

NUEVA SOLICITUD: Sí  No

NUEVA DETERMINATION: Sí  No

**1. INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN:** Este formulario debe ser diligenciado por la persona cabeza de hogar u otro miembro del núcleo familiar que esté a cargo de cubrir los costes del cuidado del menor.

**POR FAVOR IMPRIMA TODA LA INFORMACIÓN**

Apellidos:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección de domicilio:		Apto. N.º:
Ciudad:	Parroquia:	CÓDIGO POSTAL:
Dirección postal:		Apartado aéreo:
Ciudad:	Parroquia:	CÓDIGO POSTAL:

Número de teléfono:	Casa: ( )	Trabajo: ( )	Otro número de teléfono: ( )
¿Se considera usted <u>persona sin casa</u> ni hogar de acuerdo con la Ley McKinney-Vento de Asistencia a las personas sin hogar? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
¿Participa usted en algún programa de vivienda transicional? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
¿Puede usted certificar que los bienes de su familia con superan \$1.000.000? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			

**2. COMPOSICIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR:** De acuerdo con este programa, un núcleo familiar incluye todas las personas que viven juntas, así: la persona cabeza de hogar, el cónyuge legal o de hecho del jefe del hogar y todos los hijos dependientes menores de 18 años. Póngase en primer lugar de la lista y luego relacione los nombres de los demás miembros de la familia, colocándolos por orden de edad y comenzando por el mayor de ellos.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellidos)	Relación de parentesco con usted mismo.	Fecha de nacimiento	Raza	Género	*SSN (# SEGURO SOCIAL) (opcional)	Estado civil
	Mismo					

¿Alguna de las personas adultas o cabeza de hogar mencionadas anteriormente se encuentra en condición de discapacidad?  Sí  No  
Si la respuesta es positiva, relacione el nombre de tal persona y anexe prueba de su discapacidad [dictamen médico, prueba de discapacidad (esto es, carta de aprobación de beneficios)]

Nombre: \_\_\_\_\_

¿Todas las personas relacionadas anteriormente son ciudadanos estadounidenses?  Sí  No

En caso de responder negativamente, relacione sus nombres: \_\_\_\_\_

Alguno de los miembros de su núcleo familiar es padre o hijo de crianza?  Sí  No

En caso de responder positivamente, relacione por favor todos los miembros correspondientes: \_\_\_\_\_

¿Alguno de los miembros de su familia se encuentra actualmente prestando servicio militar (esto es, con dedicación plena) en las fuerzas armadas o forma parte de la guardia nacional o de alguna unidad de reserva militar de los Estados Unidos de Norteamérica?  Sí  No

En caso de responder positivamente, relacione por favor el nombre de la persona y especifique si se encuentra en servicio activo militar, en la guardia nacional o en la reserva militar de los Estados Unidos de Norteamérica: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA LA INFANCIA**

3. **NIÑOS QUE NECESITAN ATENCIÓN:** Por favor, pídale a su proveedor seleccionado de atención para la infancia que diligencie esta sección.

Nombre del niño(a) (apellidos, nombre)	Edad	Tipo de atención (una por cada niño)	Información de contacto	Parentesco entre proveedor y niño(a)	Tipo de atención	¿Se requiere atención durante el verano?
		<input type="radio"/> Hogar del niño <input type="radio"/> Sede del proveedor <input type="radio"/> Centro de atención tipo III <input type="radio"/> Otro	Nombre: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: _____ INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Proveedor #: _____	<input type="radio"/> Abuelo <input type="radio"/> Hermana/ Hermano <input type="radio"/> Tía/Tío <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
		<input type="radio"/> Hogar del niño <input type="radio"/> Sede del proveedor <input type="radio"/> Centro de atención tipo III <input type="radio"/> Otro	Nombre: _____ Dirección: _____ # de teléfono: _____ INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Proveedor #: _____	<input type="radio"/> Abuelo <input type="radio"/> Hermana/ Hermano <input type="radio"/> Tía/Tío <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
		<input type="radio"/> Hogar del niño <input type="radio"/> Sede del proveedor <input type="radio"/> Centro de atención tipo III <input type="radio"/> Otro	Nombre: _____ Dirección: _____ # de teléfono: _____ INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Proveedor #: _____	<input type="radio"/> Abuelo <input type="radio"/> Hermana/ Hermano <input type="radio"/> Tía/Tío <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
		<input type="radio"/> Hogar del niño <input type="radio"/> Sede del proveedor <input type="radio"/> Centro de atención tipo III <input type="radio"/> Otro	Nombre: _____ Dirección: _____ # de teléfono: _____ INFORMACIÓN CONFIDENCIAL Proveedor #: _____	<input type="radio"/> Abuelo <input type="radio"/> Hermana/ Hermano <input type="radio"/> Tía/Tío <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

