

Date Received: \_\_\_\_\_

**Solicitud de asistencia**

Assigned to: \_\_\_\_\_

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

**Marque únicamente los programas que está solicitando:**

- Programa de Asistencia para el Cuidado niños(CCAP)
- Programa de Asistencia Temporal para la Independencia de la Familia (FITAP)
- Programa de Subsidio para la Cuidado a Familias (KCSP)
- Programa de Asistencia para la Nutrición Complementaria (SNAP)

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

¿Puede leer y entender el inglés?  Sí  No

**En caso contrario,** ¿qué idioma puede leer y comprender? \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	_____	_____
( Apellido )	( Nombre )	(MI)	Número de la seguridad social	
_____	_____	_____	_____	_____
Calle o Ruta rural	Apt. o Lote#	Ciudad y estado	Código postal	Nº de teléfono

Dirección postal si es distinta de la anterior: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Su firma

**¿Qué pasa si necesita beneficios de SNAP de inmediato?**

Es posible que le podamos hacer llegar beneficios de SNAP en un plazo de 4 días a partir de la fecha de su solicitud, si cumple los requisitos. Puede cumplir los requisitos si:

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

**Si cualquiera de los anteriores describe a su grupo familiar, responda a las preguntas abajo:**

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

### Office Use Only

1.	Income	\$ _____	Is #1 less than \$150? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No AND
		+	
2.	Resources	\$ _____	Is #2 less than \$101? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		=	
	<b>Total</b>	\$ _____ (A)	If yes to both, Expedite. If no, consider shelter costs.
3.	Rent/Mortgage	\$ _____	Is B greater than A? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		+	If yes, Expedite. If no, consider migrant or seasonal farm worker status.
	Utility Standard*	\$ _____	Is anyone in the household a migrant or seasonal farm worker? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		=	AND
	<b>Total</b>	\$ _____ (B)	Is #2 less than \$101? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			If yes to both, Expedite. If no, the case is not expedited.

\*If, on the reverse side, the answer to:  
#4 is Yes **and** #5 is No, use BUA.  
#5 is Yes, use SUA  
#6 is Yes **and** #4 **and** #5 are No, use TEL.

Expedited:  Yes  No If yes, enter "Expedited Date" on CP CA screen of LAMI.

Due Date\*: \_\_\_\_\_

\*The case must be certified and the client must have their EBT card in sufficient time to be able to use their SNAP benefits by the 4th calendar day after the date of application. If the 4th calendar day falls on a weekend or holiday, the due date becomes the previous workday.

<b>A. Háblenos de usted</b>				
<i>Puede optar por no darnos información sobre su origen étnico y racial. No afectará su elegibilidad. Esta información nos ayuda a respetar el Título VI de la Ley de los Derechos Civiles de 1964.</i>				
¿Necesita una nueva tarjeta de compras Louisiana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre	Intermedio inicial	Apellido	Nombre de soltera u otro nombre	
Dirección postal	apt. o lote	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de su hogar (si es distinta)	apt. o lote	Ciudad	Estado	Código postal
( )	( )	( )		
Número de teléfono particular	Número de teléfono celular	Número de teléfono del trabajo o de otro tipo		
Número de la seguridad social			Condado de residencia	
Fecha de nacimiento	Dirección de correo electrónico			
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Origen étnico:</b> ¿Hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Grado de nivel más alto terminado en la escuela?	
<b>Estado civil:</b>	<b>Herencia racial: (elija todas las que correspondan):</b>		¿Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/ De las Islas del Pacífico	¿Ciudadano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indígena americano/ Nativo de Alaska	Si no, ¿tiene documentos de inmigración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense		Fecha de entrada en los EE.UU.: _____	
<input type="checkbox"/> Nunca se ha casado				
<input type="checkbox"/> Viudo				
<b>B. Díganos si tiene un representante autorizado</b>				
<i>Un representante autorizado es alguien con quien usted nos permite hablar sobre sus beneficios de SNAP/Programa de asistencia para el cuidado infantil. Puede nombrar a alguien, pero no es obligatorio.</i>				
¿Desea tener un representante autorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>En caso afirmativo</b> , háblenos sobre su representante autorizado.				
Nombre del representante autorizado			( ) Número de teléfono	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
<b>For Office Use Only</b>				
Rights and Responsibilities discussed with applicant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Simplified Reporting explained to applicant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Is an EBT card needed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Is there an authorized representative? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Identity verified by: <input type="checkbox"/> Driver's License <input type="checkbox"/> Identification card <input type="checkbox"/> Other				
Residency verified by:				
Marital status verified by:				
Reason for application:				



