông tin về Đơn xin trợ cấp

### **Bộ Ổn định Kinh tế Dịch Vụ Gia Đình và Trẻ em cung cấp những dịch vụ trợ giúp thuộc loại nào?**





- Chương Trình Hỗ Trợ Tạm Thời Gia Đình Độc Lập (Family Independence Temporary Assistance Program, FITAP) – Cung cấp trợ cấp tiền mặt tạm thời cho các gia đình có thu nhập thấp hội đủ điều kiện cần được hỗ trợ cho trẻ em.
- Chương trình Hỗ trợ Dinh dưỡng Bổ sung (SNAP) (trước đây là Chương trình Phiếu Thực Phẩm) - Cung cấp trợ cấp hàng tháng giúp các hộ gia đình có thu nhập thấp mua thực phẩm cần thiết để đảm bảo sức khỏe.
- Chương Trình Trợ Cấp Chăm Sóc Họ Hàng (Kinship Care Subsidy Program, KCSP) – Cung cấp trợ cấp tiền mặt cho những trẻ hội đủ điều kiện không sống cùng cha mẹ mà sống cùng họ hàng đủ tiêu chuẩn.
- Để biết thêm thông tin về các chương trình và dịch vụ hoặc các thông tin cụ thể về trường hợp của bạn, hãy gọi 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578).

### **Làm thế nào để bạn nộp đơn xin trợ cấp?**

- Điền vào Đơn xin trợ cấp, mẫu OFS 4APP.
- Đơn xin tài trợ có thể được hoàn thành trực tuyến và nộp điện tử tại [www.dcss.la.gov/CAFE](http://www.dcss.la.gov/CAFE).
- Quý vị cũng có thể nộp đơn trực tuyến hoặc lấy đơn đăng ký bản giấy tại một trong những cơ quan đối tác cộng đồng tại địa phương của quý vị hoặc văn phòng LDH.
- Gửi lại mẫu đơn đã điền hoàn chỉnh tại văn phòng LDH quận/địa phương bất kỳ, nếu bạn điền vào mẫu đơn giấy.
- Có thể dùng một mẫu đơn để nộp đơn xin trợ cấp các chương trình FITAP, SNAP và KCSP.
- Bạn có thể nộp đơn riêng cho chương trình SNAP. Cho dù bạn nộp đơn xin trợ cấp SNAP (mẫu đơn giấy hay trực tuyến) chung với một chương trình khác hay riêng rẽ, đơn xin trợ cấp SNAP của bạn sẽ được xử lý theo cùng các thủ tục về SNAP, bao gồm các yêu cầu về thời hạn, thông báo và điều trần công bằng.
- Nếu bạn nộp đơn xin trợ cấp SNAP cùng với một chương trình khác và bị từ chối trợ cấp từ chương trình kia, bạn không cần phải nộp đơn khác để xin trợ cấp SNAP. Bạn có thể sẽ không bị từ chối trợ cấp SNAP chỉ vì bạn không đủ điều kiện nhận trợ cấp từ chương trình kia.
- Chúng tôi sẽ xác định tư cách đủ điều kiện của bạn cho tất cả các chương trình mà bạn nộp đơn xin trợ cấp.

- Bạn cần phải tham dự phỏng vấn nếu bạn nộp đơn xin trợ cấp FITAP, SNAP, hoặc KCSP. Bạn có thể yêu cầu một cuộc phỏng vấn trực tiếp.
- Bạn cần phải cung cấp xác minh cho văn phòng LDH tại địa phương/quận nơi bạn nộp đơn. Việc xác minh được giải thích dưới đây.

### Cách nộp Đơn xin hỗ trợ tới Bộ Y tế (LDH):

 Tải lên  <a href="http://www.ldh.la.gov/CAFE">www.ldh.la.gov/CAFE</a>	 Thư  LDH ES Trung tâm Xử lý Tài liệu (Document Processing Center) PO Box 260031 Baton Rouge, LA 70826-9918	 In Person  Tìm văn phòng: <a href="http://www.ldh.louisiana.gov/directory">www.ldh.louisiana.gov/directory</a>	 Fax  225-663-3164
--	---	---	---

#### Bạn có cần giúp điền mẫu đơn?

- Bạn có thể yêu cầu một người nào đó giúp bạn điền vào mẫu đơn, hoặc
- Quý vị có thể nhờ nhân viên giúp quý vị điền đơn đăng ký trong buổi phỏng vấn.

#### Điều gì xảy ra sau khi chúng tôi nhận được mẫu đơn của bạn?

- Bạn sẽ được chỉ định một nhân viên phụ trách hồ sơ của bạn.
- Bạn sẽ được phỏng vấn, nếu bạn đang xin FITAP, SNAP, hoặc KCSP. Bạn có thể nhận được thư hẹn phỏng vấn qua điện thoại. Quý vị có thể yêu cầu phỏng vấn trực tiếp thay vì phỏng vấn qua điện thoại.
- Bạn sẽ nhận được một danh sách những phần yêu cầu xác minh.
- Nhân viên phụ trách hồ sơ của bạn sẽ xác định tư cách đủ điều kiện của bạn trong vòng 30 ngày kể từ ngày nộp đơn.

- Nếu bạn nộp đơn cho FITAP, bạn có thể phải tham gia vào Chương trình Chiến lược để Trao quyền cho Nhân lực (STEP). Chương trình STEP cung cấp cơ hội cho các gia đình hội đủ điều kiện về công việc để nhận trợ cấp FITAP được đào tạo nghề, việc làm và dịch vụ hỗ trợ để giúp họ tự nuôi thân.

### **Chúng tôi sẽ làm gì với những thông tin mà bạn cung cấp?**

- Thông tin bạn cung cấp cho chúng tôi trên mẫu đơn của bạn sẽ được xác nhận bởi các văn phòng liên bang, tiểu bang và địa phương bao gồm cả quy trình đối chiếu chéo với các cơ quan khác. Nhân viên của cơ quan chúng tôi có thể liên hệ với những người khác để xác minh tư cách đủ điều kiện nhận trợ cấp của bạn.
- Tình trạng người nước ngoài của các thành viên hộ gia đình có thể được xác minh thông qua Sở Công dân và Nhập cư Hoa Kỳ (USCIS) và có thể ảnh hưởng đến tư cách hội đủ điều kiện và số tiền được trợ cấp.
- Bạn sẽ không cần phải cung cấp thông tin và tài liệu về tình trạng nhập cư, tài liệu cho bất kỳ thành viên nào không đủ điều kiện vì tình trạng nhập cư và những người không xin trợ cấp. Nếu một thành viên trong gia đình không muốn cung cấp thông tin về quốc tịch của mình hay tình trạng nhập cư, họ sẽ không đủ điều kiện nhận trợ cấp. Các thành viên gia đình hoặc hộ gia đình khác vẫn có thể nhận được trợ cấp, nếu họ đủ điều kiện. Bạn có thể nộp đơn và nhận trợ cấp cho các thành viên hộ gia đình đủ điều kiện ngay cả khi gia đình bạn bao gồm các thành viên khác không đủ điều kiện vì tình trạng nhập cư.
- Nếu quý vị hoặc hộ gia đình của quý vị được phê duyệt nhận phúc lợi của Chương Trình Hỗ Trợ Tạm Thời cho Gia Đình Độc Lập (FITAP), thông tin của quý vị sẽ tự động được gửi tới Sở Y Tế Louisiana (LDH). LDH sẽ xác định những người đủ tiêu chuẩn nhận Medicaid và gửi cho quý vị một lá thư, trong đó trình bày thêm thông tin về chương trình Medicaid. Những người được phê duyệt nhận phúc lợi của Chương Trình Trợ Cấp Chăm Sóc Hộ Hàng (KCSP) có quan tâm đến việc nhận Medicaid có thể truy cập trang web của LDH để tìm hiểu cách nộp đơn đăng ký.

### **Tại sao chúng tôi cần Số An Sinh Xã Hội của bạn và bạn có cần phải cung cấp thông tin này không?**

- Việc thu thập các thông tin yêu cầu trên mẫu đơn, kể cả số An Sinh Xã Hội (SSNs) của các thành viên hộ gia đình, là tự nguyện và được phép theo Đạo luật Thực phẩm và Dinh dưỡng năm 2008, (7 U.S.C 2011-2036), được sửa đổi. Việc không cung cấp thông tin cần thiết bao gồm

cả SSN hoặc bằng chứng bạn đã nộp đơn xin cấp số an sinh xã hội cho các thành viên hộ gia đình có thể dẫn đến việc người đó không đủ điều kiện nhận trợ cấp SNAP và hỗ trợ tiền mặt. Bạn sẽ không phải cung cấp số an sinh xã hội đối với bất kỳ thành viên hộ gia đình nào không đủ điều kiện vì tình trạng nhập cư và người không xin trợ cấp.

