

## Thông Báo Hết Hạn

ID Hồ sơ: \_\_\_\_\_  
Ngày: \_\_\_\_\_

Kính gửi \_\_\_\_\_:

Đã đến hạn xem xét điều kiện hợp lệ của quý vị đối với \_\_\_\_\_. Nếu không nộp đơn đăng ký lại trước ngày hết hạn, quý vị sẽ không được nhận phúc lợi từ tháng \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. **Quý vị phải hoàn tất đơn đăng ký tiếp tục hỗ trợ (Tái xác định) để người phụ trách hồ sơ có thể xác định xem quý vị còn đủ điều kiện hưởng phúc lợi hay không. Sau khi nhận được đơn đăng ký của quý vị, chúng tôi sẽ lên lịch hẹn phỏng vấn.**

Để tránh trì hoãn trong việc nhận phúc lợi, có thể quý vị bắt đầu điền đơn đăng ký trực tuyến trước ngày \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Nếu đơn đăng ký của quý vị được gửi trực tuyến hoặc được gửi đến trước ngày hết hạn là \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, thì phúc lợi của quý vị có thể tiếp tục mà không bị gián đoạn trong trường hợp quý vị được phỏng vấn và cung cấp tất cả thông tin xác minh được yêu cầu trước ngày cuối cùng của tháng.

Nếu đơn đăng ký của quý vị chưa được gửi trực tuyến hoặc chưa được gửi đến trước ngày \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hoặc nếu quý vị không được phỏng vấn, thì trường hợp của quý vị sẽ chấm dứt và quý vị sẽ phải nộp đơn đăng ký lại.

Quý vị phải được phỏng vấn, \_\_\_\_\_. Nếu cần phỏng vấn và quý vị không hoàn thành cuộc phỏng vấn kịp thời, các phúc lợi sẽ bị trì hoãn hoặc từ chối. Quý vị có trách nhiệm đặt lịch lại nếu lỡ buổi phỏng vấn và có trách nhiệm cung cấp thông tin xác minh được yêu cầu.

Quý vị có thể hoàn tất đơn đăng ký tái xác định thông qua Internet tại [www.dcfsl.a.gov/CAFE](http://www.dcfsl.a.gov/CAFE). Nếu quý vị không thể truy cập Internet, quý vị có thể điền đơn đăng ký tại văn phòng DCFS hoặc trụ sở Đối Tác Cộng Đồng tại khu vực của quý vị.

### **Cách hoàn tất Đơn Đăng Ký Xác Định Lại Trực Tuyến:**

1. Truy cập CAFÉ tại [www.dcfsl.a.gov/CAFE](http://www.dcfsl.a.gov/CAFE)
2. Nếu quý vị đã có tài khoản (với LA CAFE hoặc Medicaid), hãy đăng nhập bằng ID Người dùng và Mật khẩu rồi bỏ qua Bước 13. Nếu quý vị không có tài khoản, tiếp tục Bước 3.
3. Để tạo tài khoản mới, nhấp vào liên kết “New to LA CAFE? Click here to get started!” (Bạn chưa phải là thành viên của LA CAFE? Nhấp vào đây để bắt đầu!)
4. Xem lại thông tin trên màn hình và nhấp vào “Next” (Tiếp theo).
5. Nhấp vào nút “Create Account” (Tạo tài khoản) để tiếp tục.
6. Hoàn thành Bước 1: Thông Tin Cá Nhân Của Quý Vị.
7. Hoàn thành Bước 2: ID Người dùng, Mật khẩu và Mã PIN.
8. Hoàn thành Bước 3: Kiểm Tra Bảo Mật.
9. Hoàn thành Bước 4: Thỏa Thuận Chấp Thuận Của Người Dùng (nhớ chọn ô này).
10. Nhấp vào nút “Create Account” (Tạo tài khoản) để tiếp tục.
11. Trên trang My.La.gov, hoàn thành Bước 1 – 4 rồi nhấp vào nút “Create Your Account” (Tạo Tài Khoản Của Bạn).

12. Sau khi xác thực email, hãy quay lại CAFE và đăng nhập.
13. Nhấp vào “My Determinations” (Xác Định Lại).
14. Nhấp vào “Apply Now” (Đăng Ký Ngay) và làm theo lời nhắc.

\*\*\* Ghi thông tin sau đây vào hồ sơ của quý vị và không chia sẻ thông tin này với bất kỳ ai. \*\*\*

ID Người dùng

Mật khẩu

Mã Nhận Dạng Cá Nhân (PIN)

Câu Hỏi Bảo Mật và Câu Trả Lời

### **Cách Gửi Đơn Đăng Ký Xác Định Lại Bản Cứng**

Quý vị có quyền yêu cầu nhận đơn đăng ký xác định lại bản cứng. Quý vị có thể liên hệ với DCFS theo số <LahelpuNumber> hoặc đến văn phòng của DCFS để yêu cầu nhận Đơn đăng ký xác định lại bản cứng.

1. Gửi thư bưu điện đến:

DCFS Family Support/Economic Stability  
P.O. Box 260031  
Baton Rouge, LA 70826-0031

2. Gửi fax đến:

1-225-663-3169

Đơn đăng ký xác định lại phải bao gồm tên, địa chỉ, và chữ ký của quý vị để được chấp nhận xem xét. Nếu quý vị không đồng ý với quyết định của chúng tôi về khả năng hội đủ điều kiện, quý vị có quyền yêu cầu điều trần công bằng. Nếu tất cả thành viên trong gia đình của quý vị được hưởng Trợ Cấp An Sinh Bổ Sung (SSI), quý vị có thể nộp đơn xin tiếp tục được trợ cấp theo chương trình SNAP tại văn phòng của Cơ Quan An Sinh Xã Hội tại địa phương.

Quý vị có thể liên hệ với DCFS theo số 1-888-LAHELPU (1-888-524-3578) để biết thông tin về tất cả các chương trình và cách thức đăng ký.

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

Số hồ sơ _____ Tháng tái quyết định: _____ Số ID Hồ Sơ: _____ Tôi nộp đơn xin lại cho: _____	Tôi muốn nộp đơn xin (đánh dấu tất cả các lựa chọn thích hợp): <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> FITAP <input type="checkbox"/> KCSP			
<b>A. Thông Tin Về Quý Vị</b>				
<i>Thông tin này chỉ được yêu cầu cho mục đích xác định việc tuân thủ DCFS với luật quyền công dân Liên bang. Phản ứng của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến việc xem xét đơn đăng ký và có thể được bảo vệ bởi Đạo Luật Quyền Riêng Tư. Thông tin đang được thu thập để đảm bảo rằng phúc lợi của chương trình được phân phối bất kể chủng tộc, màu da, hoặc nguồn gốc quốc gia.</i>				
Quý vị có cần Thẻ Mua Hàng Louisiana mới không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
Quý vị có đọc và hiểu được tiếng Anh không? <input type="checkbox"/> Có (SÍ) <input type="checkbox"/> Không <b>Nếu không</b> , quý vị có thể đọc và hiểu ngôn ngữ nào?				
_____				
Tên	Tên Đệm Viết Tắt	Họ	Tên Trước Khi Lập Gia Đình hoặc Tên Khác	
Địa Chỉ Bưu Tín	Số Căn Hộ/Lô Đất	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã bưu điện
Địa Chỉ Nhà	Số Căn Hộ/Lô Đất	Thành Phố	Tiểu Bang	Mã bưu điện
( )	( )	( )		
Số Điện Thoại Nhà	Số Điện Thoại Di Động	Số Điện Thoại tại Sở Làm hoặc Số Điện Thoại Khác		
Quận/thị xã cư ngụ: _____				
Số An Sinh Xã Hội	Ngày Tháng Năm Sinh		Địa Chỉ Thư Điện Tử	
<b>Phái Tính:</b> <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<b>Sắc Tộc:</b> Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha/La-tinh? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Trình độ học vấn cao nhất? _____	
<b>Tình Trạng Hôn Nhân:</b>	<b>Nguồn Gốc Sắc Tộc (đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp):</b>			Hiện đang đi học? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<input type="checkbox"/> Đã Lập Gia Đình	<input type="checkbox"/> Á châu	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Hawaii/ Thổ Dân Đảo Thái Bình Dương	Công dân Hoa Kỳ? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<input type="checkbox"/> Ly Thân	<input type="checkbox"/> Người Da Trắng	<input type="checkbox"/> Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ/ Thổ Dân Alaska	Nếu không, quý vị có giấy tờ di trú không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<input type="checkbox"/> Ly Dị		<input type="checkbox"/> Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi châu	Ngày nhập cảnh vào Hoa Kỳ : _____	
<input type="checkbox"/> Chưa Bao Giờ Kết Hôn				
<input type="checkbox"/> Góa Bụa				
Quý vị đang vô gia cư? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không “Người vô gia cư” là người không có nơi cư trú ban đêm cố định và thường xuyên hoặc người có nơi cư trú 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.				

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

<b>B. Cho Chúng Tôi Biết Nếu Quý Vị Có Người Đại Diện Được Ủy Quyền</b>										
<p><i>Người Đại Diện Được Ủy Quyền là người mà quý vị cho phép chúng tôi nói chuyện về trợ cấp SNAP. Quý vị có thể nêu tên ai đó, tuy nhiên việc này là không bắt buộc.</i></p> <p>Quý vị có muốn có một Đại Diện Được Ủy Quyền không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p> <p><b>Nếu có</b>, hãy cho chúng tôi biết Người Đại Diện Được Ủy Quyền của quý vị.</p>										
Tên của Người Đại Diện Được Ủy Quyền			Quan hệ với người nộp đơn			( )				
						Số điện thoại				
Địa chỉ			Thành Phố			Tiểu bang		Mã Zip		
<b>C. Cho Chúng Tôi Biết Thông Tin về Những Người Khác Trong Hộ Gia Đình Của Quý Vị – Không Kể Quý Vị</b>										
<p><b>Liệt kê tất cả những người khác sống trong gia đình quý vị, ngay cả khi quý vị không đăng ký cho họ.</b> Thông tin này chỉ được yêu cầu cho mục đích xác định việc tuân thủ DCFS với luật quyền công dân Liên bang. Trả lời của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến việc xem xét đơn đăng ký và có thể được bảo vệ bởi Đạo Luật Quyền Riêng Tư. Thông tin đang được thu thập để đảm bảo rằng phúc lợi của chương trình được phân phối bất kể chủng tộc, màu da, hoặc nguồn gốc quốc gia.</p> <p>Đừng bỏ lỡ Bảo Hiểm Y <b>Té Miễn</b> Phí. Nếu <b>quý vị</b> trả lời các câu hỏi dưới đây, chúng tôi sẽ chia sẻ những gì <b>quý vị</b> đã nhập vào ứng dụng này với Sở Y Tế Bang Louisiana (LDH). LDH sẽ đăng ký bắt cứ ai đủ điều kiện và gửi cho <b>quý vị</b> 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.</p> <p>XIN TRẢ LỜI CÂU HỎI DƯỚI ĐÂY.</p> <p><input type="checkbox"/> Có, xin vui lòng chia sẻ thông tin của tôi với LDH vì vậy tôi không cần phải hoàn thành một ứng dụng khác.</p> <p><input type="checkbox"/> Không, xin vui lòng không chia sẻ thông tin của tôi. Đừng giúp tôi có được Medicaid.</p>										
Các Thành Viên Trong Gia Đình (Ghi Tên)			Mối liên hệ với quý vị (NR=Không Có Quan Hệ Ruột Thịt)	Sơ Sinh Ngày	Số An Sinh Xã Hội	Phái tính (Nam /Nữ)	Mỹ Hoa Kỳ? (Có/Không)	Trình Độ Học Vấn	Tình Trạng Hôn Nhân	Mã Số Chủng Tộc **
Họ	Tên	Tên Đệm Viết Tắt	Chỉ điền những mục này cho những ai cần trợ cấp							
**Sắc Tộc: (Quý vị có thể chọn nhiều sắc tộc)							*Chủng Tộc:			
AN = Thổ Dân Alaska WH = Da Trắng BL = Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu							Y = Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh			
AI = Thổ Dân Châu Mỹ Da Đỏ AS = Á Châu PI = Thổ Dân Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương khác							N = Không Phải là Người Gốc Sắc Tộc Nói Tiếng Tây Ban Nha hoặc La-tinh			
*Trình Độ Học Vấn: Trình độ học vấn cao nhất hoặc GED/đại học										
<p><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 để nghị cung cấp tờ "Mẫu Đơn Dành Cho Các Thành Viên Gia Đình Khác".</i></p> <p><i>Nếu bất kỳ ai mà quý vị đang nộp đơn xin không phải là công dân S. nhân viên phụ trách của quý vị sẽ điền Danh Sách và Phụ Lục Dành Cho Ngoại Kiều cùng với quý vị trong buổi phỏng vấn của quý vị.</i></p>										

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

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

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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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? 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? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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 qui của SNAP, FITAP, KCSP, hoặc SSI không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
5.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có khuyết tật không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
6.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có đang mang thai không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <b>Nếu có</b> , đó là ai? _____ Ngày sinh nở: _____	
7.	Trong gia đình quý vị có ai đi học trung học, cao đẳng, đại học hoặc trường kỹ thuật dạy nghề không? <b>Nếu có</b> , xin điền phần sau đây cho mỗi người hiện đang đi học:	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
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? <input type="checkbox"/> Toàn Thời Gian <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Toàn Thời Gian <input type="checkbox"/> 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? <b>Nếu không</b> , ai mua và nấu ăn riêng? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
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? a. <b>Nếu có</b> , đó là ai? _____ b. Khi nào? _____ c. Tiểu bang nào? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
11.	Quý vị hoặc thành viên trong hộ gia đình quý vị có phải là cựu chiến binh không? Cựu chiến binh là người đã phục vụ trong Lực Lượng Vũ Trang Hoa Kỳ (chẳng hạn như Lục Quân, Thủy Quân Lục Chiến, Hải Quân, Không Quân, Lực Lượng Không Gian, Cảnh Sát Biển và Vệ Binh Quốc Gia), bao gồm cả phục vụ trong lực lượng dự bị của Lực Lượng Vũ Trang và đã được xuất ngũ hoặc giải ngũ bất kể điều kiện xuất ngũ hoặc giải ngũ." Nếu có, người đó là ai? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
12.	Có ai trong gia đình quý vị từ 24 tuổi trở xuống và đang được chăm sóc nuôi dưỡng vào sinh nhật tuổi 18 (hoặc lớn hơn nếu ở trong chương trình chăm sóc nuôi dưỡng kéo dài) không? Nếu có, người đó là ai? _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
13.	Trong nhà quý vị có ai qua đời hoặc rời nhà quý vị kể từ lần báo cáo hoặc nộp đơn xin gần đây nhất không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
14.	Có ai chuyển tới nhà quý vị kể từ lần báo cáo hoặc nộp đơn xin gần đây nhất không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

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

<b>E. Công Việc Của Gia Đình Quý Vị</b>	
<i>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.</i>	
1. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị hiện có đi làm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<i>Điền thông tin sau đây cho <b>mỗi người</b> làm việc cho một hãng sở nào đó. Nếu bất kỳ ai làm việc cho hơn một hãng sở, vui lòng điền một ô riêng cho mỗi hãng sở. Dùng giấy trắng nếu quý vị cần thêm chỗ để viết.</i>	
<b>2. Người Làm Việc Cho Một Hãng Sở</b>	
Tên _____	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"/> Hàng tháng	<input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nơi Khác _____
Hai lần một tháng <input type="checkbox"/>	
Nhận Lương qua Ký Thác Trực Tiếp? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<b>Nếu có</b> , tại ngân hàng hoặc nghiệp đoàn tín dụng nào? _____	
<b>Nếu không</b> , quý vị quy đổi ngân phiếu lương của mình ra tiền mặt ở đâu? _____	
Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____	Mức lương theo giờ _____
Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____	
Quý vị có bao giờ làm việc ngoài giờ không? <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	
Công việc này có phải là tạm thời không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<b>Nếu có</b> , ngày dự kiến kết thúc công việc? _____	
<b>3. Người Làm Việc Cho Một Hãng Sở</b>	
Tên _____	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"/> Hàng tháng	<input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> Nơi Khác _____
Hai lần một tháng <input type="checkbox"/>	
Nhận Lương qua Ký Thác Trực Tiếp? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<b>Nếu có</b> , tại ngân hàng hoặc nghiệp đoàn tín dụng nào? _____	
<b>Nếu không</b> , quý vị quy đổi ngân phiếu lương của mình ra tiền mặt ở đâu? _____	
Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____	Mức lương theo giờ _____
Số giờ làm việc trong mỗi một tuần _____	
Quý vị có bao giờ làm việc ngoài giờ không? <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	
Công việc này có phải là tạm thời không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
<b>Nếu có</b> , ngày dự kiến kết thúc công việc? _____	

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

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
<p><i>Điền thông tin sau đây cho <b>mỗi người</b> tự kinh doanh. Bao gồm cả các ngư dân đánh cá, những người cung cấp dịch vụ chăm sóc trẻ, thợ cắt tóc và những người làm các công việc đặc biệt như cắt cỏ, nhặt lon, v.v... sử dụng giấy trắng nếu quý vị cần thêm chỗ để viết.</i></p>		
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.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có đang tìm việc không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
8.	Trong gia đình quý vị có ai làm việc theo thời vụ tại các nông trại hoặc di dân không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
9.	Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có thuê phòng không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
<b>F. Thông Tin Về Nguồn Lợi Tức Khác</b>		
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? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <b>Nếu có</b> , đánh dấu vào mỗi dạng lợi tức.	
<input type="checkbox"/>	Lợi Tức Niên Kim	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lợi Tức Chu Cấp Nuôi Con	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Các Khoản Đóng Góp Từ Gia Đình/Quý vị Bè	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tiền Bảo Hiểm Khuyết Tật	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ngân Phiếu Trợ Cấp Năng Lượng	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lợi Tức Từ Lãi Xuất	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Các Khoản Vay	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Định Mức Trợ Cấp Quân Đội	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tiền Tác Quyền/Hợp Đồng Cho Thuê Khai Thác Dầu	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trợ Cấp Ngành Hỏa Xa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lợi Tức Từ Cho Thuê Nhà	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trợ Cấp Hưu Trí	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Người Ăn Ở Trợ	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	An Sinh Xã Hội	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Các Khoản Học Bổng/Trợ Cấp/Tiền Vay Đi Học SSI	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tiền Cấp Dưỡng Cho Vợ/Chồng Đã Ly Dị	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tiền Của Bộ Tộc	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trợ Cấp Huấn Luyện (WIOA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Lợi Tức Tín Thác	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trợ Cấp Thất Nghiệp	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Trợ Cấp Cựu Chiến Binh	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bảo Hiểm Tai Nạn Lao Động	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Các Khoản Khác	<input type="checkbox"/>

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

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

3. Có ai được tòa án yêu cầu trả tiền chu cấp nuôi con cho quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị không?  Có  Không

4. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có nhận được tiền từ cha/mẹ của một trẻ không phải trả tiền theo lệnh tòa không?  Có  Không

### G. Các Khoản Chi Phí Của Quý Vị

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"/> Điện               |
| <input type="checkbox"/> Vay Thế Chấp Mua Nhà (nếu mua nhà) | <input type="checkbox"/> Khí Đốt            |
| <input type="checkbox"/> Thuê Lô Đất                        | <input type="checkbox"/> Dịch Vụ Thoát Nước |
| <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Gia Cư                    | <input type="checkbox"/> Nước               |
| <input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Lũ Lụt                    | <input type="checkbox"/> Rác                |
| <input type="checkbox"/> Thuế Bất Động Sản                  | <input type="checkbox"/> Điện Thoại         |
| <input type="checkbox"/> Lệ Phí Chung Cư                    | <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...)



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

3.	Quý vị có trả chi phí nhà ở mà quý vị không còn sống ở đó nhưng có kế hoạch quay trở lại không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
5.	Có bất kỳ ai giúp quý vị trang trải các khoản chi phí gia cư không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
6.	Quý vị có được nhận trợ cấp năng lượng không? <b>Nếu có</b> , 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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
7.	Bất kỳ khoản tiền thuê nào mà quý vị phải trả được sử dụng để thanh toán tiện ích không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2.	<b>Nếu có</b> , điền thông tin sau đây.	

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

### CHI PHÍ CHU CẤP NUÔI CON

1.	Trong gia đình quý vị có ai phải trả tiền chu cấp nuôi con theo lệnh tòa không? <b>Nếu có</b> , điền thông tin sau đây.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
----	--	--

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? <b>Nếu có</b> , trả lời các câu hỏi trong mục này. <b>Nếu không</b> , bỏ qua tới phần các NGUỒN HỘ gia đình ở trang tiếp theo.	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
2.	Người này có phải trả các khoản chi phí y tế không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
a.	<b>Nếu có</b> , quý vị có muốn xác minh các khoản chi phí này để được khấu trừ chi phí y tế không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
b.	Đánh dấu mỗi khoản chi phí y tế của người này.	
	<input type="checkbox"/> Hóa Đơn Dịch Vụ Nha Khoa	<input type="checkbox"/> Thuốc Kê Toa
	<input type="checkbox"/> Hóa Đơn Bệnh Biện	<input type="checkbox"/> Phí Bảo Hiểm Chương Trình Thuốc Kê Toa
	<input type="checkbox"/> Bảo Hiểm Sức Khỏe Hoặc Các Khoản Phí Bảo Hiểm Medicare	<input type="checkbox"/> Cơ Sở Điều Dưỡng
	<input type="checkbox"/> Phương Tiện Máy Móc Y Tế	<input type="checkbox"/> Các Khoản Khác

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

3. *Đối với mỗi ô được đánh dấu trong # 2 ở trang 7, hoàn thành các thông tin sau.*

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

*Chi Phí Chuyên Chở Y Tế là số tiền chi cho các chuyến đi tới phòng mạch bác sĩ, bệnh viện, tiệm thuốc, v.v... Trong đó bao gồm số dặm đi bằng chiếc xe của quý vị.*

4. Liệt kê ở trên, có người cao niên hoặc người khuyết tật nào có các khoản chi phí chuyên chở y tế không?  Có  Không

a. Người này sử dụng xe riêng hay là xe của thành viên gia đình?  Có  Không

b. **Nếu có**, điền thông tin sau đây.

Tên Của Người Đó	Ghi Tất Cả Các Địa Điểm Đã Tới Vì Các Mục Đích Y Tế (Ví Dụ Như Bác Sĩ, Tiệm Thuốc, Bệnh Viện, v.v...)	Số Dặm Cả Đi Cả Về	Số Lần Thăm Khám Trong Một Tháng

c. Người này có trả tiền cho người khác không phải là thành viên gia đình để đưa đón vì mục đích y tế không?  Có  Không

d. **Nếu có**, điền thông tin sau đây.

Tên Của Người Đó	Ai Nhận Tiền	Người này Đi Đâu	Số Tiền Người này Trả Cho Mỗi Chuyến Đi	Người này Trả Cho Bao Nhiêu Chuyến Đi Mỗi Tháng

*Nếu quý vị cần thêm ô trống, quý vị có thể ghi thông tin trên giấy trắng.*

5. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có được hoàn trả chi phí y tế ghi trên không?  Có  Không

6. Có ai phụ giúp trả chi phí y tế không?  Có  Không

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

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

*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)<br><input type="checkbox"/> Trương Mục Ngân Hàng/Nghiệp Đoàn Tín Dụng (Tiết Kiệm)<br><input type="checkbox"/> Trương Mục Kết Hợp<br><input type="checkbox"/> Trái Phiếu<br><input type="checkbox"/> Tiền Mặt Có Sẵn | <input type="checkbox"/> Chứng Nhận Ký Thác (CD)<br><input type="checkbox"/> Trương Mục Đầu Tư Trên Thị Trường Tiền Tệ<br><input type="checkbox"/> Quỹ Hỗ Tương<br><input type="checkbox"/> Trái Phiếu Tiết Kiệm<br><input type="checkbox"/> Cổ Phiếu |
|--|---|

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, v.v...)





3. Quý vị hoặc bất cứ người nào trong gia đình của quý vị nhận được một khoản hoàn thuế liên bang trong 12 tháng qua không?  Có  Không
4. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có nhận được hoặc dự kiến sẽ nhận được một khoản tiền trả một lần không?  Có  Không
5. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có đứng tên trong trương mục ngân hàng/nghiệp đoàn tín dụng nào đó với người khác không?  Có  Không
- a. **Nếu có**, ai đứng tên trong trương mục đó? \_\_\_\_\_
- b. Tại sao người này lại đứng tên trong trương mục? \_\_\_\_\_
- c. Có một người khác ký thác tiền vào tài khoản này không?  Có  Không
- d. **Nếu có**, ai và bao nhiêu một tháng? \_\_\_\_\_
6. Quý vị hoặc bất kỳ ai trong hộ gia đình quý vị có bán, đổi, cho hoặc chuyển nhượng một nguồn tài sản nào đó trong ba tháng vừa qua không?  Có  Không

**NẾU QUÝ VỊ CHỈ NỘP ĐƠN XIN TRỢ CẤP SNAP, BỎ QUA TỚI TRANG 11.**



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

<b>Vui Lòng Đọc Kỹ Và Ký Tên Ở Dưới</b>		
<p>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 Bộ Dịch vụ Gia đình và Trẻ em.</p> <p><b>Xin nhớ rằng quý vị phải nộp bằng chứng về thông tin mà quý vị báo cáo trong mẫu đơn xin này.</b></p>		
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
<p><b>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.</b></p>		
Người Làm Chứng	Người Làm Chứng	Người Làm Chứng
<b>Chữ Ký của Người Giúp Quý Vị Điền Mẫu Đơn Này và Mối Liên Hệ Của Người Đó với Quý Vị</b>		
Chữ Ký		Mối liên hệ
Chữ Ký của Người Đại Diện Cơ Quan		Ngày

 <p><b>Trực Tuyến</b></p> <p>Cổng Thông Tin Dành Cho Khách Hàng CAFÉ <a href="http://www.dcfslouisiana.gov/CAFE">www.dcfslouisiana.gov/CAFE</a></p>	 <p><b>Qua Thư</b></p> <p>DCFS ES Document Processing Center PO Box 260031 Baton Rouge, LA 70826-9918</p>	 <p><b>Trực Tiếp</b></p> <p>Bất kỳ văn phòng nào của DCFS: <a href="http://www.dcfslouisiana.gov/directory">www.dcfslouisiana.gov/directory</a></p>	 <p><b>Qua Fax</b></p> <p>225-663-3164</p>
--	--	--	---

## Voter Registration

If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today? (Check one)

I want to register to vote.  I do not want to register to vote.

**IF YOU DO NOT CHECK EITHER BOX, YOU WILL BE CONSIDERED TO HAVE DECIDED NOT TO REGISTER TO VOTE AT THIS TIME.**

Applying to register or declining to register to vote **will not** affect the amount of assistance that you will be provided by this agency. Voter eligibility requirements are found on the voter registration application form.

Note: If you do register to vote, the location where your application was submitted will remain confidential. If you decline to register to vote, this fact will remain confidential. Applying to register or declining to register to vote will be used **only** for voter registration purposes.

**If you would like help in filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.**

(Check one)

Yes, I would like help.  No, I do not want help.

For assistance in completing the voter registration application form outside our office, contact the Department of Children and Family Services at 1-888-LAHELPU or 1-888-524-3578.

If completed outside our office, this declaration form and your completed voter registration application form (if you filled one out) should be returned to the DCFS ES Document Processing Center at P.O. Box 260031, Baton Rouge, LA 70826-9918.

---

**Signature or Mark**

**Name Typed or Printed**

**Date**

Signatures of Two Witnesses If Signed With Mark:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

## COMPLAINTS

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with the Louisiana Secretary of State, Commissioner of Elections, P.O. Box 94125, Baton Rouge, LA 70804-9125 or by calling (225) 922-0900 or 1-800-883-2805.



# Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 6/19)

SEE THE OTHER SIDE OF THIS PAGE FOR INSTRUCTIONS →  
 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 #** \_\_\_\_\_

Please print clearly in ink, preferably black.

**Reason for Application:**     New Voter Registration     Updating Voter Registration

<b>Eligibility</b>	1.	Are you a citizen of the United States of America?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	

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

<b>Residence Address</b> (Where you live and claim homestead exemption, if any)	HOUSE # & STREET (NO P.O. BOX): _____		UNIT/APT #: _____	<b>Give Location</b> (If Necessary)  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>
	CITY/TOWN: _____		STATE: <u>LA</u> ZIP CODE: _____	
<b>Mailing Address</b> (If different from Residence Address)	3.	<input type="checkbox"/> 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: _____	

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

<b>Party Affiliation</b>	8.	<input type="checkbox"/> DEMOCRAT <input type="checkbox"/> GREEN <input type="checkbox"/> INDEPENDENT <input type="checkbox"/> LIBERTARIAN <input type="checkbox"/> REPUBLICAN <input type="checkbox"/> NO PARTY <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) _____	9. Place of Birth	CITY/TOWN: _____      STATE: _____ PARISH/COUNTY: _____      COUNTRY: _____
--------------------------	----	---	-------------------	--

<b>Mother's Maiden Name</b>	10. _____	11. Email	_____	12. Phone	Home: (____) _____ - _____ Other: (____) _____ - _____
-----------------------------	-----------	-----------	-------	-----------	---

<b>LA DL/ID Card #</b>	13. _____ <input type="checkbox"/> I do not have a LA DL/ID card.	14. Do you need assistance in voting?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, Reason: _____
------------------------	--	---------------------------------------	--

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

<b>Affirmation and Signature</b> (Read and sign or make your mark.)	18.	I do hereby solemnly swear or affirm 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: <input checked="" type="checkbox"/> _____	Date: _____

<b>Witnesses</b> (If your signature is a mark, you must have two witnesses sign.)	19.	Witness #1 Signature: <input checked="" type="checkbox"/> _____	Witness #1 Print Name: _____
		Witness #2 Signature: <input checked="" type="checkbox"/> _____	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	<input type="checkbox"/> New Registration      Updated Registration: <input type="checkbox"/> Address Change <input type="checkbox"/> Name Change <input type="checkbox"/> Party Change <input type="checkbox"/> Change to Assistance in Voting <input type="checkbox"/> Other
REMARKS:	_____
CIRCLE ONE:	PA    MV    RG    SDA    SS (Disability)
	Received by: _____      Date: _____



# Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 6/19)

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

## APPLICATION INSTRUCTIONS

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

**TO REGISTER AND BE ELIGIBLE TO VOTE, AN APPLICANT MUST:** 1) be a U.S. citizen; 2) be at least 17 years old (16 years old if registering to vote in person at the Registrar's Office or with an application for a Louisiana driver's license) but must be 18 years old before actually voting; 3) not be under an order of imprisonment for conviction of a felony or, if under such an order, not have been incarcerated pursuant to the order within the last five years and not be under an order of imprisonment related to a felony conviction for election fraud or any other election offense pursuant to R.S. 18:1461.2; 4) not be under a judgment of full interdiction or limited interdiction where your right to vote has been suspended; 5) reside in the state and parish in which you seek to register and vote.

**Instructions: the gray section numbers on this page correspond to the gray section numbers on the application.**

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

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

**Mailing Instructions** - If returned by mail, place in an envelope and mail to your Registrar of Voters Office. You can find your registrar of voters mailing address on the Registrar of Voters Address Page, by visiting our website at [www.geauxvote.com](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.





# Louisiana Registrars of Voters Address Page

(Rev. 12/21)

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

## LOUISIANA REGISTRARS OF VOTERS OFFICE ADDRESSES

<b>ACADIA</b> 568 NW Court Circle Crowley, LA 70526-4363 (337) 788-8841	<b>EAST BATON ROUGE</b> 222 St. Louis St., Rm. 201 Baton Rouge, LA 70802-5860 (225) 389-3940	<b>MADISON</b> 100 N. Cedar St., Rm. #5 Tallulah, LA 71282-3892 (318) 574-2193	<b>ST. LANDRY</b> P.O. Box 818 Opelousas, LA 70571-0818 (337) 948-0572
<b>ALLEN</b> P.O. Box 150 Oberlin, LA 70655-0150 (337) 639-4966	<b>EAST CARROLL</b> P.O. Box 708 Lake Providence, LA 71254-0708 (318) 559-2015	<b>MOREHOUSE</b> 129 N. Franklin St., Ste. 1 Bastrop, LA 71220-3815 (318) 281-1434	<b>ST. MARTIN</b> 415 Saint Martin St. St. Martinville, LA 70582-4549 (337) 394-2204
<b>ASCENSION</b> 828 S. Irma Blvd., Rm. 205 Gonzales, LA 70737-3631 (225) 621-5780	<b>EAST FELICIANA</b> P.O. Box 488 Clinton, LA 70722-0488 (225) 683-3105	<b>NATCHITOCHE</b> P.O. Box 677 Natchitoches, LA 71458-0677 (318) 357-2211	<b>ST. MARY</b> 500 Main St., Courthouse, Rm. 301 Franklin, LA 70538-6144 (337) 828-4100, ext. 360
<b>ASSUMPTION</b> P.O. Box 578 Napoleonville, LA 70390-0578 (985) 369-7347	<b>EVANGELINE</b> 200 Court St., Ste. 102 Ville Platte, LA 70586-4463 (337) 363-5538	<b>ORLEANS</b> 1300 Perdido St., Rm. 1W24 New Orleans, LA 70112-2127 (504) 658-8300	<b>ST. TAMMANY</b> 701 N. Columbia St. Covington, LA 70433-2709 (985) 809-5500
<b>AVOUELLES</b> 312 N. Main St., Ste. E Marksville, LA 71351-2409 (318) 253-7129	<b>FRANKLIN</b> 6560 Main St. Winnsboro, LA 71295-2750 (318) 435-4489	<b>OUACHITA</b> 1650 Desiard St., Rm. 125 Monroe, LA 71201 (318) 327-1436	<b>TANGIPAHOA</b> P.O. Box 895 Amite, LA 70422-0895 (985) 748-3215
<b>BEAUREGARD</b> P.O. Box 952 DeRidder, LA 70634-0952 (337) 463-7955	<b>GRANT</b> 200 Main St., Courthouse Bldg. Cofax, LA 71417-1828 (318) 627-9938	<b>PLAQUEMINES</b> P.O. Box 989 Port Sulphur, LA 70083-0989 (504) 934-3620	<b>TENSAS</b> P.O. Box 183 St. Joseph, LA 71366-0183 (318) 766-3931
<b>BIENVILLE</b> P.O. Box 697 Arcadia, LA 71001-0697 (318) 263-7407	<b>IBERIA</b> 300 S. Iberia St., Ste. 110 New Iberia, LA 70560-4543 (337) 369-4407	<b>POINTE COUPEE</b> P.O. Box 520 New Roads, LA 70760-0520 (225) 638-5537	<b>TERREBONNE</b> 8026 Main St., Ste. 101 Houma, LA 70360 (985) 873-6533
<b>BOSSIER</b> P.O. Box 635 Benton, LA 71006-0635 (318) 965-2301	<b>IBERVILLE</b> P.O. Box 554 Plaquemine, LA 70765-0554 (225) 687-5201	<b>RAPIDES</b> 701 Murray St. Alexandria, LA 71301-8099 (318) 473-6770	<b>UNION</b> P.O. Box 235 Farmerville, LA 71241-0235 (318) 368-8660
<b>CADDO</b> P.O. Box 1253 Shreveport, LA 71163-1253 (318) 226-6891	<b>JACKSON</b> 500 E. Court St., Rm. 102 Jonesboro, LA 71251-3400 (318) 259-2486	<b>RED RIVER</b> P.O. Box 432 Coushatta, LA 71019-0432 (318) 932-5027	<b>VERMILION</b> 100 N. State St., Ste. 120 Abbeville, LA 70510 (337) 898-4324
<b>CALCASIEU</b> 1000 Ryan St., Rm. 7 Lake Charles, LA 70601-5250 (337) 721-4000	<b>JEFFERSON</b> P.O. Box 10494 Jefferson, LA 70181-0494 (504) 736-6191	<b>RICHLAND</b> P.O. Box 368 Rayville, LA 71269-0368 (318) 728-3582	<b>VERNON</b> P.O. Box 626 Leesville, LA 71496-0626 (337) 239-3690
<b>CALDWELL</b> P.O. Box 1107 Columbia, LA 71418-1107 (318) 649-7364	<b>JEFFERSON DAVIS</b> 302 N. Cutting Ave. Jennings, LA 70546-5361 (337) 824-0834	<b>SABINE</b> 400 Capitol St., #107 Many, LA 71449-3099 (318) 256-3697	<b>WASHINGTON</b> 900 Washington St., Ste. 3 Franklinton, LA 70438-1719 (985) 839-7850
<b>CAMERON</b> P.O. Box 1 Cameron, LA 70631-0001 (337) 775-5493	<b>LAFAYETTE</b> 1010 Lafayette St., Ste. 313 Lafayette, LA 70501-6885 (337) 291-7140	<b>ST. BERNARD</b> 8201 W. Judge Perez Dr. Chalmette, LA 70043-1696 (504) 278-4231	<b>WEBSTER</b> P.O. Box 674 Minden, LA 71058-0674 (318) 377-9272
<b>CATAHOULA</b> P.O. Box 215 Harrisonburg, LA 71340-0215 (318) 744-5745	<b>LAFOURCHE</b> 307 W. 4th St. Thibodaux, LA 70301-3105 (985) 447-3256	<b>ST. CHARLES</b> P.O. Box 315 Hahnville, LA 70057-0315 (985) 783-5120	<b>WEST BATON ROUGE</b> P.O. Box 31 Port Allen, LA 70767-0031 (225) 336-2421
<b>CLAIBORNE</b> 507 W. Main St., Ste. 1 Homer, LA 71040-3914 (318) 927-3332	<b>LASALLE</b> P.O. Box 2439 Jena, LA 71342-2439 (318) 992-2254	<b>ST. HELENA</b> P.O. Box 543 Greensburg, LA 70441-0543 (225) 222-4440	<b>WEST CARROLL</b> P.O. Box 71 Oak Grove, LA 71263-0071 (318) 428-2381
<b>CONCORDIA</b> 4001 Carter St., Ste. K Vidalia, LA 71373-3021 (318) 336-7770	<b>LINCOLN</b> 100 W. Texas Ave., #10 Ruston, LA 71270-4463 (318) 251-5110	<b>ST. JAMES</b> P.O. Box 179 Convent, LA 70723-0179 (225) 562-2330	<b>WEST FELICIANA</b> P.O. Box 2490 St. Francisville, LA 70775-2490 (225) 635-6161
<b>DESOTO</b> 104 Crosby St. Mansfield, LA 71052-2046 (318) 872-1149	<b>LIVINGSTON</b> P.O. Box 968 Livingston, LA 70754-0968 (225) 686-3054	<b>ST. JOHN</b> 1811 W. Airline Hwy. LaPlace, LA 70068-3344 (985) 359-0179	<b>WINN</b> 119 W. Main St., Rm. 105 Winnfield, LA 71483-3238 (318) 628-6133

## GIỮ LẠI TRANG NÀY ĐỂ LƯU

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

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

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

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

### Các Quyền và Trách Nhiệm

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

### Các quyền của quý vị là gì?

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 AD-3027, 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 (ASCR- Assistant 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

Cơ sở này là nơi cung cấp cơ hội bình đẳng.

Quý vị có quyền nộp một khiếu nại quyền công dân đến Department of Children and Family Services (DCFS, Sở Dịch vụ Trẻ em và Gia đình) bằng cách điền hoàn chỉnh Đơn Khiếu nại Quyền Công dân. Hãy nộp mẫu đơn đó đến một văn phòng địa phương; gửi mẫu đơn qua đường bưu điện đến địa chỉ DCFS Civil Rights Section, P O Box 1887, Baton Rouge, LA 70821; gửi thư điện tử đến địa chỉ [DCFS.BureauofCivilRights@LA.GOV](mailto:DCFS.BureauofCivilRights@LA.GOV); hoặc gọi đến số điện thoại (225) 342-0309. Quý vị có quyền nộp một khiếu nại quyền công dân đến DCFS và USDA hoặc chỉ đến DCFS.

Khiếu nại chương trình có thể được gửi tới Sở Dịch vụ Trẻ em và Gia đình (DCFS) bằng cách gửi thư điện tử đến [DCFS.Webmaster.DCFS@LA.GOV](mailto:DCFS.Webmaster.DCFS@LA.GOV) hoặc gọi điện thoại đến số 225-342-2342.

- **Điều Trần Công Bằng** - Nếu quý vị không đồng ý với bất kỳ quyết định nào được đưa ra về hồ sơ của quý vị, quý vị có quyền yêu cầu xem xét lại hồ sơ của quý vị. Quý vị có thể làm việc này bằng cách liên lạc với văn phòng giáo khu địa phương của chúng tôi và xin một buổi điều trần công bằng bằng cách gửi thư, đích thân tới hoặc gọi văn phòng này. Quý vị có quyền xem hồ sơ trường hợp của mình trước buổi điều trần.
- **Tính Bảo Mật** - Tất cả các thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi đều được giữ bảo mật. Điều này có nghĩa là chúng tôi không thể cung cấp thông tin về hồ sơ trường hợp của quý vị cho những người khác trừ các trường hợp đặc biệt. Ví dụ về các trường hợp đặc biệt này là thủ tục duyệt xét chính thức bởi các cơ quan khác của Tiểu Bang và Liên Bang, hoặc các cơ quan truy thu tư nhân, Tiểu Bang và Liên Bang để truy thu các trường hợp khiếu kiện về trợ cấp SNAP. Thông tin từ hồ sơ trường hợp của quý vị cũng có thể được cung cấp cho các viên chức thi hành luật pháp để bắt giữ những người bỏ trốn để tránh luật pháp và điều tra một trường hợp phạm trọng tội hoặc vi phạm lệnh tha bổng có điều kiện/có quản chế.
- **Đăng Ký 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 Dịch Vụ Trẻ Em và Gia Đình (Department of Children and Family Services, DCFS). DCFS 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.

## Các trách nhiệm của quý vị là gì?

- **Hợp tác** - Quý vị phải hợp tác bằng cách cung cấp thông tin mà chúng tôi cần để xác định tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị. Quý vị cũng phải cung cấp bằng chứng về thông tin mà quý vị báo cáo. Quý vị sẽ phải hợp tác nếu cần có một buổi tới nhà để xác định tình trạng hội đủ điều kiện của quý vị. Nếu hồ sơ của quý vị được lựa chọn để các viên chức duyệt xét của tiểu bang hoặc liên bang tiến hành thủ tục xem xét kiểm soát chất lượng, quý vị phải hợp tác với họ.
- **Báo cáo các thay đổi** -  
Nếu quý vị nhận các phúc lợi SNAP, quý vị phải báo cáo nếu:
  - Thu nhập hàng tháng của hộ gia đình quý vị tăng lên cao hơn giới hạn tổng thu nhập cho quy mô hộ gia đình của quý vị. Việc này bao gồm báo cáo thu nhập của một người chuyển đến nhà quý vị nếu thu nhập của người đó kết hợp với thu nhập của hộ gia đình nhận SNAP của quý vị cao hơn giới hạn tổng thu nhập cho hộ gia đình 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 của quý vị nhận được tiền trúng xổ số hoặc thắng trò chơi cờ bạc từ \$3500 trở lên, hoặc đã thắng trong một trò chơi duy nhất trước thuế hoặc các khoản khấu trừ khác.

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

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

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

## 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.dcf.louisiana.gov](http://www.dcf.louisiana.gov) hoặc liên hệ với Văn Phòng DCFS 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.

Các Trường Hợp Phạt	
Nếu bạn cố ý báo cáo thông tin sai lệch, lợi ích SNAP hoặc trợ cấp tiền mặt có thể bị từ chối, cắt giảm hoặc chấm dứt và bạn có thể bị truy cứu hình sự.	
SNAP áp dụng các hình phạt nào?	
<b>Nếu quý vị có hành động sau đây:</b>	<b>Quý vị sẽ:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Che dấu thông tin hoặc cung cấp thông tin sai</li><li>• Bán hoặc trao đổi trợ cấp SNAP hoặc thẻ EBT</li><li>• Sử dụng trợ cấp SNAP để mua các vật dụng không hội đủ điều kiện, ví dụ như rượu bia hoặc thuốc lá</li><li>• Sử dụng trợ cấp SNAP của người khác</li><li>• Trả tiền cho thực phẩm mua về tin dụng với lợi ích SNAP.</li></ul>	<b>Mất trợ cấp SNAP của quý vị trong:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 năm nếu vi phạm lần đầu tiên</li><li>• 2 năm nếu vi phạm lần thứ hai</li><li>• Vĩnh viễn nếu vi phạm lần thứ ba</li></ul> <b>Quý vị cũng có thể bị phạt tới \$250,000 hoặc bị phạt tù 20 hoặc cả hai.</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Đổi trợ cấp SNAP lấy thuốc kích thích bất hợp pháp</b></li> </ul>	<b>Mất trợ cấp SNAP trong:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vĩnh viễn nếu vi phạm lần thứ hai</b></li> <li>• <b>2 năm đối với vi phạm lần đầu</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Đổi trợ cấp SNAP của quý vị lấy vũ khí, đạn dược hoặc chất nổ</b></li> <li>• <b>Đổi, mua hoặc bán trợ cấp SNAP có giá trị từ \$500 trở lên</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vĩnh viễn mất trợ cấp SNAP của quý vị</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Khai man về danh tánh của quý vị hoặc nơi quý vị cư ngụ để nhận trợ cấp trong hơn một hồ sơ cùng một lúc</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mất trợ cấp SNAP trong 10 năm</b></li> </ul>
<b>FITAP và KCSP có những mức phạt nào?</b>	
<b>Nếu quý vị có hành động sau đây:</b>	<b>Quý vị sẽ:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Che giấu thông tin hoặc cung cấp thông tin sai</li> </ul>	<b>Mất trợ cấp của bạn:</b> <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 nào ở trên.</li> </ul> </li> <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>	<b>Mất trợ cấp của bạn trong:</b> <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>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Khai man về danh tánh của quý vị hoặc nơi quý vị cư ngụ để nhận trợ cấp trong hơn một hồ sơ cùng một lúc</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mất trợ cấp trong 10 năm</li></ul>
--	--

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

**This Page Intentionally Left Blank**



Tên Trong Hồ Sơ: \_\_\_\_\_

Số ID Hồ Sơ: \_\_\_\_\_

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

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

1. Các Khoản Tiền Đóng Góp (SỐ TIỀN MÀ QUÝ VỊ KHÔNG NGHĨ LÀ SẼ ĐƯỢC TRẢ LẠI)  
 Quý vị có đưa tiền trực tiếp cho người ở trên hay bất kỳ thành viên nào khác trong gia đình này trong hai tháng vừa qua không?  Có  Không  
**Nếu có**, vui lòng ghi số tiền đã đưa và lý do đưa tiền. Ví dụ: Để giúp chu cấp nuôi con quý vị, để giúp trả tiền thuê nhà, dịch vụ điện nước của họ, v.v...

Ngày Đưa Tiền	Số Tiền	Lý Do Đưa Tiền

- Quý vị có ý định tiếp tục đóng góp các khoản tiền này thường xuyên không?  Có  Không  
**Nếu có**, số tiền? \_\_\_\_\_ Thường xuyên như thế?  Hàng tuần  Mỗi hai tuần  
 Hàng tháng  Hai lần hàng tháng
2. Các Khoản Vay (SỐ TIỀN MÀ QUÝ VỊ BIẾT TRƯỚC LÀ SẼ ĐƯỢC TRẢ LẠI)  
 Quý vị có cho người nói trên hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình này vay tiền trực tiếp trong hai tháng vừa qua không?  Có  Không  
**Nếu có**, số tiền? \_\_\_\_\_ Thường xuyên như thế?  Hàng tuần  Mỗi hai tuần  
 Hàng tháng  Hai lần hàng tháng
3. Các khoản tiền trả cho người khác (KHÔNG ĐƯA TIỀN TRỰC TIẾP CHO MỘT THÀNH VIÊN TRONG GIA ĐÌNH)  
 Quý vị có trả tiền thuê nhà, dịch vụ điện nước, chi phí y tế hoặc các loại chi phí khác trực tiếp cho một công ty hoặc cá nhân khác ở bên ngoài gia đình cho người có tên ở trên hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình này trong hai tháng vừa qua không?  Có  Không  
**Nếu có**, xin ghi chi tiết ở dưới:

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

4. Quý vị có giúp ai trong gia đình này theo bất kỳ cách nào khác không?  Có  Không  
**Nếu có**, xin giải thích:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Chữ Ký Của Quý Vị: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Số điện thoại nơi có thể gặp được quý vị vào ban ngày: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

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

**This Page Intentionally Left Blank**

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

Name of Employee: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Name of Employer: \_\_\_\_\_ Date Employment Started: \_\_\_\_\_

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

- Weekly  Twice Monthly (pay dates): \_\_\_\_\_  
 Every two weeks  Monthly

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

If yes, at what bank or credit union? \_\_\_\_\_

**If employment is new:**

Number of hours expected to work **per WEEK** \_\_\_\_\_ **per PAY PERIOD** \_\_\_\_\_

Hourly rate of Pay \_\_\_\_\_

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

Hourly rate of overtime pay \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

**If yes**, Date of Change? \_\_\_\_\_

What type of change is anticipated? \_\_\_\_\_

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

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

**If yes**, explain: \_\_\_\_\_

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

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

Date Signed \_\_\_\_\_ Employer's Signature \_\_\_\_\_ Employer's Phone Number \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Employer's Printed Name or Stamp