4. De la sección Niños(as) con Necesidad de Atención, relacione quienes acuden o acudirán este año al preescolar, al pre-jardín infantil, al jardín infantil o a la escuela:

\_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es la lengua principal que se habla en casa? \_\_\_\_\_

6. ¿Todos los(as) niños(as) que necesitan atención están vacunados?  Sí  No

En caso de responder negativamente, relacione los nombres del/de los niños(as) que no están vacunados: \_\_\_\_\_

7. **NECESIDADES PARTICULARES:** ¿Alguno(s) de los niños menores de 18 años requiere(n) una atención especializada debido a alguna condición médica física, mental o emocional?

Sí  No En caso de responder positivamente relacione el/los nombre(s): \_\_\_\_\_

¿Este niño tiene un Programa Educacional Individualizado (IEP en inglés)?  Sí  No ¿Su familia cuenta con algún Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP en inglés)?  Sí  No

8. ¿Alguno de los niños recibe los beneficios propios de un programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI en inglés)?  Sí  No

En caso de responder positivamente envíe copia de la carta de aprobación o de alguno de los cheques recibidos recientemente.

9. **PERSONA DESIGNADA EN EL NÚCLEO FAMILIAR:** Como cabeza de familia usted representa automáticamente la Persona Designada en el Núcleo Familiar. UNA PERSONA DESIGNADA EN EL NÚCLEO FAMILIAR la representa un adulto que ha sido señalado por usted y por escrito, para dejar y recoger al niño(a) en la sede del proveedor CCAP y controlar los ingresos y las salidas del/de los niño(s) de las sedes de atención utilizando los servicios TOTS. Usted puede señalar como Persona Designada en el Núcleo Familiar hasta tres personas adultas además de usted mismo(a), relacionándolas más adelante y facilitando la información que se pide. Estas personas Designadas en el Núcleo Familiar estarán autorizadas para dejar y recoger al/a los niño(s) en la sede del proveedor CCAP.

**Al firmar más adelante como Persona Designada en el Grupo Familiar certifico lo siguiente:**

- (1) Que no soy el proveedor CCAP de atención para la infancia, que ofrece servicios al núcleo familiar mencionado anteriormente.
- (2) Que no presto servicios de atención al/a los niño(s) con necesidad de asistencia, ni las personas designadas en mi núcleo familiar son empleadas de la institución de atención para la infancia.
- (3) Que no vivo con el proveedor domiciliario de atención para la niñez mencionado anteriormente.

**También certifico que toda la información que he entregado en este formulario es verdadera, correcta y suficiente.** Por medio de la presente señalo a las siguientes personas como Designados en el Núcleo Familiar:

Nombre de la persona cabeza de hogar:	Fecha de nacimiento:	Cabeza de Hogar o Persona Designada en el Núcleo Familiar:	Fecha:
---------------------------------------	----------------------	--	--------

Dirección de residencia de la persona cabeza de hogar:

Nombre del primer designado en el Núcleo Familiar:	Fecha de nacimiento:	Parentesco con la persona cabeza de hogar:	Fecha:
--	----------------------	--	--------

Dirección de residencia del primer designado en el Grupo Familiar:

Nombre del segundo designado en el Grupo Familiar:	Fecha de nacimiento:	Parentesco con la persona cabeza de hogar:	Fecha:
--	----------------------	--	--------