D. Háblenos de su grupo familiar	For Office Use Only
<i>Responda las preguntas siguientes sobre usted mismo y todas las demás personas de su grupo familiar.</i>	
1. ¿Suele comprar comida y preparar sus alimentos con todas las personas que viven con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>En caso negativo</b> , ¿quién compra y prepara sus alimentos por separado? _____	
2. ¿Usted o alguien de su familia alquila una habitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Usted o alguien de su familia le paga a alguien por sus alimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Usted o alguien de su familia es un criminal fugado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Usted o alguien de su familia está violando su libertad condicional o bajo palabra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. ¿Usted o alguien de su familia ha sido declarado culpable de un delito relacionado con drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6. If yes, complete supplement.
7. ¿Usted o alguien de su casa ha sido descalificado o se han reducido o detenido sus beneficios por romper las reglas de SNAP, FITAP, KCSP o SSI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	7. If yes, complete supplement.
8. ¿Usted o alguien de su grupo familiar tiene que alejarse de una situación de abuso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8-9. Referral needed for domestic violence?
9. ¿Alguien en su hogar le causa temor amenazándolo, gritándole o dañándolo físicamente a usted o un miembro de su familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
10. ¿Usted o alguien de su familia tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	If yes and FITAP/KCSP: Issue Flyer DV.
11. ¿Usted o alguien de su familia está encinta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	10. If yes, complete supplement. If FITAP, complete OFS 90 or OFS 90L.
<b>Si afirmativo</b> , ¿quién? _____ Fecha de parto: _____	
12. ¿Las vacunas de los niños están al día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	12. Verification: <input type="checkbox"/> OFS IM
<b>Si negativo</b> , ¿quién? _____ ¿Por qué? _____	
13. ¿Alguien de su familia asiste a la secundaria, colegio universitario, escuela vocacional o técnica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> CR 9
<b>En caso afirmativo</b> , rellene la información siguiente para cada alumno:	
a. _____ Nombre del alumno	<input type="checkbox"/> Eligible student
_____ Nombre de la escuela y programa de estudios	<input type="checkbox"/> Ineligible student
¿Cuántas horas asiste a la escuela el alumno cada semana? _____	
¿Se considera de tiempo completo o de medio tiempo? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo	
b. _____ Nombre del alumno	<input type="checkbox"/> Eligible student
_____ Nombre de la escuela y programa de estudios	<input type="checkbox"/> Ineligible student
¿Cuántas horas asiste a la escuela el alumno cada semana? _____	
¿Se considera de tiempo completo o de medio tiempo? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo	