- SSNs được sử dụng để:
  - thu thập thông tin từ các nguồn khác,
  - kiểm tra danh tính của các thành viên hộ gia đình,
  - xác định xem hộ gia đình của bạn có đủ điều kiện, và
  - ngăn chặn các hộ gia đình nhận trợ cấp hơn mức họ được quyền nhận.
- SSNs được sử dụng trong việc xem xét, kiểm tra của tiểu bang và liên bang và đối chiếu thông tin trên máy tính với các cơ quan khác như Ủy ban Lực lượng Lao động Louisiana (Louisiana Workforce Commission), Cơ quan Quản lý An Sinh Xã Hội (Social Security Administration), Sở thuế vụ (Internal Revenue Service), v.v..., thông qua Hệ thống Xác minh Thu nhập và Tư cách hội đủ điều kiện của Tiểu bang.
- Theo Đạo luật về Quyền riêng tư năm 1974 (PL 93-579), SSNs có thể sẽ được công bố vì nhiều lý do bao gồm cả những lý do được kết nối trực tiếp đến việc quản lý của Chương trình Thực thi Hỗ trợ Trẻ em.

### **Bạn cần phải cung cấp loại xác minh nào?**

Xác minh có nghĩa là bằng chứng về thông tin mà bạn báo cáo. Bảng sau liệt kê các thông tin phải được xác nhận qua từng chương trình và các ví dụ về các bằng chứng yêu cầu. Hãy cho nhân viên phụ trách hồ sơ của bạn biết nếu bạn có thắc mắc về những gì bạn phải cung cấp hoặc nếu bạn cần trợ giúp trong việc có được bằng chứng. Trách nhiệm của chúng tôi là giúp bạn có được những bằng chứng mà bạn cần.

Những thông tin nào phải được xác minh và ví dụ về bằng chứng	SNAP	FITAP (Tiền mặt)	KCSP (Tiền mặt)
<b>Quyền công dân</b> – giấy khai sinh, hộ chiếu Hoa Kỳ, hồ sơ khai sinh tại bệnh viện, hoặc bản tuyên thệ của bên thứ ba	✓	✓	✓
<b>Nhận dạng</b> - bằng lái xe, ID làm việc hoặc trường học, ID cho các phúc lợi y tế hoặc một chương trình dịch vụ xã hội khác, thẻ đăng ký cử tri, cuống séc, hoặc giấy khai sinh	✓		
<b>Tuổi / Mối quan hệ</b> - Giấy khai sinh, giấy chứng nhận rửa tội, hoặc hồ sơ khai sinh của bệnh viện cho người được bao gồm trong đơn xin trợ cấp. Nếu không phải là con của bạn, cần có hồ sơ khai sinh để chứng minh mối quan hệ của đứa trẻ đối với bạn		✓	✓
<b>Số an sinh xã hội</b> - bản sao của thẻ an sinh xã hội hoặc các giấy tờ mà bạn nhận được tại bệnh viện cho trẻ sơ sinh. Không cần số An Sinh Xã Hội đối với những thành viên trong hộ gia đình không hội đủ điều kiện do tình trạng di trú.	✓	✓	✓
<b>Tình trạng người nước ngoài</b> - nếu không phải là công dân Hoa Kỳ, cần cung cấp biểu mẫu hoặc thẻ từ USCIS chứng minh tình trạng người nước ngoài cư trú hợp pháp (trừ khi bạn chọn không nộp đơn cho người này)	✓	✓	✓
<b>Tiền lương</b> - 4 cuống séc tiền lương sau cùng hoặc tờ trình của chủ lao động cho mỗi người có đi làm	✓	✓	✓
<b>Tự doanh</b> – tờ khai thuế, hồ sơ bán hàng, hồ sơ thuế hàng quý, hồ sơ tiền lương cá nhân	✓	✓	✓
<b>Các khoản thu nhập khác như đóng góp, hỗ trợ nuôi con, tiền cấp dưỡng, an sinh xã hội, SSI, VA, séc lương hưu, tiền bồi thường thất nghiệp (UCB)</b> – thư tiền thưởng, lệnh tòa án, tờ trình từ những người đóng góp	✓	✓	✓
<b>Thu nhập đã ngừng nhận trong 2 tháng cuối</b> – phiếu màu hồng, thông báo cho thôi việc, hoặc tờ	✓	✓	✓

trình từ chủ lao động cũ, thông báo cho thôi việc hoặc tờ trình từ nguồn của bất kỳ thu nhập nào đã ngừng nhận			
<b>Chi phí y tế</b> - biên lai, bản in của nhà thuốc cho 3 tháng cuối, hóa đơn bác sĩ hoặc các giấy tờ khác cho thấy chi phí y tế cho các thành viên hộ gia đình là người tàn tật hoặc trên 59 tuổi	✓		
<b>Các khoản thanh toán hỗ trợ nuôi con cho một ai đó ở bên ngoài nhà của bạn</b> - lệnh của tòa án hoặc giấy tờ và bằng chứng hợp pháp khác cho thấy bạn đang thực hiện thanh toán như: séc bị hủy bỏ hoặc tờ trình về việc giữ lại tiền lương	✓	✓	✓
<b>Tiêm chủng</b> – hồ sơ tiêm chủng, hồ sơ trường học, hoặc hồ sơ bác sĩ		✓	✓
<b>Nuôi giữ</b> – lệnh tòa án, các giấy tờ pháp lý khác, hoặc lưu ký tạm thời theo chỉ thị.			✓
<b>Nhà ở</b> - bằng chứng của những người sống trong nhà như: hồ sơ trường hiện tại, tờ trình bằng văn bản của chủ nhà hoặc tên và số điện thoại của hai người (không liên quan đến bạn), biết tình hình của bạn		✓	✓

## Quyền và Trách nhiệm

Khi nhận trợ cấp từ Sở Y tế Louisiana, bạn có một số quyền và trách nhiệm nhất định được giải thích dưới đây. Vui lòng giữ lại thông tin quan trọng này để tham khảo sau này.

### Quyền của bạn là gì?

Theo luật dân quyền liên bang và các quy định, chính sách về dân quyền của Bộ Nông nghiệp Hoa Kỳ (USDA), tổ chức này bị cấm phân biệt đối xử trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính (gồm bản dạng giới và khuynh hướng tính dục), tín ngưỡng tôn giáo, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, niềm tin chính trị, trả thù hoặc trả đũa đối với hoạt động dân quyền trước đây.

Thông tin về chương trình có thể sử dụng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh. Nếu là người khuyết tật cần sử dụng phương tiện giao tiếp khác để tiếp cận thông tin chương trình (ví dụ: chữ nổi Braille, chữ in cỡ lớn, băng ghi âm, Ngôn ngữ Ký hiệu Hoa Kỳ), cá nhân đó cần liên lạc với cơ quan (cấp tiểu bang hoặc cấp địa phương) nơi họ đăng ký hưởng lợi. Cá nhân

là người điếc, người giảm thính lực hoặc có khuyết tật ngôn ngữ có thể liên hệ với USDA qua Dịch vụ Tiếp âm Liên bang theo số (800) 877-8339.

Để nộp đơn khiếu nại về hành vi phân biệt đối xử trong chương trình, Người khiếu nại cần điền Biểu mẫu AD3027, Biểu mẫu của USDA về khiếu nại phân biệt đối xử trong chương trình có tại địa chỉ:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, tại bất kỳ văn phòng USDA nào, qua số (833) 620-1071 hoặc qua thư gửi đến USDA. Trong thư phải có tên, địa chỉ và số điện thoại của người khiếu nại cùng với văn bản mô tả đủ chi tiết về hành vi bị cáo buộc là phân biệt đối xử nhằm thông báo cho Văn phòng Phó Thư Ký về Dân quyền (ASCRAssistant Secretary for Civil Rights) về tính chất và thời gian xảy ra hành vi bị cáo buộc vi phạm dân quyền. Thư hoặc Biểu mẫu AD-3027 hoàn thành phải được gửi đến địa chỉ: 1. gửi thư: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; hoặc, 2. fax: (833) 256-1665 hoặc (202) 690-7442; hoặc, 3. email: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Tổ chức này là một đơn vị cung cấp cơ hội bình đẳng.

Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại vi phạm dân quyền cho Sở Y Tế Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH) bằng cách hoàn tất Đơn Khiếu Nại Vi Phạm Dân Quyền. Nộp đơn đến văn phòng tại địa phương; gửi qua đường bưu điện đến địa chỉ LDH Bureau of Legal Services, P.O. Box 3836, Baton Rouge, LA 70821-3836; email [LDH.CivilRightsComplaints@la.gov](mailto:LDH.CivilRightsComplaints@la.gov); hoặc gọi 1-888-524-3578. Quý vị có thể nộp đơn khiếu nại vi phạm dân quyền cho LDH và USDA hoặc chỉ nộp cho LDH. Ngoài ra, quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại chương trình với LDH/Bộ Phận Ổn Định Kinh Tế, bằng cách gửi qua đường bưu điện đến địa chỉ P.O. Box 260031, Baton Rouge, Louisiana, 70826, bằng cách gửi email đến [LAHelpU@La.gov](mailto:LAHelpU@La.gov), hoặc bằng cách gọi 1-888-524-3578.