Dirección de residencia del segundo designado en el Núcleo Familiar:

Nombre del tercer designado en el Núcleo Familiar:	Fecha de nacimiento:	Parentesco con la persona cabeza de hogar:	Fecha:
--	----------------------	--	--------

Dirección de residencia del tercer designado en el Núcleo Familiar:

10. **PERSONAS QUE ESTÁN EMPLEADAS:** Ingrese el nombre de cada persona con edad igual o mayor a 18 años, que figure en la composición del Núcleo Familiar (página uno) y se encuentre asalariado. Relacione TODOS los trabajos (de tiempo completo, parcial, temporal, independiente o empleo de menor importancia, inclusive si el trabajo se inició recientemente o se terminará pronto). **Envíe los comprobantes de cheques de los últimos 4 periodos de pago (de cada persona que esté empleada).** Si no se dispone de los comprobantes de cheques, nosotros le entregaremos un formulario para que el empleador lo diligencie y se pueda comprobar los ingresos de los 4 últimos periodos de pago.

Persona empleada	Nombre y dirección del empleador	Fecha de comienzo del empleo	Intensidad horaria semanal	Días de trabajo por semana (señale todas las opciones relevantes)	Ingresos brutos mensuales	Periodicidad de pago
				<input type="radio"/> Lun. <input type="radio"/> Vier. <input type="radio"/> Mart. <input type="radio"/> Sáb. <input type="radio"/> Miérc. <input type="radio"/> Dom. <input type="radio"/> Juev.		<input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Quincenalmente <input type="radio"/> Mensualmente <input type="radio"/> Anualmente
						<input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Quincenalmente <input type="radio"/> Mensualmente <input type="radio"/> Anualmente
						<input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Quincenalmente <input type="radio"/> Mensualmente <input type="radio"/> Anualmente

## SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA LA INFANCIA

11. **OTRAS FORMAS DE INGRESO:** Marque la columna que corresponda al lado del tipo de ingreso que usted o cualquier miembro de su hogar reciba o esté aspirando. Envíe prueba de todos los ingresos que haya marcado.

Origen del ingreso	Recibe	Solicitado por	Persona que solicitó o recibe	Cantidad recibida	Frecuencia
A. Manutención infantil		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
B. Pensión alimenticia		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
C. Subsidio por desempleo		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
D. Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI en inglés)		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
E. Beneficios del seguro social		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
F. Prestaciones para veteranos		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
G. Prestaciones de jubilación		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
H. Otras prestaciones para personas discapacitadas		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
I. Subsidio por adopción		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			
J. Indemnización por accidente en el trabajo		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si la respuesta es positiva, Fecha:			

12. **PERSONAS QUE ASISTEN A LA ESCUELA O A ALGÚN TIPO DE CAPACITACIÓN:** Ingrese el nombre de todas las personas con edad igual o superior a 18 años que aparecen en la lista Composición del Núcleo Familiar (página 1), que asisten a una capacitación laboral o programa educativo. Envíe una prueba de la asistencia a la escuela o a la capacitación laboral, que mencione la intensidad horaria por semana de las clases y la fecha prevista de terminación.

Persona en capacitación	Nombre y dirección de la escuela	Intensidad horaria semanal de clases	¿Tiempo completo o parcial?	Fecha prevista de terminación
			<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	
			<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	
			<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	
			<input type="radio"/> Tiempo completo <input type="radio"/> Tiempo parcial	

13. **PERSONAS EN BUSCA DE EMPLEO:** Ingrese el nombre de todas las personas con edad igual o superior a 18 años que aparecen en la lista Composición del Núcleo Familiar, que requieran asistencia de atención para la infancia a fin de poder buscar trabajo:

Nombre:	Nombre:
Nombre:	Nombre:
Nombre:	Nombre:

14. **CONFIDENCIALIDAD:** La información que usted entrega a fin de obtener una certificación CCAP tendrá carácter confidencial y no será entregada sin su autorización por escrito, excepto a las agencias y funcionarios del gobierno según lo disponga la ley.