E. Háblenos del trabajo en su grupo familiar	For Office Use Only
<p>Háblenos de cualquier dinero recibido por usted o por cualquier persona de su hogar por un trabajo, sea trabajo de tiempo completo, medio tiempo, temporal o estacional, autoempleo, capacitación, pago de la reserva militar o trabajo por estudio. Esto incluye dinero recibido de salarios, propinas o comisiones.</p>	
<p>1. ¿Usted o alguien de su familia trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Rellene la información siguiente para <b>cada persona</b> que trabaje para un empleador. Si nadie trabaja para más de un empleador, rellene un bloque separado para cada empleador. Use papel común si necesita más espacio.</p>	
<p>2. Persona que trabaja para un empleador</p>	
<p>Nombre _____ Fecha de inicio _____</p>	Use OFS 3
<p>Nombre del empleador _____ Teléfono N° _____</p>	Verified by:
<p>Dirección _____</p>	
<p>¿Con qué frecuencia paga? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Dos veces al mes</p>	
<p>¿Se le paga mediante depósito directo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p><b>En caso afirmativo</b>, ¿en qué banco o cooperativa de crédito? _____</p>	Are reimbursements received? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p><b>En caso negativo</b>, ¿dónde hace efectivo su cheque de pago? _____</p>	
<p>N° de horas trabajadas por semana _____ Salario por hora _____</p>	
<p>N° de días trabajados por semana _____</p>	
<p>¿Alguna vez trabaja horas extras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p><b>En caso afirmativo</b>, ¿con qué frecuencia? _____ ¿Cuántas horas? _____</p>	Is commission earned? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>¿Se ganan propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	If yes, how much? How often?
<p><b>En caso afirmativo</b>, ¿cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____</p>	
<p>¿Se trata de trabajo por estudio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	Is this piecework? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>¿Se trata de trabajo temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	Rate per piece?
<p><b>En caso afirmativo</b>, ¿fecha en que se espera que termine? _____</p>	
<p>3. Persona que trabaja para un empleador</p>	
<p>Nombre _____ Fecha de inicio _____</p>	Use OFS 3
<p>Nombre del empleador _____ Teléfono N° _____</p>	Verified by:
<p>Dirección _____</p>	
<p>¿Con qué frecuencia paga? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Dos veces al mes</p>	
<p>¿Se le paga mediante depósito directo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p><b>En caso afirmativo</b>, ¿en qué banco o cooperativa de crédito? _____</p>	Are reimbursements received? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p><b>En caso negativo</b>, ¿dónde hace efectivo su cheque de pago? _____</p>	
<p>N° de horas trabajadas por semana _____ Salario por hora _____</p>	
<p>N° de días trabajados por semana _____</p>	
<p>¿Alguna vez trabaja horas extras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p><b>En caso afirmativo</b>, ¿con qué frecuencia? _____ ¿Cuántas horas? _____</p>	Is commission earned? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>¿Se ganan propinas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	If yes, how much? How often?
<p><b>En caso afirmativo</b>, ¿cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____</p>	
<p>¿Se trata de trabajo por estudio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	Is this piecework? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p>¿Se trata de trabajo temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	Rate per piece?
<p><b>En caso afirmativo</b>, ¿fecha en que se espera que termine? _____</p>	