- Điều trần công bằng - Nếu bạn không đồng ý với bất kỳ quyết định nào về trường hợp của bạn, bạn có quyền yêu cầu được xem xét lại trường hợp của bạn. Bạn có thể cho chúng tôi biết rằng bạn muốn có một phiên điều trần công bằng văn bản, trực tiếp, hoặc bằng cách gọi đến văn phòng này. Bạn có quyền xem xét hồ sơ trường hợp của bạn trước phiên điều trần.

- **Bảo mật** - Tất cả các thông tin bạn cung cấp cho chúng tôi được bảo mật. Điều này có nghĩa rằng chúng tôi không thể cung cấp thông tin về trường hợp của bạn cho người khác ngoại trừ trong điều kiện đặc biệt. Ví dụ về những điều kiện ngoại trừ bao gồm việc xem xét chính thức của các cơ quan Liên bang, Tiểu bang và các cơ quan thu thập thông tin tư nhân cho việc thu thập các khiếu nại về trợ cấp SNAP. Thông tin từ hồ sơ của bạn cũng có thể được cung cấp cho các quan chức thực thi pháp luật nhằm mục đích bắt người chạy trốn để tránh thi hành pháp luật và điều tra của một vụ vi phạm hình sự hoặc quản chế/phóng thích có điều kiện
- **Đăng Ký Cử Tri** - Nếu quý vị chưa đăng ký bầu cử tại nơi quý vị đang sinh sống, quý vị có thể cho biết rằng quý vị muốn nộp đơn đăng ký bầu cử trên Đăng Ký Nhận Hỗ Trợ. Vui lòng lưu ý rằng các thông tin quý vị cung cấp cho cơ quan này sẽ được bảo mật và chỉ được sử dụng cho các mục đích đăng ký cử tri. Việc nộp đơn đăng ký hay từ chối đăng ký bầu cử sẽ không ảnh hưởng đến khoản trợ cấp hoặc các dịch vụ mà quý vị có thể nhận được từ Sở Y tế Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH). LDH sẽ hỗ trợ quý vị hoàn tất Đơn Đăng Ký Cử Tri Louisiana trừ khi quý vị từ chối việc nhận hỗ trợ. Quý vị có thể tự điền biểu mẫu đăng ký.

### **Trách nhiệm của bạn là gì?**

- Bạn phải hợp tác bằng cách cung cấp thông tin chúng tôi cần để xác định tư cách đủ điều kiện nhận trợ cấp cho bạn và những người khác mà bạn đang nộp đơn cho họ. Bạn cũng phải cung cấp bằng chứng về thông tin mà bạn đã báo cáo. Nếu hồ sơ của bạn được chuyên viên duyệt xét của tiểu bang hoặc liên bang chọn để đánh giá quản lý chất lượng, bạn phải hợp tác với họ.
- Báo cáo thay đổi –

Nếu quý vị nhận các phúc lợi SNAP, quý vị phải báo cáo nếu:

- Thu nhập hàng tháng của hộ gia đình quý vị tăng lên trên 130% Mức Nghèo Đói Liên Bang cho quy mô hộ gia đình của quý vị. Điều này bao gồm báo cáo thu nhập của một người chuyển đến nhà của quý vị nếu thu nhập của người đó kết hợp với thu nhập của hộ gia đình SNAP của quý vị ở trên 130% Mức Nghèo Đói Liên Bang cho hộ gia đình của quý vị.

- Hộ gia đình của quý vị có một Người trưởng thành khỏe mạnh không có người phụ thuộc (ABAWD), quý vị phải báo cáo thay đổi về số giờ làm việc hoặc đào tạo của ABAWD là đối tượng chịu giới hạn thời gian theo SNAP nếu thay đổi dẫn đến việc ABAWD làm việc hoặc tham gia đào tạo trung bình dưới 20 giờ một tuần hoặc dưới 80 giờ một tháng.
- Hộ gia đình quý vị nhận được tiền thưởng xổ số hoặc thắng bạc có giá trị từ \$4,500 trở lên trước thuế hoặc các khoản khấu trừ khác trong một lần chơi duy nhất.

Phải báo cáo những thay đổi này trước ngày mùng 10 của tháng sau tháng xảy ra thay đổi.

Ngoài ra, nếu quý vị đang nhận:

- FITAP - Bạn cần phải:
  - Thực hiện theo các yêu cầu báo cáo giải thích trong Thỏa thuận Thành công Gia đình và báo cáo những thay đổi này trong thời hạn 10 ngày kể từ ngày bạn biết về thay đổi đó.
  - Báo cáo trong vòng 10 ngày nếu trẻ em đủ điều kiện duy nhất nhận được trợ cấp FITAP di chuyển ra khỏi nhà của bạn.
- KCSP - Bạn phải báo cáo trong vòng 10 ngày nếu trẻ em đủ điều kiện duy nhất nhận được trợ cấp KCSP di chuyển ra khỏi nhà của bạn.

Nếu bạn **không** nhận trợ cấp SNAP, **và được** nhận:

- FITAP hoặc KCSP - Bạn phải báo cáo trong vòng 10 ngày, nếu:
  - Có sự thay đổi về bất kỳ nguồn thu nhập nào nhận được trong hộ gia đình của bạn. Điều này bao gồm các thay đổi về chủ sở hữu lao động và các nguồn thu nhập mới như trợ cấp nuôi con, an sinh xã hội, SSI, vv
  - Số tiền không kiếm được trong thu nhập hộ gia đình của bạn thay đổi hơn \$50 mỗi tháng.
  - Số tiền kiếm được trong thu nhập hộ gia đình của bạn thay đổi nhiều hơn \$100 mỗi tháng.
  - Có người chuyển vào hoặc ra khỏi hộ gia đình của bạn.
  - Bạn chuyển đến nơi khác sinh sống.
- FITAP hoặc KCSP - Ngoài các thay đổi được liệt kê ở trên, bạn phải báo cáo trong vòng 10 ngày bất kỳ thay đổi nào về:
  - Việc đi học của bất kỳ thành viên nào 18 tuổi trong gia đình bạn.
  - Tình trạng hôn nhân của bất cứ ai trong gia đình của bạn.

## Thông Tin Về Các Dịch Vụ Không Liên Quan Đến Tiền Mặt

Hộ gia đình quý vị có thể được quyền nhận các dịch vụ do TANF/MOE tài trợ không liên quan đến tiền mặt sau đây. Để biết thêm thông tin, vui lòng truy cập trang web của chúng tôi tại [www.ldh.louisiana.gov](http://www.ldh.louisiana.gov) hoặc liên hệ với Văn Phòng LDH tại địa phương của quý vị.

- **Chương Trình Jobs for America's Graduates LA (JAGS-LA)** - Giúp học sinh đang đi học (từ 12 đến 21 tuổi) có nguy cơ thất bại tiếp tục đến trường, những người phải đối mặt với ít nhất hai rào cản để thành công, bao gồm các rào cản liên quan đến kinh tế, học tập, cá nhân, môi trường hoặc công việc; hỗ trợ thanh thiếu niên không đi học cần theo học chương trình giáo dục trung học phổ thông; cung cấp lộ trình để đạt được thành tích học tập; và hỗ trợ học sinh nhận được chứng chỉ được công nhận, giúp học sinh có thể rời trường học và theo học chương trình sau trung học và/hoặc tham gia vào lực lượng lao động.
- **Chương Trình Hợp Tác Điều Dưỡng Gia Đình** - Phục vụ những người sắp làm mẹ lần đầu tiên, có thu nhập thấp, mang thai chưa quá 28 tuần bằng cách cung cấp dịch vụ thăm khám điều dưỡng tại nhà vào giai đoạn đầu của thai kỳ và tiếp tục cho đến hết hai năm đầu đời của trẻ.
- **Những Người Biện Hộ Đặc Biệt Do Tòa Án Chỉ Định (CASA)** - Tăng cường sự ổn định của gia đình bằng cách tạo điều kiện liên kết giữa trẻ/gia đình cụ thể với các nguồn lực/hệ thống cộng đồng thông qua những người biện hộ được đào tạo, có trình độ và được giám sát, những người sẽ cung cấp thông tin liên lạc chuyên môn, đưa đón cần thiết, thu thập thông tin hiệu quả và kỹ lưỡng, cũng như các dịch vụ khác được xác định trong cá nhân một trường hợp.
- **Chương Trình Tòa Án Về Chất Gây Nghiện** - Kết hợp cả điều trị và giáo dục với khả năng của một thẩm phán giám sát để trao các ưu đãi và chế tài dựa trên kết quả của khách hàng trong khi điều trị. Điều trị dựa vào cộng đồng và những người tham gia phiên tòa về chất gây nghiện được yêu cầu phải gặp thẩm phán thường xuyên để xem xét tiến độ.