15. **DISCRIMINACIÓN:** El departamento de Educación no discrimina a nadie para la entrega de los servicios. Lo que significa que usted no será tratado(a) de manera diferente debido a razones de raza, color, género, edad, condición de discapacidad, creencia religiosa, nacionalidad o inclinación política.

16. **DETERMINACIÓN DE IDONEIDAD:** La decisión sobre su solicitud se tomará dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se reciba la aplicación. Usted recibirá una comunicación por escrito acerca de tal decisión. En caso de que usted no haya recibido una comunicación por escrito dentro de los treinta días mencionados, consulte por favor con el departamento de educación llamando al teléfono 1-877-453-2721.

17. **AVISO REQUERIDO PARA REALIZAR CAMBIOS:** Acepto informar al Departamento de Educación en el término de diez días calendario en caso de ocurrencia de cualquiera de los siguientes cambios. Estoy enterado de que debo informar los cambios que puedan suceder después de que se determine mi derecho a los beneficios pretendidos, diligenciando el impreso "Formulario de Informe de Cambio", ya sea en línea por intermedio de la página web Cafe o enviando un fax al número 225-376-6060.
- Cambio de dirección
  - Cambio en la lista "Miembros de mi Núcleo Familiar", incluyendo cualquier persona que ingrese o salga del hogar.
  - Cambio de empleo, de empleador o de la intensidad horaria del trabajo.
  - Cambio en las entradas en caso de que el ingreso mensual bruto del núcleo familiar supere la tabla de ingreso CCAP, de acuerdo con el tamaño de mi núcleo familiar.
  - Cambio en el programa de capacitación o educacional, incluyendo una interrupción de tres semanas por lo menos, un cambio de programas, o un cambio en la intensidad horaria de asistencia.
  - Cambio del proveedor de servicios de asistencia para la infancia o, del tipo de proveedor.
  - Cambio de sede en la que se recibe la asistencia.
  - El proveedor de asistencia para la infancia se muda conmigo o yo me mudo con él, o comenzamos a compartir la misma dirección postal (exceptuando un apartado postal).
  - Cambio en la intensidad diaria u horaria que los niños están bajo la custodia del proveedor de servicios de asistencia para la infancia.
  - Comienzo o superación de alguna condición de discapacidad.
18. La entrega de información falsa, de retención de información o de incumplimiento en el reporte de cualesquier cambios que se sucedan según se describe anteriormente, puede conducir al rechazo o la pérdida de la certificación por parte del programa CCAP. Si la entrega de falsa información o la retención de información tienen como consecuencia un pago superior al valor aprobado para el servicio de asistencia para la infancia, a usted se le puede solicitar el reembolso de la cantidad excedente que se haya hecho a su nombre. Si de manera intencional usted no informa cualquier situación que tenga como consecuencia el pago a su nombre de cantidades no aprobadas, su participación en el programa puede ser inhabilitada y presentarse una demanda por fraude en su contra ante la autoridad competente.
19. La determinación sobre su derecho al servicio de asistencia para la infancia no requiere un número de seguro social, y tal determinación no puede ser adversa en razón de la ausencia en la información correspondiente.
20. Autorizo al Departamento de Educación para que contacte las personas que sean necesarias a fin de verificar mi necesidad del servicio de asistencia. Además, por la presente renuncio a la condición de confidencialidad de mi nombre y número de seguro social, en caso de ser entregados, de tal forma que tal información pueda ser entregada a mis empleadores anteriores y actuales, a los organismos LDH, DCFS, SSA, LWC y ACF, y a cualesquier otras partes que se considere necesarias, para verificar mis ingresos y la necesidad de asistencia, o para la recopilación de datos, la confrontación de la información o con fines estadísticos.
21. \_\_\_\_\_ (inicial) autorizo al departamento LDOE y a todos sus empleados revelar la información y/o el historial necesario, a los proveedores que se registran a continuación. Entiendo que tal información puede incluir, entre otra, la solicitud de su verificación, la información del estado de mi solicitud y el análisis de cualesquier pagos y registros llevados por, o hechos a nombre del departamento LDOE. El departamento LDOE se reserva el derecho de decidir si algún historial o información particular puede incluirse dentro de los términos de este desistimiento, y si el mencionado departamento carece de dominio sobre la forma como la parte que recibe utilizará o distribuirá mi información. Acepto liberar y eximir de toda responsabilidad al departamento LDOE por todas y cada una de las causas de acción legal o de daños y perjuicios de cualquier naturaleza que surjan, o que de alguna manera tengan relación con la divulgación o destino que se dé a cualquier información o registros en virtud del presente desistimiento.

22. **FIRMA:** Al firmar el presente documento certifico haber leído y comprendido mis derechos y responsabilidades. También certifico que toda la información entregada en este formulario de aplicación es verdadera y exacta, al tiempo que acepto que cualquier omisión o adulteración de la misma es causa suficiente para el rechazo de mi aplicación.

Firma del solicitante:  X	Fecha:
---------------------------------	--------

**POR FAVOR, ENTREGUE EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA LA INFANCIA COMPLETAMENTE DILIGENCIADO A:**

**CCAP Household Eligibility (Idoneidad para participar en el programa CCAP)**

Apartado aéreo 260037

Baton Rouge, LA 70826

**Telephone:** 1.877.453.2721

**Fax:** 225.342.3906

**STATE OF LOUISIANA  
VOTER REGISTRATION AGENCIES  
DECLARATION FORM**

**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 Louisiana Department of Education at 1-877-543-2727.

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 Louisiana Department of Education, 1201 North Third Street, Baton Rouge, LA 70802 or CCAP Household Eligibility P.O. Box 260037, Baton Rouge, LA 70826 forms.

---

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

Signatures of Two Witnesses If Signed With Mark:

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

**COMPLAINTS**

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

---

**Comments/Remarks (for official use only):**



# Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 3/19)

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

**Eligibility** 1. Are you a citizen of the United States of America?  Yes  No  
 Will you be 18 years of age on or before election day?  Yes  No  
 If you answered "No" to these questions, do not complete this form. You are not eligible to vote at this time. (Please see application instructions for information regarding eligibility to register prior to age 18.)

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

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

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

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

**Party Affiliation** 8.  DEM  GRN  IND  LBT  REP  NO PARTY  OTHER (Specify) \_\_\_\_\_  
**Place of Birth** 9. CITY/TOWN: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_  
 PARISH/COUNTY: \_\_\_\_\_ COUNTRY: \_\_\_\_\_

**Mother's Maiden Name** 10. \_\_\_\_\_ **Email** (Optional) 11. \_\_\_\_\_ **Phone** (Optional) Home: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Other: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

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

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

**Affirmation and Signature** (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. Any false statement may constitute perjury.  
 Applicant Signature:  \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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

\* Last 4 digits of the social security number are required, if issued, and you have no LA driver's license or LA special ID; full SSN number is preferred but optional.  
 OFFICIAL USE ONLY  
 CHECK ONE  New Registration  Updated Registration:  Address Change  Name Change  Party Change  Change in Assistance in Voting  
 REMARKS: \_\_\_\_\_  
 CIRCLE ONE: PA MN RG SDA SS (Disability) Received by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**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.



# Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 4/17)

**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 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 grey section numbers on this page correspond to the grey 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 answered "No" to these questions, do not complete this application 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".*

*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.
3. *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.

*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, you **must** attach either 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 number remains confidential and is only used for registration purposes.*
5. *Sex* - Check male or female (*for statistical purposes only*).
6. *Race* - Race/Ethnic origin is optional (*for statistical purposes only*).
7. *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 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.
8. *Place of Birth* - Print the city/town, parish/county, state and country of your birth place (*for statistical purposes only*).
9. *Mother's Maiden Name* - Print your mother's maiden name, which is her last name at her birth. If unknown, write "unknown".
10. *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.*
11. *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.*
12. *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.*
13. *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.
14. *Place of Last Residence* - Print the address (number and street), city, and state of your prior residence, if different from residence address in section 3 or write "Same".
15. *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.*
16. *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.
17. *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.*
18. *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 the 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.