<p>4. ¿Alguien de su casa (incluido usted) dejó de trabajar en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Alguien de su casa (incluido usted) está buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Alguien está en huelga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Alguien de su grupo familiar es migrante o trabajador agrícola temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>For Office Use Only</b></p> <p>4. If yes, complete supplement.</p> <p>5. If yes, complete supplement.</p>																													
<p><i>Rellene la información siguiente para <b>cada persona</b> que esté autoempleada. Esto incluye pescadores, proveedores de cuidados a menores, peluqueros y personas que hacen trabajos varios como cortar la hierba, recoger latas, etc. Use papel común si necesita más espacio.</i></p>																														
<p>8. Personas autoempleadas</p>																														
Nombre	Nombre																													
Tipo de negocio	Tipo de negocio																													
Ingresos mensuales del negocio	Ingresos mensuales del negocio																													
Gastos de negocios mensuales	Gastos de negocios mensuales																													
Nº de horas trabajadas por semana	Nº de horas trabajadas por semana																													
<p><b>F. Infórmenos de otros ingresos</b></p>																														
<p>1. ¿Usted o alguien de su grupo familiar recibe dinero de una fuente que no sea el trabajo? <b>En caso de ser sí</b>, marque cada tipo de ingresos.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Ingresos por anualidad  <input type="checkbox"/> Ingresos por manutención de menores  <input type="checkbox"/> Aportaciones de parientes o amigos  <input type="checkbox"/> Beneficios de seguro por discapacidad  <input type="checkbox"/> Comprobación de energía  <input type="checkbox"/> Regalos  <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses  <input type="checkbox"/> Préstamos  <input type="checkbox"/> Adjudicación militar  <input type="checkbox"/> Arrendamiento petrolero/Regalías  <input type="checkbox"/> Beneficios ferrocarrileros  <input type="checkbox"/> Ingresos por rentas  <input type="checkbox"/> Pensión de retiro </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Inquilino o huésped  <input type="checkbox"/> Seguridad Social  <input type="checkbox"/> Becas/Subsidios/Préstamos escolares  <input type="checkbox"/> SSI  <input type="checkbox"/> Manutención de cónyuge o pensión alimentaria  <input type="checkbox"/> Dinero tribal  <input type="checkbox"/> Asignación por capacitación (WIA)  <input type="checkbox"/> Ingresos por fideicomisos  <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo  <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos  <input type="checkbox"/> Compensación para los trabajadores  <input type="checkbox"/> Otro </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Ingresos por anualidad <input type="checkbox"/> Ingresos por manutención de menores <input type="checkbox"/> Aportaciones de parientes o amigos <input type="checkbox"/> Beneficios de seguro por discapacidad <input type="checkbox"/> Comprobación de energía <input type="checkbox"/> Regalos <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Adjudicación militar <input type="checkbox"/> Arrendamiento petrolero/Regalías <input type="checkbox"/> Beneficios ferrocarrileros <input type="checkbox"/> Ingresos por rentas <input type="checkbox"/> Pensión de retiro	<input type="checkbox"/> Inquilino o huésped <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Becas/Subsidios/Préstamos escolares <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Manutención de cónyuge o pensión alimentaria <input type="checkbox"/> Dinero tribal <input type="checkbox"/> Asignación por capacitación (WIA) <input type="checkbox"/> Ingresos por fideicomisos <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos <input type="checkbox"/> Compensación para los trabajadores <input type="checkbox"/> Otro																											
<input type="checkbox"/> Ingresos por anualidad <input type="checkbox"/> Ingresos por manutención de menores <input type="checkbox"/> Aportaciones de parientes o amigos <input type="checkbox"/> Beneficios de seguro por discapacidad <input type="checkbox"/> Comprobación de energía <input type="checkbox"/> Regalos <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses <input type="checkbox"/> Préstamos <input type="checkbox"/> Adjudicación militar <input type="checkbox"/> Arrendamiento petrolero/Regalías <input type="checkbox"/> Beneficios ferrocarrileros <input type="checkbox"/> Ingresos por rentas <input type="checkbox"/> Pensión de retiro	<input type="checkbox"/> Inquilino o huésped <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Becas/Subsidios/Préstamos escolares <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Manutención de cónyuge o pensión alimentaria <input type="checkbox"/> Dinero tribal <input type="checkbox"/> Asignación por capacitación (WIA) <input type="checkbox"/> Ingresos por fideicomisos <input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos <input type="checkbox"/> Compensación para los trabajadores <input type="checkbox"/> Otro																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">For Office Use Only</th> <th colspan="2" style="width: 35%;">FITAP</th> <th colspan="2" style="width: 35%;">SNAP</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">Name</th> <th style="width: 15%;">Age</th> <th style="width: 15%;">WR Code</th> <th style="width: 20%;">Reason For Exemption</th> <th style="width: 15%;">WR Code</th> <th style="width: 20%;">Reason For Exemption</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		For Office Use Only	FITAP		SNAP		Name	Age	WR Code	Reason For Exemption	WR Code	Reason For Exemption																		
For Office Use Only	FITAP		SNAP																											
Name	Age	WR Code	Reason For Exemption	WR Code	Reason For Exemption																									