- **Các lựa chọn thay thế cho phá thai** - Cung cấp các dịch vụ can thiệp bao gồm can thiệp khủng hoảng, tư vấn, hướng dẫn, dịch vụ hỗ trợ và thông tin chăm sóc trước khi sinh, ngoài các thông tin và việc giới thiệu liên quan đến việc sinh con, nhận con nuôi và nuôi dạy con cái khỏe mạnh để giúp đảm bảo thai kỳ khỏe mạnh và đủ tháng như một biện pháp thay thế cho phá thai.
- **Chương trình Mầm non Công lập LA 4** - Cung cấp giáo dục mầm non chất lượng cao cho trẻ 4 tuổi có thu nhập thấp đang theo học tại các khu học chánh và các Trường công đặc cách.

### Hình phạt

Nếu bạn cố ý báo cáo thông tin sai lệch, lợi ích SNAP hoặc trợ cấp tiền mặt có thể bị từ chối, cắt giảm hoặc chấm dứt và bạn có thể bị truy cứu hình sự.

### Những hình phạt nào được áp dụng trong SNAP?

Nếu bạn làm như sau:	Bạn sẽ:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Che giấu thông tin hoặc cung cấp thông tin sai</li> <li>• Trao đổi hoặc bán trợ cấp SNAP hoặc thẻ EBT</li> <li>• Sử dụng quyền lợi thuộc Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) để mua các mặt hàng không đủ điều kiện, bao gồm rượu bia, nước ngọt, nước tăng lực, thuốc lá, thức ăn nóng, kẹo và bất kỳ thực phẩm nào được bán để ăn tại chỗ. Điều này bao gồm cả mua hàng tại cửa hàng và mua hàng trực tuyến. Các mặt hàng không phải thực phẩm cũng không được phép.</li> <li>• Sử dụng trợ cấp SNAP của</li> </ul>	<p>Mất trợ cấp SNAP trong:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 năm đối với vi phạm lần đầu</li> <li>• 2 năm đối với vi phạm lần thứ hai</li> <li>• Vĩnh viễn đối với vi phạm lần thứ ba</li> </ul> <p>Bạn cũng có thể bị phạt lên đến \$250,000 hoặc bị phạt tù tới 20 năm hoặc nhận cả hai hình phạt.</p>

<p>người khác</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trả tiền cho thực phẩm mua chịu bằng trợ cấp SNAP</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trao đổi trợ cấp SNAP để lấy các loại ma túy bất hợp pháp</li> </ul>	<p>Bạn sẽ mất trợ cấp SNAP trong:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 năm đối với vi phạm lần đầu</li> <li>• Vĩnh viễn đối với vi phạm lần thứ hai</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trao đổi SNAP để đổi lấy vũ khí, đạn dược, chất nổ</li> <li>• Trao đổi, mua, hoặc bán trợ cấp SNAP với số tiền \$500 hoặc nhiều hơn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mất trợ cấp SNAP vĩnh viễn</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cung cấp thông tin sai về nhân thân của bạn hoặc nơi bạn sinh sống để nhận được trợ cấp cho nhiều trường hợp cùng một lúc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mất trợ cấp SNAP đến 10 năm</li> </ul>

### **Những hình phạt nào được áp dụng trong FITAP và KCSP?**

<p><b>Nếu bạn làm như sau:</b></p>	<p><b>Bạn sẽ:</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Che giấu thông tin hoặc cung cấp thông tin sai</li> </ul>	<p>Mất trợ cấp của bạn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 năm đối với lần vi phạm lần đầu</li> <li>• 2 năm đối với lần vi phạm lần thứ hai</li> <li>• Vĩnh viễn đối với vi phạm lần thứ ba</li> </ul>

	<p>Bạn có thể bị phạt tiền tới \$50,000 hoặc bị phạt tù lên tới 20 năm hoặc nhận cả hai hình phạt.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dùng thẻ EBT của bạn: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ở cửa hàng bia rượu,</li> <li>➢ ở sòng bạc hoặc cơ sở đánh bạc,</li> <li>➢ ở cơ sở nhỏ lẻ cung cấp các dịch vụ giải trí người lớn trong đó những người biểu diễn thoát y hoặc biểu diễn trong tình trạng khỏa thân cho mục đích tiêu khiển,</li> <li>➢ tại bất kỳ cửa hàng sách người lớn, cửa hàng đồ dùng người lớn hoặc doanh nghiệp có khuynh hướng tình dục nào,</li> <li>➢ tại bất kỳ cơ sở xâm mình, xô khuyên hoặc nghệ thuật cơ thể mang tính thương mại nào,</li> <li>➢ tại bất kỳ tiệm làm móng nào,</li> <li>➢ tại bất kỳ cửa hàng trang sức nào,</li> <li>➢ tại bất kỳ cửa hàng trò chơi hoặc giải trí nào,</li> <li>➢ tại bất kỳ công ty thể chấp nào,</li> <li>➢ tại bất kỳ hộp đêm, quán bar, quán rượu hoặc saloon nào,</li> <li>➢ trên bất kỳ du thuyền nào,</li> <li>➢ tại bất kỳ cơ sở tâm linh nào; hoặc</li> <li>➢ tại bất kỳ cơ sở nào mà không cho phép người dưới 18 tuổi, hoặc</li> <li>➢ tại máy ATM ở bất kỳ cơ sở</li> </ul> </li> </ul>	<p>Mất trợ cấp của bạn trong:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1 năm đối với vi phạm lần đầu</li> <li>● 2 năm đối với vi phạm lần thứ hai</li> <li>● Vĩnh viễn đối với vi phạm lần thứ ba</li> </ul>

<p>nào ở trên.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dùng thẻ EBT của bạn: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ tại bất kỳ cửa hàng bán lẻ nào để mua thức uống có cồn,</li> <li>➢ tại bất kỳ cửa hàng bán lẻ nào để mua thuốc lá, hoặc</li> <li>➢ tại bất kỳ cửa hàng bán lẻ nào để mua vé số,</li> <li>➢ tại bất cứ nhà bán lẻ nào để mua trang sức.</li> </ul> </li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cung cấp thông tin sai về nơi bạn sinh sống để nhận được trợ cấp tại hai hoặc nhiều tiểu bang cùng một lúc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mất trợ cấp của bạn trong 10 năm</li> </ul>



## SỞ Y TẾ Louisiana Đơn Xin Trợ Cấp

Có cần thẻ **EBT** không?  Có  Không

**Chỉ** đánh dấu các chương trình mà quý vị đang nộp đơn xin:

- Chương Trình Trợ Cấp Tạm Thời cho Gia Đình Sống Tự Túc (Family Independence Temporary Assistance Program – FITAP)
- Chương Trình Trợ Cấp Chăm Sóc Kinship (Kinship Care Subsidy Program - KCSP)
- Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP)(trước đây là Chương trình Phiếu Thực Phẩm)

Quý vị có thể bắt đầu nộp đơn xin và thiết lập ngày nộp đơn xin của quý vị bằng cách điền tên, địa chỉ và chữ ký của quý vị ở dưới và nộp mẫu đơn này cho chúng tôi ngay hôm nay. Chúng tôi có thể giải quyết đơn xin của quý vị nhanh hơn nếu quý vị cho chúng tôi biết số điện thoại nơi có thể liên lạc với quý vị vào ban ngày và **cung cấp một bản sao giấy căn cước có hình hoặc bằng chứng khác về danh tánh.**

Quý vị có đọc và hiểu được tiếng Anh không?  Có  Không

**Nếu không**, quý vị có thể đọc và hiểu ngôn ngữ nào? \_\_\_\_\_

(Họ)	(Tên)	(Tên Đệm)	Số An Sinh Xã Hội	
Địa Chỉ Số Nhà hoặc Đường Nông Thôn	Căn Hộ hoặc Lô Đất Số	Thành Phố và Tiểu Bang	Mã Zip	Số Điện Thoại

Địa Chỉ Bưu Tín nếu khác với địa chỉ ở trên: \_\_\_\_\_

Dựa trên hình phạt về tội khai man, tôi chứng nhận tính xác thực của thông tin trong đơn đăng ký này, bao gồm thông tin về quyền công dân và tình trạng ngoại kiều của những thành viên nộp đơn xin trợ cấp.

Chữ Ký Của Quý Vị \_\_\_\_\_

## Nếu quý vị cần trợ cấp SNAP ngay thì sao?

Chúng tôi có thể có được trợ cấp SNAP cho quý vị trong vòng 7 ngày kể từ ngày quý vị nộp đơn xin nếu quý vị hội đủ điều kiện. Quý vị có thể hội đủ điều kiện nếu:

- Tổng số tiền mà quý vị nhận được hoặc dự kiến sẽ nhận được trong tháng này chưa tới \$150 và quý vị có \$100 hoặc ít hơn tài sản có thể luân chuyển, ví dụ như tiền mặt, trương mục tiết kiệm hoặc chi phiếu; hoặc
- Tiền thuê nhà/tiền vay thế chấp mua nhà của gia đình quý vị và chi phí dịch vụ điện nước là cao hơn tổng thu nhập và các nguồn tài sản của quý vị; hoặc
- Hộ gia đình quý vị có nhân viên làm việc tại nông trại theo thời vụ hoặc di dân.