2. <i>Para cada casilla marcada en el N° 1 de esta sección en la página 6, rellene la información siguiente. Incluya cualquier dinero que espere recibir en los próximos 30 días.</i>					<b>For Office Use Only</b>
<b>Nombre</b>	<b>Tipo de ingreso</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Con qué frecuencia (semanal, mensual, etc.)</b>	<b>¿Espera que estos ingresos finalicen?</b>	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo, ¿cuándo?</b>	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo, ¿cuándo?</b>	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo, ¿cuándo?</b>	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo, ¿cuándo?</b>	
3. ¿Usted o alguien de su grupo familiar tiene una solicitud pendiente de algún beneficio que no esté recibiendo aún? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Verified by:
4. ¿Usted o alguien de su familia ha recibido asistencia en efectivo o beneficios de SNAP de otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>En caso afirmativo,</b>					
a. ¿quién? _____					
b. ¿Cuándo? _____					
c. ¿Qué estados? _____					
5. ¿Alguien tiene orden de un tribunal para pagarle manutención de menores a usted o a alguien de su grupo familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					3. If yes, what type?
6. ¿Usted o alguien de su grupo familiar recibe dinero del padre de un menor que no tenga orden del tribunal para pagar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					5. If yes, complete supplement
<b>G. Háblenos de sus gastos</b>					6. If yes, complete supplement.
<i>Para recibir la mayor cantidad de beneficios posible, tiene que hablarnos de los gastos de su hogar y darnos prueba de ellos. No informar de los gastos abajo indicados o no verificarlos se verá como una declaración por parte de su grupo familiar de que no desean recibir una deducción por el gasto no reportado.</i>					Living Arrangement
<b>Gastos De Vivienda</b>					<input type="checkbox"/> Public housing
1. Marque cada tipo de gasto de vivienda que tenga usted o cualquier persona de su familia.					<input type="checkbox"/> HUD or Section 8 subsidy
<input type="checkbox"/> Renta	<input type="checkbox"/> Hipotecas (si está comprando)	<input type="checkbox"/> Renta de lote	<input type="checkbox"/> Seguro del hogar	<input type="checkbox"/> Seguro contra inundaciones	<input type="checkbox"/> Impuesto predial
<input type="checkbox"/> Cuotas de condominio	<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Gasolina	<input type="checkbox"/> Drenaje	<input type="checkbox"/> Agua	<input type="checkbox"/> Basura
	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Otro			
					<input type="checkbox"/> No rent subsidy
					Are insurance and property taxes included in the mortgage payment?
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					Are any of these bills past due?
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

2. Para cada casilla marcada en el N° 1 de esta sección en la página 7, rellene la información siguiente.

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

3. ¿Paga costos de servicios públicos por calefacción o aire acondicionado?  Sí  No
4. ¿Alguien le ayuda a pagar sus gastos de vivienda?  Sí  No
5. ¿Recibe asistencia para la energía?  
**En caso afirmativo, ¿la asistencia es por medio del Programa de Asistencia de Energía para Hogares Bajos Ingresos (LIHEAP)?**  Sí  No

**GASTOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES**

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

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

**GASTOS MÉDICOS**

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

1. ¿Hay alguien de su grupo familiar que tenga una discapacidad o tenga más de 59 años de edad?  Sí  No  
**En caso afirmativo, responda las preguntas de esta sección.**  
**En caso negativo, pase a la sección de Gastos de Cuidado de los Dependientes en la siguiente página.**
2. ¿Esta persona tiene que pagar gastos médicos?  Sí  No
- a. **En caso afirmativo, ¿desea verificar estos gastos de modo que pueda obtener una deducción médica?**  Sí  No
- b. Marque cada gasto médico que tenga esta persona.
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Facturas dentales                  | <input type="checkbox"/> Medicina recetada                        |
| <input type="checkbox"/> Facturas de hospital               | <input type="checkbox"/> Prima de Plan de medicamentos con receta |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico o Primas de Medicare | <input type="checkbox"/> Residencia de ancianos                   |
| <input type="checkbox"/> Aparatos médicos                   | <input type="checkbox"/> Otros                                    |

3. Para cada casilla marcada arriba, rellene la información siguiente.

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

**For Office Use Only**

Indicate how each expense was verified.

- Eligible for:  SUA  
 BUA  
 TEL  
 None

4. If yes, complete supplement.

Court-ordered child support expenses:

Medical expenses:  
 Use form SNAP 1MW

<i>Gasto de Transporte Médico es dinero gastado en viajes al médico, al hospital, a la farmacia, etc. Esto incluye las millas que haya viajado en su propio vehículo.</i>					<b>For Office Use Only</b>
4. ¿Alguna persona mayor o discapacitada incluida en la página anterior tiene costos de transporte médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. ¿Esta persona usa su propio vehículo o el vehículo de un miembro del grupo familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. <b>En caso afirmativo</b> , rellene la información siguiente:					
<b>Nombre de la persona</b>	<b>Enumere todos los lugares visitados para efectos médicos (por ej., médicos, farmacia, hospital, etc.)</b>	<b>Nº de millas viajadas en viaje redondo</b>	<b>Número de visitas por mes</b>		
c. ¿Esta persona le paga a alguien que no sea miembro del grupo familiar para tener transporte médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d. <b>En caso afirmativo</b> , rellene la información siguiente:					
<b>Nombre de la persona</b>	<b>A quién se le paga</b>	<b>A dónde va esta persona</b>	<b>Cuánto paga esta persona por cada viaje</b>	<b>Cuántos viajes paga esta persona cada mes</b>	
<i>Si necesita más espacio, puede escribir la información en papel común.</i>					
5. ¿Se reembolsará a esta persona o a cualquier otra persona de su grupo familiar por alguno de los gastos médicos arriba enumerados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					5. If yes, complete supplement.
6. ¿Alguien le ayuda a pagar los gastos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					6. If yes, complete supplement.
<b>GASTOS DE CUIDADO DE DEPENDIENTES</b>					
1. ¿Usted o alguien de su grupo familiar le paga a alguien para cuidar a un menor o a un adulto que sea mayor o discapacitado, de modo que un miembro del grupo familiar pueda trabajar, asistir a capacitación o a la escuela, o buscar trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Certified for CCAP? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. <b>En caso afirmativo</b> , rellene la información siguiente:					What is co-payment amount?
<b>Quién lo paga</b>	<b>Nombre y número de teléfono de la persona a la que se le paga</b>	<b>Cantidad pagada</b>	<b>Con qué frecuencia se paga (semanal, mensual, etc.)</b>		
3. ¿Alguien le ayuda a pagar sus gastos de cuidado a los dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					When management is questionable, use form OFS 4MW. 3. If yes, complete supplement.

<b>H. Si está solicitando beneficios de SNAP, háganos acerca de los recursos de su grupo familiar</b>				<b>For Office Use Only</b>												
<i>Los recursos incluyen efectivo, dinero en el banco, certificados de depósito, acciones y bonos. Los recursos no incluyen posesiones personales como joyería, muebles, equipo eléctrico o ropa.</i>																
1. Marque cada recurso abajo indicado que tenga usted o cualquier persona de su grupo familiar. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Cheques)</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Cuentas de mercado de dinero</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Ahorros)</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Fondos de inversión</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Cuenta mancomunada</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Caja de seguridad</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Bonos</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Bono de ahorro</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Dinero en mano</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Acciones</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD)</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Cheques)	<input type="checkbox"/> Cuentas de mercado de dinero	<input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Ahorros)	<input type="checkbox"/> Fondos de inversión	<input type="checkbox"/> Cuenta mancomunada	<input type="checkbox"/> Caja de seguridad	<input type="checkbox"/> Bonos	<input type="checkbox"/> Bono de ahorro	<input type="checkbox"/> Dinero en mano	<input type="checkbox"/> Acciones	<input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD)		
<input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Cheques)	<input type="checkbox"/> Cuentas de mercado de dinero															
<input type="checkbox"/> Cuenta de banco o cooperativa de crédito (Ahorros)	<input type="checkbox"/> Fondos de inversión															
<input type="checkbox"/> Cuenta mancomunada	<input type="checkbox"/> Caja de seguridad															
<input type="checkbox"/> Bonos	<input type="checkbox"/> Bono de ahorro															
<input type="checkbox"/> Dinero en mano	<input type="checkbox"/> Acciones															
<input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD)																
2. <i>Para cada casilla marcada arriba, rellene la información siguiente.</i>																
<b>A nombre de quién está indicado el recurso</b>	<b>Tipo de recurso</b>	<b>Cuánto vale</b>	<b>Dónde está el recurso (incluya el nombre del banco o empresa donde se guarda el dinero, dirección de la propiedad, etc.)</b>													
				Are liquid resources \$1500 or less? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No												
				How was this verified? <input type="checkbox"/> Client statement <input type="checkbox"/> Bank statement <input type="checkbox"/> Other												
3. ¿Su nombre o el nombre de alguna otra persona de su grupo familiar aparece en una cuenta de banco o cooperativa de crédito con alguien más? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span> <b>En caso afirmativo, ¿qué nombres hay en la cuenta?</b> a. _____ ¿Por qué aparece este nombre en la cuenta? b. _____																
4. ¿Usted o alguien más de su grupo familiar ha vendido, intercambiado, regalado o transferido un recurso en los últimos tres meses? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>				4. If yes, complete supplement.												
5. ¿Usted o alguien de su familia recibió o usted o alguien de su grupo familiar espera recibir una cantidad de dinero? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>				5. If yes, complete supplement. <input type="checkbox"/> Countable lump sum <input type="checkbox"/> Non-countable lump sum												
<b>For Office Use Only</b>																