## Nếu bất kỳ câu nào nói trên phù hợp với hộ gia đình quý vị, vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây:

1. Tổng số tiền mà hộ gia đình quý vị sẽ nhận được trong tháng này là bao nhiêu? Tính tất cả các nguồn ví dụ như thu nhập từ công việc, các khoản tiền đóng góp, An Sinh Xã Hội, SSI, VA, v.v... \$ \_\_\_\_\_
2. Hộ gia đình quý vị có bao nhiêu tiền trong tài sản luân chuyển? Kể cả tiền mặt có sẵn, trương mục chi phiếu, trương mục tiết kiệm, v.v... \_\_\_\_\_
3. Mức giá thuê nhà hoặc tiền vay thế chấp mua nhà hàng tháng của hộ gia đình quý vị là bao nhiêu? \$ \_\_\_\_\_
4. Quý vị có trả chi phí dịch vụ điện nước không, ví dụ như điện, khí đốt, nước, v.v...?  Có  Không
5. Quý vị có trả chi phí dịch vụ sưởi ấm hoặc máy điều hòa không khí không?  Có  Không
6. Quý vị có trả chi phí điện thoại không?  Có  Không
7. Trong gia đình quý vị có ai làm việc theo thời vụ tại các nông trại hoặc di dân không?  Có  Không

## A. Thông Tin Về Quý Vị

Thông tin này được yêu cầu chỉ nhằm mục đích xác định LDH tuân thủ luật dân quyền của Liên bang. Phản hồi của bạn sẽ không ảnh hưởng đến việc xem xét đơn đăng ký của bạn và có thể được bảo vệ bởi Đạo luật quyền riêng tư. Thông tin đang được thu thập để đảm bảo rằng các lợi ích của chương trình được phân phối bất kể chủng tộc, màu da hoặc nguồn gốc quốc gia.

Quý vị có cần Thẻ Mua Hàng Louisiana mới không?  Có  Không

Tên	Tên Đệm Viết Tắt	Họ	Tên Trước Khi Lập Gia Đình hoặc Tên Khác
-----	---------------------	----	--

Địa Chỉ Bưu Tín	Số Căn Hộ/Lô Đất	Thành Phố	Tiểu Bang Zip	Mã
-----------------	---------------------	--------------	------------------	----

Địa Chỉ Nhà (Nếu khác với địa chỉ bưu tín)	Số Căn Hộ/Lô Đất	Thành Phố	Tiểu Bang Zip	Mã
---	---------------------	--------------	------------------	----

( )

( )

( )

Số Điện Thoại Nhà

Số Điện Thoại Di  
Động

Số Điện Thoại tại Sở  
Làm hoặc Số Điện  
Thoại Khác

Số An Sinh Xã Hội

Thị xã cư ngụ

Ngày Tháng Năm  
Sinh

Địa Chỉ Thư Điện Tử

**Phái Tính:** Nam  Nữ**Sắc Tộc:** Người Gốc Sắc  
Tộc Nói Tiếng Tây Ban  
Nha/La-tinh?  
 Có  KhôngTrình độ học vấn cao  
nhất?**Tình Trạng Hôn  
Nhân:** Đã Lập Gia  
Đình  
 Ly Thân  
 Ly Dị  
 Chưa Bao Giờ  
Kết Hôn  
 Góa Bụa**Nguồn Gốc Sắc Tộc  
(đánh dấu vào tất cả  
các ô thích hợp):** Người Á Châu  
 Người Da Trắng  
 Thổ Dân  
Hawaii/Thổ Dân Đảo  
Thái Bình Dương  
 Thổ Dân Châu Mỹ  
Da Đỏ/ Thổ Dân Alaska  
 Da Đen hoặc  
Người Mỹ Gốc Phi  
Châu

Hiện đang đi học?

 Có  Không

Công Dân Hoa Kỳ?

 Có  KhôngNếu không, quý vị có  
giấy tờ di trú không? Có  KhôngNgày nhập cảnh vào Hoa  
Kỳ:

Quý vị có muốn một bản sao đơn đăng ký của quý vị không?

 Có  KhôngNếu có, quý vị muốn nhận bản sao đơn đăng ký của mình bằng định  
dạng nào?  Giấy  Điện tửQuý vị đang vô gia cư?  Có  Không

"Người vô gia cư" là người không có nơi cư trú cố định và ổn định vào ban đêm, bao gồm nhưng không giới hạn ở người sắp mất nơi cư trú vào ban đêm hoặc người có nơi cư trú vào ban đêm chính là:

- (1) Nơi trú ẩn được giám sát để ở tạm, chẳng hạn như nơi ở cho người nhận phúc lợi, nơi trú ẩn khẩn cấp, nơi trú ẩn tạm thời hoặc nơi trú ẩn tập thể;
- (2) Nhà ở cho người mới được trả tự do hoặc cơ sở tương tự cung cấp nơi ở tạm thời cho cá nhân được dự định đưa vào cơ sở;
- (3) Nơi ở tạm không quá 90 ngày tại nhà của người khác; hoặc
- (4) Một nơi không được thiết kế để ngủ thường xuyên như ô tô, công viên, không gian công cộng, tòa nhà bỏ hoang, nhà ở dưới tiêu chuẩn, trạm xe buýt hoặc xe lửa, hoặc các địa điểm tương tự.

Quý vị là nhân viên LDH, hay quý vị có liên quan đến nhân viên LDH?

 Có  Không

## **B. Cho Chúng Tôi Biết Nếu Quý Vị Có Người Đại Diện Được Ủy Quyền**

*Người Đại Diện Được Ủy Quyền là người mà quý vị cho phép chúng tôi nói chuyện về trợ cấp SNAP. Quý vị có thể nêu tên ai đó, tuy nhiên việc này là không bắt buộc.*

Quý vị có muốn có một Đại Diện Được Ủy Quyền không?  Có  Không

**Nếu có**, hãy cho chúng tôi biết Người Đại Diện Được Ủy Quyền của quý vị.

Tên của Người Đại Diện Được Ủy Quyền \_\_\_\_\_ ( )  
Số Điện Thoại \_\_\_\_\_  
Quan hệ với người nộp đơn

Địa                      Thành                      Tiểu Bang                      Mã Zip  
Chỉ                      Phố

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

Liệt kê tất cả những người sống trong hộ gia đình của bạn, ngay cả khi bạn không đăng ký cho họ. Thông tin này được yêu cầu chỉ nhằm mục đích xác định LDH tuân thủ luật dân quyền của Liên bang. Phản hồi của bạn sẽ không ảnh hưởng đến việc xem xét đơn đăng ký của bạn và có thể được bảo vệ bởi Đạo luật quyền riêng tư. Thông tin đang được thu thập để đảm bảo rằng các lợi ích của chương trình được phân phối bất kể chủng tộc, màu da hoặc nguồn gốc quốc gia.

Đừng bỏ lỡ Bảo Hiểm Y Tế Miễn Phí. Nếu trả lời câu hỏi dưới đây, quý vị đồng ý để chúng tôi chia sẻ thông tin trong đơn đăng ký này với chương trình Medicaid do Sở Y tế Louisiana (Louisiana Department of Health, LDH) quản lý. LDH sẽ đăng ký bất cứ ai đủ điều kiện và gửi cho [quý vị](#) một lá thư với nhiều thông tin về chương trình Medicaid. Trẻ em và người lớn (dưới 65 tuổi mà không có Medicare) có thể hội đủ điều kiện.

### **XIN TRẢ LỜI CÂU HỎI DƯỚI ĐÂY.**

Có, vui lòng chia sẻ thông tin của tôi với chương trình Medicaid do LDH quản lý để tôi không phải điền thêm đơn đăng ký nào khác.

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

Các Thành Viên Trong Gia Đình (Ghi Tên)	Mối liên hệ với quý vị (NR= Không Có Quan Hệ Ruột Thịt)	Ngày Tháng Năm Sinh	Số An Sinh Xã Hội	Phái Tính (Nam/Nữ)	Công Dân Hoa Kỳ? (Có/Không)	Trình Độ Học Vấn *	Tình Trạng Hộ Nhân	Mã Số Chứng Tộc /Sắc Tộc **
Họ Tên Tên Đệm Viết Tắt	Chỉ điền những mục này cho những ai cần trợ cấp							
<b>**Sắc Tộc:</b> (Quý vị có thể chọn nhiều sắc tộc)					<b>**Chủng Tộc:</b>			
<b>AN</b> = Thổ Dân Alaska <b>WH</b> = Da Trắng <b>BL</b> = Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu					<b>Y</b> = Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh			
<b>AI</b> = Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ <b>AS</b> = Á Châu <b>PI</b> = Thổ Dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương khác					<b>N</b> = Không Phải là Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh			
<b>*Trình Độ Học Vấn:</b> Trình độ học vấn cao nhất hoặc GED/đại học								
<i>Nếu cần thêm chỗ để ghi tên các thành viên khác trong gia đình, quý vị có thể ghi thông tin này trong một tờ giấy trắng hoặc đề nghị cung cấp tờ "Mẫu Đơn Dành Cho Các Thành Viên Gia Đình Khác".</i>								

#### D. Những Thông Tin về Hộ Gia Đình Của Quý Vị

Vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây cho bản thân quý vị và tất cả những người khác trong gia đình quý vị.

1. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có phải là người phạm trọng tội bỏ trốn không?  Có  Không
2. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có vi phạm lệnh tha bổng có quản chế hoặc tha bổng có điều kiện không?  Có  Không
3. Bạn hoặc bất cứ ai trong hộ gia đình bạn đã bị kết án là người lớn phạm trọng tội xảy ra sau ngày 7 tháng 2 năm 2014, vì một trong những tội sau đây chưa?  Có  Không  
Lạm dụng tình dục nghiêm trọng theo mục 2241 của title 18, U.S.C.; Giết người theo mục 1111 của title 18, U.S.C.; Lạm dụng tình dục trẻ em và lạm dụng trẻ em khác theo chương 110 của title 18, U.S.C.; Hành vi phạm tội của Liên bang hoặc Tiểu bang liên quan đến tấn công tình dục, như được định nghĩa trong mục 40002(a) của Đạo luật Bạo hành Phụ nữ năm 1994 (42 U.S.C. 13925(a)); Hành vi phạm tội theo luật Tiểu bang được Tổng Chương lý xác định là tương tự như một hành vi phạm tội nêu trên.  
Nếu có thì  
là ai? \_\_\_\_\_  
Người này có tuân thủ các điều khoản trong hình phạt của họ không?  Có  Không
4. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị không hội đủ điều kiện hoặc có trợ cấp bị giảm bớt hoặc chấm dứt do vi phạm các nội quy của SNAP, FITAP, KCSP, hoặc SSI không?  Có  Không
5. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có khuyết tật không?  Có  Không
6. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có đang mang thai không?  Có  Không

**Nếu có,**  
đó là ai? \_\_\_\_\_

Ngày  
sinh nở: \_\_\_\_\_

Có

7. Trong gia đình quý vị có ai đi học trung học, cao đẳng, đại học hoặc trường kỹ thuật dạy nghề không? **Nếu có**, xin điền phần sau đây cho mỗi người hiện đang đi học:
- a. \_\_\_\_\_
- |                  |                                    |
|------------------|------------------------------------|
| Tên của Học Sinh | Tên của Trường và Chương Trình học |
|------------------|------------------------------------|
- Học sinh đó đi học bao nhiêu giờ mỗi tuần? \_\_\_\_\_
- Trường hợp này được coi là toàn thời gian hay bán thời gian?
- Toàn Thời Gian  Bán Thời Gian
- b. \_\_\_\_\_
- |                  |                                    |
|------------------|------------------------------------|
| Tên của Học Sinh | Tên của Trường và Chương Trình học |
|------------------|------------------------------------|
- Học sinh đó đi học bao nhiêu giờ mỗi tuần? \_\_\_\_\_
- Trường hợp này được coi là toàn thời gian hay bán thời gian?
- Toàn Thời Gian  Bán Thời Gian
8. Quý vị có thường mua thực phẩm và nấu ăn cùng với tất cả mọi người sống chung với quý vị không?  Có  Không
- Nếu không**, ai mua và nấu ăn riêng? \_\_\_\_\_
9. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có nhận được trợ cấp tiền mặt hoặc trợ cấp SNAP từ tiểu bang khác không?  Có  Không
- Nếu có**,
- a. đó là ai? \_\_\_\_\_
- b. Khi nào? \_\_\_\_\_
- Tiểu bang \_\_\_\_\_
- c. nào? \_\_\_\_\_
10. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có đơn xin đang chờ giải quyết cho bất kỳ khoản trợ cấp nào mà quý vị vẫn chưa được nhận không?  Có  Không

## E. Công Việc Của Gia Đình Quý Vị

Cho chúng tôi biết bất kỳ số tiền số tiền nào hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị nhận được do đi làm, trong đó bao gồm cả công việc toàn thời gian, bán thời gian, tạm thời hoặc công việc theo thời vụ, tự kinh doanh, huấn luyện, tiền lương dự bị quân đội hoặc vừa học vừa làm. Trong đó bao gồm cả số tiền nhận được từ lương bổng, tiền thưởng công hoặc tiền hoa hồng.

1. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị hiện có đi làm không?  Có  Không

Điền thông tin sau đây cho **mỗi người** làm việc cho một hãng sở nào đó. Nếu bất kỳ ai làm việc cho hơn một hãng sở, vui lòng điền một ô riêng cho mỗi hãng sở. Dùng giấy trắng nếu quý vị cần thêm chỗ để viết.

### 2. Người Làm Việc Cho Một Hãng Sở

Tên	Ngày		
n _____	Bắt Đầu _____		
Tên của	Số Điện		
Hãng Sở _____	Thoại _____		
Địa			
Chỉ _____			
Trả lương thường xuyên như thế nào?	<input type="checkbox"/> Hàng tuần	<input type="checkbox"/> Hai tuần một lần	<input type="checkbox"/> Hai lần một tháng
	<input type="checkbox"/> Hàng tháng	<input type="checkbox"/> Cách khác	
Có được nhận khoản đền bù không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____	Mức lương theo giờ _____		
Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____			
Quý vị có bao giờ làm việc ngoài giờ không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	
<b>Nếu có</b> , thường xuyên như thế nào? _____	Bao nhiêu giờ? _____		
Có kiếm được tiền thưởng công không?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	

<b>Nếu có</b> , bao nhiêu? _____	Thường xuyên như thế nào? _____
Đây có phải là Công Trình Nghiên Cứu không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<b>3. Người Làm Việc Cho Một Hãng Sở</b>	
Tên n _____	Ngày Bắt Đầu _____
Tên của Hãng Sở _____	Số Điện Thoại _____
Địa Chỉ _____	
Trả lương thường xuyên như thế nào?	<input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Hai lần một tháng
	<input type="checkbox"/> Hàng tháng <input type="checkbox"/> Cách khác _____
Có được nhận khoản đền bù không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____	Mức lương theo giờ _____
Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____	
Quý vị có bao giờ làm việc ngoài giờ không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<b>Nếu có</b> , thường xuyên như thế nào? _____	Bao nhiêu giờ? _____
Có kiếm được tiền thường công không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<b>Nếu có</b> , bao nhiêu? _____	Thường xuyên như thế nào? _____
Đây có phải là Công Trình Nghiên Cứu không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
4. Có ai đang tham gia đình công không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
5. Có bất kỳ người nào trong hộ gia đình quý vị (bao gồm cả quý vị) ngừng làm việc trong 60 ngày qua không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Điền thông tin sau đây cho **mỗi người** tự kinh doanh. Bao gồm cả các ngư dân đánh cá, những người cung cấp dịch vụ giữ trẻ, thợ cắt tóc và những người làm các công việc đặc biệt như cắt cỏ, nhặt lon, v.v... sử dụng giấy trắng nếu quý vị cần thêm chỗ để viết.

#### 6. Những Người Tự Kinh Doanh

Tên	Tên
Hình thức kinh doanh	Hình thức kinh doanh
Lợi Tức Kinh Doanh Hàng Tháng	Lợi Tức Kinh Doanh Hàng Tháng
Chi Phí Kinh Doanh Hàng Tháng	Chi Phí Kinh Doanh Hàng Tháng
Số giờ làm việc trong mỗi một tuần	Số giờ làm việc trong mỗi một tuần

7. Trong gia đình của quý vị có ai (kể cả quý vị) đang tìm việc không?  Có  Không
8. Trong gia đình quý vị có ai làm việc theo thời vụ tại các nông trại hoặc di dân không?  Có  Không
9. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có thuê phòng không?  Có  Không
10. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình của quý vị trả tiền người khác trong nhà của quý vị cho các bữa ăn?  Có  Không

#### F. Thông Tin Về Nguồn Lợi Tức Khác

1. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có nguồn tiền khác không phải do đi làm mà có không  
 Có  Không **Nếu có**, đánh dấu vào mỗi dạng lợi tức.
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lợi Tức Niên Kim                      | <input type="checkbox"/> Người Ăn Ở Trọ                             |
| <input type="checkbox"/> Lợi Tức Chu Cấp Nuôi Con              | <input type="checkbox"/> An Sinh Xã Hội                             |
| <input type="checkbox"/> Các Khoản Đóng Góp Từ Gia Đình/Bạn Bè | <input type="checkbox"/> Các Khoản Học Bổng/Trợ Cấp/Tiền Vay Đi Học |
| <input type="checkbox"/> Tiền Bảo Hiểm Khuyết Tật              | <input type="checkbox"/> SSI  |
| <input type="checkbox"/> Ngân Phiếu Trợ Cấp Năng LƯỢNG         | <input type="checkbox"/> Tiền Cấp Dưỡng Cho Vợ/Chồng Đã Ly Dị       |