**SI ESTÁ SOLICITANDO BENEFICIOS DE SNAP ÚNICAMENTE, PASE A LA PÁGINA 13.**

**SÓLO DEBE RELLENAR ESTA PÁGINA SI ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS**

**I. Programa de asistencia para el cuidado de niños**

1. ¿Está presentando una solicitud para el Programa de asistencia para el cuidado infantil?  Sí  No  
**En caso afirmativo**, rellene esta página. **En caso contrario**, pase a la página 11.
2. Indique a todos los niños que necesiten cuidados y las horas de cada día en que se necesita el cuidado. Si hay niños en edad escolar que necesiten atención antes y después de la escuela, indique ambas horas (por ejemplo: 7:00 a.m. a 8:00 a.m. y 3:30 p.m. a 6:00 p.m.)

Nombre del niño	Edad	Tipo de atención	Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor	Relación del proveedor con el menor	Costo del cuidado	Tiempo de cuidados que se necesitan cada día
		<input type="checkbox"/> Hogar del menor <input type="checkbox"/> Hogar del proveedor <input type="checkbox"/> Centro de Clase A <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Hogar del menor <input type="checkbox"/> Hogar del proveedor <input type="checkbox"/> Centro de Clase A <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Hogar del menor <input type="checkbox"/> Hogar del proveedor <input type="checkbox"/> Centro de Clase A <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Hogar del menor <input type="checkbox"/> Hogar del proveedor <input type="checkbox"/> Centro de Clase A <input type="checkbox"/> Otro				
		<input type="checkbox"/> Hogar del menor <input type="checkbox"/> Hogar del proveedor <input type="checkbox"/> Centro de Clase A <input type="checkbox"/> Otro				

3. Indique a todos los niños que asisten o van a asistir a Head Start, Pre-Kindergarten, Kindergarten o la escuela este año escolar. \_\_\_\_\_

4. ¿Alguno de los niños arriba indicados necesita atención especializada debido a un problema físico, mental o emocional?  Sí  No

a. **En caso afirmativo**, ¿quién? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuál es la afección? \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

Did the provider change?  Yes  No

How were special needs verified?