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lợi Tức Từ Lãi Xuất                            | <input type="checkbox"/> Tiền Của Bộ Tộc           |
| <input type="checkbox"/> Các Khoản Vay                                  | <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Huấn Luyện (WIOA) |
| <input type="checkbox"/> Định Mức Trợ Cấp Quân Đội                      | <input type="checkbox"/> Lợi Tức Tín Thác          |
| <input type="checkbox"/> Tiền Tác Quyền/Hợp Đồng Cho Thuê Khai Thác Dầu | <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Thất Nghiệp       |
| <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Ngành Hỏa Xa                           | <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Cựu Chiến Binh    |
| <input type="checkbox"/> Lợi Tức Từ Cho Thuê Nhà                        | <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Tai Nạn Lao Động |
| <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Hưu Trí                                | <input type="checkbox"/> Các Khoản Khác            |

2. *Đối với mỗi ô đánh dấu trong Phần 1 của mục này ở trang 5, vui lòng điền các thông tin sau đây. Ghi bất kỳ khoản tiền nào mà quý vị dự kiến sẽ nhận được trong 30 ngày tới.*

Tên	Dạng Lợi Tức	Số Tiền	Mức Độ Thường Xuyên (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)	Quý Vị Có Biết Trước Là Khoản Lợi Tức Này Sẽ Ngừng Không
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <b>Nếu có, khi nào?</b>
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <b>Nếu có, khi nào?</b>
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <b>Nếu có, khi nào?</b>

				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> <b>Không</b> <b>Nếu có, khi</b> <b>nào?</b>
--	--	--	--	---

3. Có ai được tòa án yêu cầu trả tiền chu cấp nuôi con cho quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
4. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có nhận được tiền từ cha/mẹ của một trẻ không phải trả tiền theo lệnh tòa không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

**G. Các Khoản Chi Phí Của Quý Vị**

*Để được nhận trợ cấp ở mức tối đa có thể được, quý vị cần cho chúng tôi biết các khoản chi phí của gia đình quý vị và bằng chứng. Nếu không báo cáo bất kỳ khoản chi phí nào ghi dưới đây, coi như gia đình quý vị xác nhận rằng quý vị không muốn nhận một khoản khấu trừ cho chi phí không được báo cáo đó.*

**CÁC KHOẢN CHI PHÍ GIA CƯ**

1. Đánh dấu vào mỗi dạng chi phí mà quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình của quý vị có.	<input type="checkbox"/> Tiền Thuê Nhà <input type="checkbox"/> Vay Thế Chấp Mua Nhà (nếu mua nhà) <input type="checkbox"/> Thuê Lô Đất <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Gia Cư <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Lũ Lụt <input type="checkbox"/> Thuế Bất Động Sản <input type="checkbox"/> Lệ Phí Chung Cư	<input type="checkbox"/> Điện <input type="checkbox"/> Khí Đốt <input type="checkbox"/> Dịch Vụ Thoát Nước <input type="checkbox"/> Nước <input type="checkbox"/> Rác <input type="checkbox"/> Điện Thoại <input type="checkbox"/> Các Khoản Khác
--	---	---

2. *Đối với mỗi ô đánh dấu trong Phần 1 của mục này, vui lòng điền các thông tin sau đây*

Dạng Chi Phí Gia Cư	Tên và Số Điện Thoại của Người hoặc Công Ty Nhận Tiền	Số Tiền Trả	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)
---------------------	---	-------------	---


3. Quý vị có trả chi phí nhà ở mà quý vị không còn sống ở đó nhưng có kế hoạch quay trở lại không?  Có  Không
4. Hộ gia đình của quý vị có phải trả một hóa đơn tiện ích để sử dụng lò sưởi hoặc điều hòa không khí không?  Có  Không
5. Có bất kỳ ai giúp quý vị trang trải các khoản chi phí gia cư không?  Có  Không
6. Quý vị có được nhận trợ cấp năng lượng không?  Có  Không
- Nếu có**, có phải là quý vị nhận khoản trợ cấp này qua Chương Trình Trợ Giúp Năng Lượng Gia Cư Dành Cho Những Người Có Lợi Tức Thấp (LIHEAP) không?  Có  Không
7. Bất kỳ khoản tiền thuê nào mà quý vị trả được sử dụng để thanh toán tiện ích không?  Có  Không

### CHI PHÍ CHĂM SÓC NGƯỜI PHỤ THUỘC

1. Quý vị hoặc người trong hộ gia đình quý vị có trả tiền cho ai đó để chăm sóc trẻ, hoặc người cao tuổi hay người khuyết tật để quý vị hoặc thành viên trong hộ gia đình có thể đi làm, đi học nghề hoặc đi học, hay tìm việc không?  Có  Không
2. **Nếu có**, điền thông tin sau đây.

Trả Cho Ai	Tên Và Số Điện Thoại Của Người Được Trả Thù Lao	Số Tiền Trả	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)

## CHI PHÍ CHU CẤP NUÔI CON

1. Trong gia đình quý vị có ai phải trả tiền chu cấp nuôi con theo lệnh tòa không?  Có  Không  
**Nếu có**, điền thông tin sau đây.

Ai Trả	Trả Cho Ai	Số Tiền Trả	Mức Độ Thường Xuyên Trả (Hàng Tuần, Hàng Tháng, v.v...)

## CHI PHÍ Y TẾ

*Chúng tôi có thể cho phép khấu trừ một khoản chi phí y tế trong hồ sơ trợ cấp SNAP của quý vị cho mỗi thành viên trong gia đình có tình trạng khuyết tật hoặc đã trên 59 tuổi. Có thể được khấu trừ cho các khoản chi phí y tế vượt quá \$35.00 một tháng.*

1. Trong gia đình quý vị có ai bị khuyết tật hoặc đã trên 59 tuổi không?  Có  Không

**Nếu có**, trả lời các câu hỏi trong mục này.

**Nếu không**, bỏ qua tới phần các Nguồn Hộ gia đình ở trang tiếp theo.

2. Người này có phải trả các khoản chi phí y tế không?  Có  Không

a **Nếu có**, quý vị có muốn xác minh các khoản chi phí này để được khấu trừ chi phí y tế không?  Có  Không

b Đánh dấu mỗi khoản chi phí y tế của người này.

Hóa Đơn Dịch Vụ Nha

Khoa

Thuốc Kê Toa

Hóa Đơn Bệnh Biện Bảo Hiểm Sức Khỏe

Phí Bảo Hiểm Chương Trình

Hoặc Các Khoản Phí Bảo Hiểm Medicare

Thuốc Kê Toa

Cơ Sở Điều Dưỡng

Phương Tiện Máy Móc  
 Y Tế

## H. Hãy Cho Chúng Tôi Biết Về Các Nguồn Tài Sản Của Gia Đình Quý Vị

Các nguồn tài sản gồm có tiền mặt, tiền trong ngân hàng, Giấy Chứng Nhận Ký Thác, cổ phiếu và trái phiếu. Các nguồn tài sản không bao gồm tài sản cá nhân như nữ trang, đồ gỗ, máy móc điện, hoặc quần áo.

1. Đánh dấu mỗi tài sản ghi dưới đây mà quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có.
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trương Mục Ngân Hàng/Nghiệp Đoàn Tín Dụng (Chi Phiếu) | <input type="checkbox"/> Trương Mục Đầu Tư Trên Thị Trường Tiền Tệ |
| <input type="checkbox"/> Trương Mục Ngân Hàng/Nghiệp Đoàn Tín Dụng (Tiết Kiệm) | <input type="checkbox"/> Quỹ Hỗ Tương                              |
| <input type="checkbox"/> Trương Mục Kết Hợp                                    | <input type="checkbox"/> Trái Phiếu Tiết Kiệm                      |
| <input type="checkbox"/> Trái Phiếu  | <input type="checkbox"/> Cổ Phiếu                                  |
| <input type="checkbox"/> Tiền Mặt Có Sẵn Chứng Nhận Ký Thác                    |  |
| <input type="checkbox"/> (CD)  |  |

2. Đối với mỗi ô đánh dấu ở trên, vui lòng điền các thông tin sau đây.

Nguồn Tài Sản Đó Đứng Tên Ai	Dạng Tài Sản	Giá Trị Của Tài Sản	Tài Sản Đó Ở Đâu (Cho Biết Tên Của Ngân Hàng Hoặc Công Ty, Nơi Giữ Tiền, Địa Chỉ của Căn Nhà/Lô Đất, v.v...)

3. Quý vị hoặc bất cứ ai trong gia đình của quý vị nhận được một khoản hoàn lại thuế liên bang trong vòng 12 tháng qua không?  Có  Không

4.

<p>Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có nhận được hoặc quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có biết trước là sẽ nhận được một khoản tiền trả một lần không?</p>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Không
<p>5. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có đứng tên trong trương mục ngân hàng/nghiệp đoàn tín dụng nào đó với người khác không?</p>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Không
<p>a <b>Nếu có</b>, ai đứng tên trong trương mục đó?</p>	
<p>b Tại sao người này lại đứng tên trong trương mục?</p>	
<p>c Có một người khác ký thác tiền vào tài khoản này không?</p>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Không
<p>d Nếu có, ai và bao nhiêu một tháng?</p>	
<p>6. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có bán, đổi, cho hoặc chuyển nhượng một nguồn tài sản nào đó trong ba tháng vừa qua không?</p>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Không

**NẾU QUÝ VỊ CHỈ NỘP ĐƠN XIN TRỢ CẤP SNAP, BỎ QUA TỚI TRANG 16.**

**CHỈ ĐIỀN TRANG NÀY NẾU QUÝ VỊ ĐANG XIN TRỢ CẤP FITAP HOẶC KCSP**

<b>FITAP hoặc KCSP</b>	
<p>1 Có phải là quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp FITAP hoặc KCSP không?  <b>Nếu có</b>, hãy điền trang này. <b>Nếu không</b>, bỏ qua tới trang 19.</p>	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

- 2 Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có cần phải thoát khỏi hoàn cảnh bị ngược đãi hoặc lạm dụng không?  Có  Không
- 3 Tất cả các trẻ em có được chích ngừa đầy đủ không?  Có  Không
- Nếu không, đó là ai?** \_\_\_\_\_
- Tại sao?** \_\_\_\_\_

### TÀI SẢN THẾ CHẤP

- 4 Vui lòng điền thông tin sau đây cho hai người không có quan hệ ruột thịt với quý vị và có thể xác minh hoàn cảnh gia đình quý vị.

Tên	Địa Chỉ	Số Điện Thoại Liên Lạc Vào Ban Ngày

### QUYỀN GIÁM HỘ

- 5 Nếu quý vị không phải là cha (mẹ) của (những) trẻ mà quý vị đang nộp đơn xin trợ cấp, quý vị có quyền giám hộ hợp pháp không?  Có  Không
- a **Nếu có**, điền thông tin sau đây.

Những Trẻ Mà Quý Vị Có Quyền Giám Hộ	Dạng Giám Hộ	Ngày Bắt Đầu Được Giám Hộ

*Cha/mẹ không có quyền giám hộ là người cha/mẹ không chung sống cùng với con mình. Hãy cho chúng tôi biết về cha/mẹ không có quyền giám hộ của mỗi trẻ sinh sống trong nhà quý vị. Điều này bao gồm cả cha và mẹ nếu quý vị không phải là cha/mẹ của (những) trẻ đó. Nếu cha đẻ hoặc cha hợp pháp của một trẻ không phải là một người, hãy cung cấp thông tin được yêu cầu cho cả hai người.*

### 6. Thông Tin Về Cha/Mẹ Không Có Quyền Giám Hộ

Tên	Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh

Tên của Trẻ		
Mối quan hệ của cha mẹ (Mối quan hệ của cha mẹ trẻ)	<input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Không bao giờ kết hôn	<input type="checkbox"/> góa bụa <input type="checkbox"/> ly dị
<b>7. Thông Tin Về Cha/Mẹ Không Có Quyền Giám Hộ</b>		
Tên	Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh
Tên của Trẻ		
Mối quan hệ của cha mẹ (Mối quan hệ của cha mẹ trẻ)	<input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Không bao giờ kết hôn	<input type="checkbox"/> góa bụa <input type="checkbox"/> ly dị
<b>8. Thông Tin Về Cha/Mẹ Không Có Quyền Giám Hộ</b>		
Tên	Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh
Tên của Trẻ		
Mối quan hệ của cha mẹ (Mối quan hệ của cha mẹ trẻ)	<input type="checkbox"/> Kết hôn <input type="checkbox"/> Không bao giờ kết hôn	<input type="checkbox"/> góa bụa <input type="checkbox"/> ly dị

### Vui Lòng Đọc Kỹ Và Ký Tên Ở Dưới

Tôi xác nhận theo hình phạt khai man rằng những thông tin tôi đã cung cấp trong đơn này là đúng, đầy đủ và chính xác theo toàn bộ sự hiểu biết của tôi, bao gồm thông tin tôi đã cung cấp liên quan đến việc kết án trọng tội về một số tội phạm nhất định và tình trạng di trú hoặc công dân Hoa Kỳ của tất cả các thành viên trong hộ gia đình. Tôi hiểu rằng tôi và bất kỳ thành viên trưởng thành nào trong hộ gia đình sẽ bị loại và bị truy tố và sẽ được yêu cầu hoàn trả lại các phúc lợi mà chúng tôi không đủ điều kiện nếu chúng tôi cố tình cung cấp thông tin sai, không chính xác hoặc không đầy đủ để được nhận hoặc cố gắng nhận hỗ trợ tài chính hoặc trợ cấp thực phẩm. Khi ký

---

đơn này, tôi cho phép bất kỳ người hoặc cơ quan nào hiểu được về hoàn cảnh của tôi tiết lộ thông tin cho Sở Y Tế Louisiana và Trẻ em.

**Xin nhớ rằng quý vị phải nộp bằng chứng về thông tin mà quý vị báo cáo trong mẫu đơn xin này và xác minh danh tính của quý vị.**

---

Chữ Ký của Quý Vị (hoặc ký dấu)

---

Ngày Ký

---

Chữ ký (hoặc ký dấu) của vợ hoặc chồng của quý vị

---

Ngày Ký

---

Chữ Ký của Cha/Mẹ Chưa Kết Hôn và Đang Ở Tuổi Vị Thành Niên

---

Ngày Ký

**Nếu quý vị, hoặc vợ hoặc chồng của quý vị ký bằng cách đánh dấu “X”, hãy yêu cầu hai người làm chứng việc đánh dấu đó, nếu đương đơn bị mù, hãy yêu cầu ba người làm chứng.**

---

Người Làm Chứng

---

Người Làm Chứng

---

Người Làm Chứng

**Chữ Ký của Người Giúp Quý Vị Điền Mẫu Đơn Này và Mối Liên Hệ Của Người Đó với Quý Vị**

---

Chữ Ký

---

Mối Liên Hệ





---

Chữ Ký của Người Đại Diện Cơ Quan

---

Ngày

**Cách nộp Đơn Đăng Ký Xin Hỗ Trợ đến Louisiana Department of Health (LDH, Sở Y Tế Louisiana):**

 <p><b>Tải lên</b></p> <p><a href="http://www.dcfcs.la.gov/CAFE">www.dcfcs.la.gov/CAFE</a></p>	 <p><b>Gửi qua thư</b></p> <p>LDH ES                  Trung Tâm Xử Lý Giấy Tờ                  (Document Processing Center)                  PO Box 260031                  Baton Rouge, LA 70826-9918</p>
 <p><b>Đưa trực tiếp</b></p> <p>Tìm văn phòng:  <a href="https://ldh.la.gov/directory/category/economic-stability-parishes">https://ldh.la.gov/directory/category/economic-stability-parishes</a></p>	 <p><b>Fax</b></p> <p>225-663-3164</p>

Quý vị có thể hoàn tất cuộc phỏng vấn qua điện thoại không?

Có  Không

Thời gian tốt nhất để gọi cho quý vị trong các ngày trong tuần là gì?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sáng sớm (7AM -9AM)      | <input type="checkbox"/> Chào buổi sang (9AM – 12PM) |
| <input type="checkbox"/> Giờ ăn trưa (12PM – 1PM) | <input type="checkbox"/> Đầu giờ chiều (1PM - 3PM)   |
|   | <input type="checkbox"/> Cuối Giờ Chiều (3PM – 5PM)  |

**THIS PAGE IS INTENTIONALLY BLANK**

## 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.

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.**

---

<b>Signature or Mark</b>	<b>Name Typed or Printed</b>	<b>Date</b>
--------------------------	------------------------------	-------------

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  
 Will you be 18 years of age on or before election day?     Yes     No  
If you checked 'No' in response to either of these questions, do not complete this form. You are not eligible to vote at this time. (Please see application instructions for information regarding eligibility to register prior to age 18.)

**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  
 I do not have a LA DL/ID card,     Yes, Reason: \_\_\_\_\_

**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 imprisonment for a felony offense of election fraud or other election offense pursuant to R.S. 18:1461,2, that I am not currently under a judgment of full interdiction or limited interdiction where my right to vote has been suspended, that I am a bona fide resident of this state and parish, and that the facts given by me on this application are true to the best of my knowledge and belief. If I have provided false information, I may be subject to a fine of not more than \$2,000 (\$5,000 for subsequent offense) or imprisonment for not more than 2 years (5 years for subsequent offense), or both.  
 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.geauxvote.com](http://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](http://www.geauxvote.com) and you may register online before the 20<sup>th</sup> day prior to the election. Please call your registrar of voters if you do not receive your voter information card two weeks after registering.