**SÓLO DEBE RELLENAR ESTA PÁGINA SI ESTÁ SOLICITANDO FITAP O KCSP**

J. FITAP o KCSP			For Office Use Only		
1. ¿Está solicitando FITAP o KCSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo</b> , rellene esta página. <b>En caso contrario</b> , pase a la página 13.			2 If yes, complete form 117-1		
SEGURO MÉDICO					
2. ¿Alguien de su grupo familiar está cubierto por un seguro médico distinto de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. <b>En caso afirmativo</b> , nombre del seguro: _____ b. Tipo de cobertura (hospitalaria, dental, etc.) _____					
3. ¿Usted o alguien de su grupo familiar puede obtener seguro médico por medio de un empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
AVALES			5. Custody verified by:		
4. Rellene la información siguiente para dos personas que no estén relacionadas con usted que puedan verificar la situación de su grupo familiar.					
Nombre	Dirección	Número de teléfono durante el día			
CUSTODIA					
5. Si no es el padre de los menores por los cuales está presentando la solicitud, ¿tiene su custodia legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a. <b>En caso afirmativo</b> , rellene la información siguiente:					
Menores de los cuales tiene la custodia	Tipo de custodia	Fecha de vigencia de la custodia			
<i>Un padre no custodio es aquel que no vive en el hogar con su hijo. Háblenos de otros padres no custodios de cada menor que vive en su casa. Esto incluye tanto a la madre como al padre, si usted no es el padre de los menores. Si el padre biológico y el padre legal de un menor no son la misma persona, aporte la información solicitada de ambos padres. Use papel común si necesita más espacio.</i>					
6. <b>Información del padre que no tenga la custodia</b>					
Nombre	Número de la seguridad social	Fecha de nacimiento			
Dirección postal					
Ciudad	Estado	Número de teléfono			
Empleador					
Nombres de los niños					

**7. Información del padre que no tenga la custodia**

Nombre Número de la seguridad social Fecha de nacimiento

Dirección postal

Ciudad Estado Número de teléfono

Empleador

Nombres de los niños

**8. Información del padre que no tenga la custodia**

Nombre Número de la seguridad social Fecha de nacimiento

Dirección postal

Ciudad Estado Número de teléfono

Empleador

Nombres de los niños

**For Office Use Only**

Living in the home with qualified relative?  Yes  No

Verified by:

- Landlord statement
- School records
- Collateral
- Other

NCP: Complete form 4NCP and 4NCP Supplement, if applicable:

**Registro de votantes**

A cualquier ciudadano del estado de Louisiana que haya cumplido con los requisitos del registro de votantes y que solicite asistencia pública debe dársele la oportunidad de registrarse para votar.

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿desea presentar solicitud para registrarse como votante?  
 Sí  No

Si no marca ninguna casilla, asumiremos que no desea registrarse como votante en este momento.

Tenga presente que la información que le entregue a la agencia se mantendrá confidencial y sólo se usará para efectos del registro de votantes. Solicitar el registro para votar o negarse a registrarse no afectará la cantidad de asistencia que pueda recibir del Departamento de Servicios Sociales.

Si desea ayuda para rellenar el formulario de registro de votantes, le ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es suya. Puede rellenar el formulario en privado. Hable con su trabajador si necesita ayuda. Puede presentar una queja si considera que alguien ha interferido con su:

- derecho a registrarse para votar,
- derecho a negarse a registrarse para votar,
- derecho a la privacidad para decidir si desea registrarse para votar,
- privacidad al hacer la solicitud para registrarse para votar, o
- derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política.

Puede presentar una queja ante: Louisiana Secretary of State, P.O. Box 94125, Baton Rouge, LA 70804-9125. 1-800-825-3805

**Lea cuidadosamente y firme abajo**

Certifico bajo pena de perjurio que la información que he aportado en esta solicitud es verdadera, completa y exacta hasta donde sé, incluida la información que he dado respecto a la ciudadanía estadounidense o situación migratoria de todos los miembros del grupo familiar. Entiendo que yo y cualquier miembro adulto del grupo familiar podemos estar sujetos a descalificación y enjuiciamiento, y se nos exigirá devolver el pago de beneficios no elegibles si a sabiendas damos información falsa, incorrecta o incompleta con objeto de obtener o tratar de obtener asistencia financiera, de alimentos o para el cuidado infantil. Al firmar esta solicitud, doy permiso para entregar información a la Oficina de Apoyo a la Familia por parte de cualquier persona o agencia que tenga conocimiento de mis circunstancias.

**Recuerde, debe entregar pruebas de la información que reportó en este formulario de solicitud y verificación de su identidad.**

\_\_\_\_\_  
Su firma (o marca)

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Firma (o marca) de su esposa o esposo

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Firma del padre soltero menor

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

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

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo

**Firma de la persona que le ayudó a rellenar este formulario y qué parentesco tiene con usted**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relaciones

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de la agencia

\_\_\_\_\_  
Fecha

Deseo retirar mi \_\_\_\_\_ solicitud porque \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha