

From: public records <public.records@mdhs.ms.gov>
Sent: Thursday, April 08, 2021 12:22 PM EDT
To: AO Records <records@americanoversight.org>
Subject: Re: Public Records Act Request (MS-MDHS-21-0341)

EXTERNAL SENDER

Hi, MDHS has received your check and you may access your requested records using the link below. If you have any issues accessing the records or have any further questions, please let me know.

[03.17.21 American Oversight NVRA](#)

Thanks,

Amanda

Public Records Division
Office of Compliance
Office 601.359.4311
Fax 601.359.4477

From: public records <public.records@mdhs.ms.gov>
Sent: Monday, March 22, 2021 1:47 PM
To: AO Records <records@americanoversight.org>
Subject: Re: Public Records Act Request (MS-MDHS-21-0341)

Mariuxi,

The total for the records you requested is \$10.37. That is one (1) hour at \$10.37 per hour. Please make your company check, certified check, or money order payable to "State of Mississippi Treasurer" and direct it to Amanda Fontenot, Public Records Division, 200 South Lamar Street, Jackson MS, 39201. MDHS does NOT accept personal checks, cash, or credit/debit cards. Upon receipt of payment, I will provide your records electronically. If payment is not received by 30 days of this invoice, MDHS reserves the right to close the file.

Please let me know if you have any questions.

Thanks,

Amanda Fontenot

Public Records Division
Office of Compliance
Office 601.359.4311
Fax 601.359.4477

From: AO Records <records@americanoversight.org>
Sent: Tuesday, March 16, 2021 1:05 PM
To: public records <public.records@mdhs.ms.gov>
Subject: Public Records Act Request (MS-MDHS-21-0341)

Dear Public Records Officer:

Please find attached a request for records under Mississippi's Public Records Act.

Sincerely,

Mariuxi Pintado
Paralegal
American Oversight
records@americanoversight.org
www.americanoversight.org | @weareoversight

Public Records Act Request: MS-MDHS-21-0341

WARNING: This email originated outside of MDHS.

DO NOT CLICK links or attachments unless you recognize the sender and know the content is safe.

you have received this message in error, please notify the sender at the above e-mail address and delete it and all copies from your system.

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR APRIL 2019

05/02/19 00:17:32

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
010 ADAMS COUNTY DHS	83 226 0	15 294 0	309
020 ALCORN COUNTY DHS	106 126 0	12 219 1	232
030 AMITE COUNTY DHS	18 86 1	7 98 0	105
040 ATTALA COUNTY DHS	55 115 0	0 170 0	170
050 BENTON COUNTY DHS	34 58 0	14 78 0	92
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	162 331 0	21 469 3	493
070 CALHOUN COUNTY DHS	34 73 0	7 100 0	107
080 CARROLL COUNTY DHS	28 45 0	0 73 0	73
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	62 108 0	8 162 0	170
100 CHOCTAW COUNTY DHS	33 56 0	3 86 0	89
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	64 102 0	8 151 7	166
120 CLARKE COUNTY DHS	88 156 0	19 225 0	244
130 CLAY COUNTY DHS	98 184 0	9 273 0	282
140 COAHOMA COUNTY DHS	122 351 0	5 457 11	473
150 COPIAH COUNTY DHS	143 247 0	11 379 0	390
160 COVINGTON COUNTY DHS	106 119 0	8 217 0	225
170 DESOTO COUNTY DHS	499 624 0	45 994 84	1123
180 FORREST COUNTY DHS	414 571 0	27 798 160	985
190 FRANKLIN COUNTY DHS	33 62 0	3 92 0	95
200 GEORGE COUNTY DHS	128 158 0	8 260	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR APRIL 2019

05/02/19 00:17:32

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
210 GREENE COUNTY DHS	51 107 0	0 155 3	158
220 GRENADA COUNTY DHS	82 140 1	29 194 0	223
230 HANCOCK COUNTY DHS	185 252 0	40 396 1	437
240 HARRISON COUNTY DHS	1326 1676 1	177 2809 17	3003
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	1452 1964 1	221 3158 38	3417
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	23 62 0	3 82 0	85
260 HOLMES COUNTY DHS	122 186 0	13 295 0	308
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	58 176 7	3 238 0	241
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	9 3 0	0 12 0	12
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	64 65 0	14 115 0	129
300 JACKSON COUNTY DHS	779 742 0	86 1430 5	1521
310 JASPER COUNTY DHS	60 126 0	1 185 0	186
320 JEFFERSON COUNTY DHS	25 113 0	4 128 6	138
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	70 101 0	2 169 0	171
340 JONES COUNTY DHS	261 394 0	28 626 1	655
350 KEMPER COUNTY DHS	26 61 3	1 89 0	90
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	105 184 2	19 271 1	291
370 LAMAR COUNTY DHS	241 292 0	1 528 4	533
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	315 466 0	51 730 0	781
390 LAWRENCE COUNTY DHS	56 67 0	0 123 0	179

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR APRIL 2019

05/02/19 00:17:33

*F U L L S E R V I C E O F F I C E *	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
400 LEAKE COUNTY DHS	82 94 2	17 161 0	178
410 LEE COUNTY DHS	277 330 1	53 549 6	608
420 LEFLORE COUNTY DHS	175 385 2	17 513 32	562
430 LINCOLN COUNTY DHS	175 284 0	23 431 5	459
440 LOWNDES COUNTY DHS	229 425 0	24 629 1	654
450 MADISON COUNTY DHS	220 359 0	15 564 0	579
460 MARION COUNTY DHS	139 202 0	0 341 0	341
470 MARSHALL COUNTY DHS	99 190 0	6 283 0	289
480 MONROE COUNTY DHS	138 151 0	1 288 0	289
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	34 45 0	1 75 3	79
500 NESHOPA COUNTY DHS	154 214 1	20 349 0	369
510 NEWTON COUNTY DHS	72 124 0	6 190 0	196
520 NOXUBEE COUNTY DHS	55 157 0	4 134 74	212
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	175 296 0	22 446 3	471
540 PANOLA COUNTY DHS	107 252 0	20 339 0	359
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	235 244 0	3 476 0	479
560 PERRY COUNTY DHS	72 110 0	1 180 1	182
570 PIKE COUNTY DHS	184 394 0	29 547 2	578
580 PONTOTOC COUNTY DHS	84 141 1	1 225 0	226
590 PRENTISS COUNTY DHS	65 92 0	1 156	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR APRIL 2019

05/02/19 00:17:33

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	

600	QUITMAN COUNTY DHS	33 71 0 7 97 0	104
610	RANKIN COUNTY DHS	315 433 0 43 705 0	748
620	SCOTT COUNTY DHS	111 170 0 21 260 0	281
630	SHARKEY COUNTY DHS	18 77 0 0 95 0	95
640	SIMPSON COUNTY DHS	87 169 0 17 239 0	256
650	SMITH COUNTY DHS	52 71 0 2 121 0	123
660	STONE COUNTY DHS	73 106 0 15 158 6	179
670	SUNFLOWER COUNTY DHS- I	109 226 0 3 332 0	335
671	SUNFLOWER COUNTY DHS- R	42 113 0 3 152 0	155
680	TALLAHATCHIE COUNTY DHS	46 80 1 2 125 0	127
690	TATE COUNTY DHS	101 156 0 10 247 0	257
700	TIPPAH COUNTY DHS	51 100 0 2 73 76	151
710	TISHOMINGO COUNTY DHS	38 55 0 1 92 0	93
720	TUNICA COUNTY DHS	80 157 0 30 207 0	237
730	UNION COUNTY DHS	59 91 0 6 144 0	150
740	WALTHALL COUNTY DHS	47 94 0 2 139 0	141
750	WARREN COUNTY DHS	190 414 0 20 584 0	604
760	WASHINGTON COUNTY DHS	252 682 0 28 864 42	934
770	WAYNE COUNTY DHS	115 231 3 18 331 0	349
780	WEBSTER COUNTY DHS	26 78 2 0 106	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR APRIL 2019

05/02/19 00:17:33

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	34 84 0	5 113 0	118
800 WINSTON COUNTY DHS	59 130 0	5 184 0	189
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	47 96 0	0 143 0	143
820 YAZOO COUNTY DHS	133 302 1	7 429 0	436
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	31 71 0	2 100 0	102
860 MSCAP UNIT	35 25 0	6 52 2	60
861 ESAP UNIT	413 338 0	33 673 45	751
862 KLLM UNIT	37 6 0	7 36 0	43
STATEWIDE TOTALS	13025 20090 30	1482 31005 658	33145

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR APRIL 2020

05/02/20 00:33:01

FULL SERVICE OFFICE	* NVRA APPLICATION	* NVRA RECERTIFICATION	* PE CHANGE	* NVRA REGISTERED	* NVRA DECLINED	* NVRA LEFT BLANK	TOTAL
010 ADAMS COUNTY DHS	373	78	0	3	447	1	451
020 ALCORN COUNTY DHS	366	66	0	3	424	5	432
030 AMITE COUNTY DHS	192	14	0	1	204	1	206
040 ATTALA COUNTY DHS	246	38	0	5	279	0	284
050 BENTON COUNTY DHS	168	22	0	6	184	0	190
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	463	125	1	11	427	151	589
070 CALHOUN COUNTY DHS	200	20	0	2	217	1	220
080 CARROLL COUNTY DHS	217	22	0	1	238	0	239
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	191	27	0	0	216	2	218
100 CHOCTAW COUNTY DHS	82	28	0	4	106	0	110
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	140	76	0	1	213	2	216
120 CLARKE COUNTY DHS	488	57	0	2	297	246	545
130 CLAY COUNTY DHS	418	85	0	5	496	2	503
140 COAHOMA COUNTY DHS	566	123	0	7	680	2	689
150 COPIAH COUNTY DHS	525	123	0	13	635	0	648
160 COVINGTON COUNTY DHS	267	31	0	6	291	1	298
170 DESOTO COUNTY DHS	826	173	0	27	754	218	999
180 FORREST COUNTY DHS	1512	213	0	8	1666	51	1725
190 FRANKLIN COUNTY DHS	169	11	0	3	175	2	180
200 GEORGE COUNTY DHS	395	39	0	4	353		



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR APRIL 2020

05/02/20 00:33:02

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
210 GREENE COUNTY DHS	244 20 0	1 263 0	264
220 GRENADA COUNTY DHS	264 49 0	12 301 0	313
230 HANCOCK COUNTY DHS	505 66 0	38 468 65	571
240 HARRISON COUNTY DHS	4007 672 0	55 4368 256	4679
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	3333 700 0	66 3616 351	4033
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	134 28 0	11 145 6	162
260 HOLMES COUNTY DHS	617 85 0	11 628 63	702
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	413 75 4	0 490 2	492
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	79 4 0	0 83 0	83
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	282 36 0	3 314 1	318
300 JACKSON COUNTY DHS	1952 302 0	18 1893 343	2254
310 JASPER COUNTY DHS	260 29 0	4 283 2	289
320 JEFFERSON COUNTY DHS	161 59 0	2 139 79	220
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	239 50 0	3 286 0	289
340 JONES COUNTY DHS	1280 133 0	34 1160 219	1413
350 KEMPER COUNTY DHS	152 26 0	0 174 4	178
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	419 60 0	4 467 8	479
370 LAMAR COUNTY DHS	549 87 0	2 631 3	636
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	1151 80 0	20 1201 10	1231
390 LAWRENCE COUNTY DHS	164 31 0	0 194	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR APRIL 2020

05/02/20 00:33:02

*F U L L S E R V I C E O F F I C E *	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
400 LEAKE COUNTY DHS	401 37 4	9 432 1	442
410 LEE COUNTY DHS	922 86 1	38 962 9	1009
420 LEFLORE COUNTY DHS	933 70 0	9 617 377	1003
430 LINCOLN COUNTY DHS	818 93 0	17 816 78	911
440 LOWNDES COUNTY DHS	905 128 0	17 895 121	1033
450 MADISON COUNTY DHS	1179 124 0	5 1289 9	1303
460 MARION COUNTY DHS	820 75 0	2 892 1	895
470 MARSHALL COUNTY DHS	364 50 0	6 408 0	414
480 MONROE COUNTY DHS	506 86 0	4 587 1	592
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	268 18 0	3 270 13	286
500 NESHOPA COUNTY DHS	349 67 0	6 406 4	416
510 NEWTON COUNTY DHS	284 64 0	5 343 0	348
520 NOXUBEE COUNTY DHS	268 81 0	2 286 61	349
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	1102 70 0	3 1148 21	1172
540 PANOLA COUNTY DHS	430 62 0	4 484 4	492
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	603 145 0	20 719 9	748
560 PERRY COUNTY DHS	361 61 0	4 405 13	422
570 PIKE COUNTY DHS	645 40 0	6 662 17	685
580 PONTOTOC COUNTY DHS	350 33 0	3 316 64	383
590 PRENTISS COUNTY DHS	295 27 1	2 271	323

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR APRIL 2020

05/02/20 00:33:03

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	

600	QUITMAN COUNTY DHS	133 32 0 5 160 0	165
610	RANKIN COUNTY DHS	955 97 0 10 918 124	1052
620	SCOTT COUNTY DHS	379 106 0 13 470 2	485
630	SHARKEY COUNTY DHS	179 43 0 1 220 1	222
640	SIMPSON COUNTY DHS	457 48 0 12 489 4	505
650	SMITH COUNTY DHS	159 11 0 5 163 2	170
660	STONE COUNTY DHS	449 48 0 8 322 167	497
670	SUNFLOWER COUNTY DHS- I	370 103 0 4 458 11	473
671	SUNFLOWER COUNTY DHS- R	110 57 0 1 166 0	167
680	TALLAHATCHIE COUNTY DHS	210 38 0 2 244 2	248
690	TATE COUNTY DHS	517 54 0 1 569 1	571
700	TIPPAH COUNTY DHS	286 30 0 59 257 0	316
710	TISHOMINGO COUNTY DHS	154 21 1 5 167 4	176
720	TUNICA COUNTY DHS	364 50 0 33 378 3	414
730	UNION COUNTY DHS	192 34 0 0 223 3	226
740	WALTHALL COUNTY DHS	302 14 0 0 315 1	316
750	WARREN COUNTY DHS	813 83 0 0 892 4	896
760	WASHINGTON COUNTY DHS	643 180 0 18 691 114	823
770	WAYNE COUNTY DHS	465 111 0 19 557 0	576
780	WEBSTER COUNTY DHS	192 30 1 0 223	



F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	268 19 0	1 137 149	287
800 WINSTON COUNTY DHS	240 63 0	11 290 2	303
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	199 38 0	0 236 1	237
820 YAZOO COUNTY DHS	719 106 3	2 819 7	828
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	73 26 0	1 98 0	99
860 MSCAP UNIT	130 24 0	1 138 15	154
861 ESAP UNIT	1220 486 0	12 1596 98	1706
STATEWIDE TOTALS	45990 7332 16	785 48810 3743	53338

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
010 ADAMS COUNTY DHS	140 244 0	18 366 0	384
020 ALCORN COUNTY DHS	136 176 0	25 281 6	312
030 AMITE COUNTY DHS	33 95 0	3 125 0	128
040 ATTALA COUNTY DHS	78 167 0	5 240 0	245
050 BENTON COUNTY DHS	29 59 0	10 78 0	88
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	186 357 1	18 521 5	544
070 CALHOUN COUNTY DHS	77 92 0	5 164 0	169
080 CARROLL COUNTY DHS	30 39 0	1 68 0	69
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	81 92 0	4 169 0	173
100 CHOCTAW COUNTY DHS	34 63 0	2 95 0	97
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	59 100 0	3 156 0	159
120 CLARKE COUNTY DHS	96 152 0	15 233 0	248
130 CLAY COUNTY DHS	140 215 0	19 336 0	355
140 COAHOMA COUNTY DHS	158 422 0	12 565 3	580
150 COPIAH COUNTY DHS	165 262 0	8 418 1	427
160 COVINGTON COUNTY DHS	130 157 0	19 268 0	287
170 DESOTO COUNTY DHS	607 700 0	72 1193 42	1307
180 FORREST COUNTY DHS	571 599 0	17 903 250	1170
190 FRANKLIN COUNTY DHS	33 53 0	2 84 0	86
200 GEORGE COUNTY DHS	139 131 0	9 245	379



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR AUGUST 2019

09/01/19 11:18:09

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
210 GREENE COUNTY DHS	93 90 0	5 178 0	183
220 GRENADA COUNTY DHS	125 139 2	30 236 0	266
230 HANCOCK COUNTY DHS	249 238 0	38 443 6	487
240 HARRISON COUNTY DHS	1602 1793 0	169 3220 6	3395
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	1532 2280 0	235 3410 167	3812
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	34 69 0	8 95 0	103
260 HOLMES COUNTY DHS	101 222 0	13 310 0	323
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	69 152 2	3 220 0	223
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	5 18 0	0 23 0	23
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	81 80 0	6 155 0	161
300 JACKSON COUNTY DHS	846 848 1	79 1612 4	1695
310 JASPER COUNTY DHS	50 162 0	0 212 0	212
320 JEFFERSON COUNTY DHS	57 141 0	0 166 32	198
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	58 60 0	0 118 0	118
340 JONES COUNTY DHS	417 364 0	39 740 2	781
350 KEMPER COUNTY DHS	26 64 4	2 90 2	94
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	169 124 1	27 267 0	294
370 LAMAR COUNTY DHS	391 253 0	6 627 11	644
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	394 566 1	83 878 0	961
390 LAWRENCE COUNTY DHS	71 85 0	3 153 0	156

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR AUGUST 2019

09/01/19 11:18:10

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL				
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK				
400 LEAKE COUNTY DHS	97	123	4	15	209	0	224
410 LEE COUNTY DHS	439	385	0	72	752	0	824
420 LEFLORE COUNTY DHS	211	420	1	25	578	29	632
430 LINCOLN COUNTY DHS	222	243	0	32	428	5	465
440 LOWNDES COUNTY DHS	297	485	0	48	734	0	782
450 MADISON COUNTY DHS	265	393	0	10	648	0	658
460 MARION COUNTY DHS	176	256	0	2	430	0	432
470 MARSHALL COUNTY DHS	99	186	0	4	281	0	285
480 MONROE COUNTY DHS	200	163	0	7	354	2	363
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	30	74	1	2	102	1	105
500 NESHOPA COUNTY DHS	134	239	1	25	349	0	374
510 NEWTON COUNTY DHS	94	121	0	14	201	0	215
520 NOXUBEE COUNTY DHS	59	178	0	1	170	66	237
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	245	292	0	35	499	3	537
540 PANOLA COUNTY DHS	139	291	0	13	417	0	430
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	352	334	0	12	672	2	686
560 PERRY COUNTY DHS	73	77	0	5	145	0	150
570 PIKE COUNTY DHS	238	365	0	40	561	2	603
580 PONTOTOC COUNTY DHS	106	150	0	0	256	0	256
590 PRENTISS COUNTY DHS	101	90	0	6	185		

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	

600	QUITMAN COUNTY DHS	54 75 0 13 116 0	129
610	RANKIN COUNTY DHS	379 472 0 33 817 1	851
620	SCOTT COUNTY DHS	142 164 0 17 289 0	306
630	SHARKEY COUNTY DHS	29 79 0 0 108 0	108
640	SIMPSON COUNTY DHS	109 125 0 25 209 0	234
650	SMITH COUNTY DHS	44 65 0 4 105 0	109
660	STONE COUNTY DHS	100 117 0 14 183 20	217
670	SUNFLOWER COUNTY DHS- I	135 279 0 2 412 0	414
671	SUNFLOWER COUNTY DHS- R	70 123 0 4 189 0	193
680	TALLAHATCHIE COUNTY DHS	37 96 0 2 131 0	133
690	TATE COUNTY DHS	88 139 0 5 222 0	227
700	TIPPAH COUNTY DHS	64 60 0 2 61 61	124
710	TISHOMINGO COUNTY DHS	53 60 0 6 107 0	113
720	TUNICA COUNTY DHS	90 149 0 17 222 0	239
730	UNION COUNTY DHS	98 88 0 9 177 0	186
740	WALTHALL COUNTY DHS	61 89 0 4 146 0	150
750	WARREN COUNTY DHS	249 395 0 24 617 3	644
760	WASHINGTON COUNTY DHS	361 781 0 24 1060 58	1142
770	WAYNE COUNTY DHS	154 288 1 17 426 0	443
780	WEBSTER COUNTY DHS	33 86 2 4 117	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR AUGUST 2019

09/01/19 11:18:11

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	35 85 0	3 117 0	120
800 WINSTON COUNTY DHS	64 164 0	6 222 0	228
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	40 115 0	0 155 0	155
820 YAZOO COUNTY DHS	200 360 6	2 564 0	566
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	37 84 0	8 112 1	121
860 MSCAP UNIT	104 55 0	3 149 7	159
861 ESAP UNIT	407 388 0	32 727 36	795
862 KLLM UNIT	30 0 0	1 29 0	30
STATEWIDE TOTALS	16136 21769 28	1662 35421 850	37933

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
010 ADAMS COUNTY DHS	209 191 0	9 385 6	400
020 ALCORN COUNTY DHS	105 77 0	1 170 11	182
030 AMITE COUNTY DHS	69 87 0	2 154 0	156
040 ATTALA COUNTY DHS	166 122 0	6 282 0	288
050 BENTON COUNTY DHS	73 40 0	3 110 0	113
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	342 248 1	3 352 236	591
070 CALHOUN COUNTY DHS	115 69 0	1 183 0	184
080 CARROLL COUNTY DHS	80 29 0	0 108 1	109
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	84 86 0	3 167 0	170
100 CHOCTAW COUNTY DHS	62 18 0	0 80 0	80
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	103 71 0	2 172 0	174
120 CLARKE COUNTY DHS	278 129 0	10 251 146	407
130 CLAY COUNTY DHS	257 144 0	5 396 0	401
140 COAHOMA COUNTY DHS	485 291 0	10 759 7	776
150 COPIAH COUNTY DHS	302 205 0	5 500 2	507
160 COVINGTON COUNTY DHS	210 141 0	13 337 1	351
170 DESOTO COUNTY DHS	1035 617 0	77 1524 51	1652
180 FORREST COUNTY DHS	1088 440 0	36 1480 12	1528
190 FRANKLIN COUNTY DHS	44 45 0	1 88 0	89
200 GEORGE COUNTY DHS	237 72 0	19 255	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR AUGUST 2020

09/01/20 23:58:56

FULL SERVICE OFFICE	* NVRA APPLICATION	* NVRA RECERTIFICATION	* PE CHANGE	* NVRA REGISTERED	* NVRA DECLINED	* NVRA LEFT BLANK	TOTAL
-----------------------	--------------------	------------------------	-------------	-------------------	-----------------	-------------------	-------

210	GREENE COUNTY DHS	79	51	0	1	129	0	130
220	GRENADA COUNTY DHS	211	104	1	14	302	0	316
230	HANCOCK COUNTY DHS	427	186	0	49	454	110	613
240	HARRISON COUNTY DHS	3016	1244	0	195	4011	54	4260
250	HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	3515	1549	0	89	4834	141	5064
252	HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	206	55	0	1	232	28	261
260	HOLMES COUNTY DHS	280	126	0	9	394	3	406
270	HUMPHREYS COUNTY DHS	218	144	11	0	373	0	373
280	ISSAQUENA COUNTY DHS	15	9	0	0	24	0	24
290	ITAWAMBA COUNTY DHS	144	65	0	1	208	0	209
300	JACKSON COUNTY DHS	1689	598	0	140	2117	30	2287
310	JASPER COUNTY DHS	155	144	0	5	294	0	299
320	JEFFERSON COUNTY DHS	139	76	0	2	123	90	215
330	JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	104	53	0	0	157	0	157
340	JONES COUNTY DHS	603	334	0	39	804	94	937
350	KEMPER COUNTY DHS	85	51	1	3	133	1	137
360	LAFAYETTE COUNTY DHS	85	100	0	1	184	0	185
370	LAMAR COUNTY DHS	440	189	0	19	607	3	629
380	LAUDERDALE COUNTY DHS	895	417	0	31	1240	41	1312
390	LAWRENCE COUNTY DHS	72	86	0	1	154		



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR AUGUST 2020

09/01/20 23:58:57

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
400 LEAKE COUNTY DHS	167 107 2	7 269 0	276
410 LEE COUNTY DHS	542 215 0	44 708 5	757
420 LEFLORE COUNTY DHS	552 262 0	15 584 215	814
430 LINCOLN COUNTY DHS	329 180 1	16 492 2	510
440 LOWNDES COUNTY DHS	546 360 0	26 860 20	906
450 MADISON COUNTY DHS	696 231 0	2 922 3	927
460 MARION COUNTY DHS	276 209 0	0 485 0	485
470 MARSHALL COUNTY DHS	94 106 0	9 190 1	200
480 MONROE COUNTY DHS	358 160 0	8 509 1	518
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	64 46 0	2 104 4	110
500 NESHOPA COUNTY DHS	308 177 0	13 472 0	485
510 NEWTON COUNTY DHS	150 95 0	4 241 0	245
520 NOXUBEE COUNTY DHS	151 126 0	3 267 7	277
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	623 237 1	25 806 30	861
540 PANOLA COUNTY DHS	308 180 0	8 479 1	488
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	415 255 0	31 625 14	670
560 PERRY COUNTY DHS	130 53 0	3 176 4	183
570 PIKE COUNTY DHS	337 323 0	10 645 5	660
580 PONTOTOC COUNTY DHS	193 110 0	13 177 113	303
590 PRENTISS COUNTY DHS	150 59 1	6 192	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR AUGUST 2020

09/01/20 23:58:57

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
APPLICATION RECERTIFICATION	CHANGE	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
600 QUITMAN COUNTY DHS	82 44 0	5 121 0	126
610 RANKIN COUNTY DHS	874 341 0	4 1129 82	1215
620 SCOTT COUNTY DHS	252 186 0	16 413 9	438
630 SHARKEY COUNTY DHS	67 71 0	0 138 0	138
640 SIMPSON COUNTY DHS	208 94 0	12 290 0	302
650 SMITH COUNTY DHS	56 61 0	3 111 3	117
660 STONE COUNTY DHS	187 90 0	15 184 78	277
670 SUNFLOWER COUNTY DHS- I	259 198 0	1 455 1	457
671 SUNFLOWER COUNTY DHS- R	96 110 0	1 205 0	206
680 TALLAHATCHIE COUNTY DHS	129 29 0	12 146 0	158
690 TATE COUNTY DHS	209 132 0	10 330 1	341
700 TIPPAAH COUNTY DHS	144 66 0	1 209 0	210
710 TISHOMINGO COUNTY DHS	103 51 0	12 142 0	154
720 TUNICA COUNTY DHS	50 48 0	8 90 0	98
730 UNION COUNTY DHS	124 63 0	1 186 0	187
740 WALTHALL COUNTY DHS	103 78 0	3 178 0	181
750 WARREN COUNTY DHS	780 256 0	23 1010 3	1036
760 WASHINGTON COUNTY DHS	624 599 0	20 1061 142	1223
770 WAYNE COUNTY DHS	244 214 1	21 438 0	459
780 WEBSTER COUNTY DHS	99 59 0	0 158 0	158

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	53 70 0	1 119 3	123
800 WINSTON COUNTY DHS	173 118 2	5 288 0	293
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	124 79 0	0 203 0	203
820 YAZOO COUNTY DHS	601 192 0	4 788 1	793
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	54 62 0	1 114 1	116
860 MSCAP UNIT	67 47 0	3 106 5	114
861 ESAP UNIT	723 596 0	35 1089 195	1319
STATEWIDE TOTALS	30596 16148 22	1268 43431 2067	46766



STATE OF MISSISSIPPI
TATE REEVES, GOVERNOR
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
ROBERT ANDERSON
EXECUTIVE DIRECTOR

BULLETIN NO. 6880

**DIVISION OF ECONOMIC ASSISTANCE
SNAP/TANF**

TO: Economic Assistance Staff

FROM: Jacob Black
Deputy Executive Director for Operations

DATE: April 2, 2020

SUBJECT: COVID-19 Adjustment to Initial and Recertification Interviews

Effective upon receipt of this bulletin, the Food and Nutrition Service (FNS) has authorized the Mississippi Department of Human Services (MDHS) to adjust the interview requirements for households at initial application or recertification. As a provision, the applicant's identity must be verified and all other mandatory verifications must be completed. Contact with the household is required if any information on the application is questionable and cannot be verified. Staff must make every attempt to verify household circumstances through data matching, mailing or uploading verification. The adjustment is for all applications and recertifications requiring an interview through May 31, 2020.

The following requirements must be adhered to by all county staff for every application and recertification application received through May 31, 2020.

- The F905, SNAP – Request for Information must be sent requesting all mandatory verification that is not provided with the application (allow ten [10] days for a response).
- Telephone contact must be made to address mandatory verification and questionable information on the application.
- If mandatory information is not received on new applications, normal procedures must be followed by sending the F103, SNAP Notice of Pended Application, on the 30th day of application.



200 South Lamar Street
Jackson, Mississippi 39205
Phone 601-359-4500
www.mdhs.state.ms.us

- Workers must encourage applicants to submit necessary verification electronically.
- Workers must act on all INIM and other data matches.
- Workers who have access to Accurant and Accuity Solutions must use these programs as an additional source of verification.

While contact must still be made to discuss mandatory verification requirements, an appointment and interview are not required. As gen+ is a MDHS initiative and not a federal or state mandate, all gen+ activities have been suspended at this time. This adjustment will allow workers more flexibility to accommodate the influx of applications and decrease in available staff.

As a reminder, mandatory verifications include:

- Identity, including SSN (a SSN application must be provided if a SSN is not)
- Household composition and size
- Residency
- Citizenship
- NVRA
- Student Status (SNAP)
- Income (earned, unearned [including any disability], and self-employment)
- Resources
- Child Support Referrals
- School Attendance (TANF Only)
- Immunizations (TANF Only)
- TWP Exemptions (TANF Only)
- Relationship (TANF)

Applicants have been using the upload function with the online application to submit supporting documents. These documents are being sent to the Clerk's Web Validation queue. Clerks must ensure these documents are processed and sent to iManage Work (WorkSite) timely. Workers must check WorkSite for these documents before contacting the client.

Eligibility and benefit levels may be determined without verification of a deductible expense such as dependent care costs, legally obligated child support payments, excess medical expenses and utilities/shelter. Workers should request the information necessary to determine benefit level and allow applicants ten (10) days to provide the information before working the case without it.

The Client Application and Registration System (CARS) has not yet been modified to bypass the appointment entry requirement; therefore, clerical staff must enter any date and time for the appointment and submit the application to WorkSite.

Volumes III, V, and X have not been updated with this bulletin; however, the Case Documentation

Bulletin No. 6880
Date 04/02/20
Page 3

Screen (CADO) must be documented for all interviews that are waived through May 31, 2020.
Suggested documentation, *no interview is needed due to COVID-19 Interview Adjustment*.

If you have any questions regarding this bulletin, contact your Regional Director.

JB:BTA:RD:JC:jc

(S20-12/ T-20-07)

Approved by: JB

DO NOT SCAN TO WORKSITE

Mandatory Verifications Reminder

The State will not be required to interview a household at initial application or recertification, provided that the applicant's identity has been verified and all other mandatory verifications have been completed.

Mandatory Verifications:

1. Identity, including SSN (a SSN application must be provided if a SSN is not)
2. Household composition and size
3. Residency
4. Citizenship
5. NVRA
6. Student Status (SNAP)
7. Income (earned, unearned [including any disability], and self-employment)
8. Resources
9. Child Support Referrals
10. School Attendance (TANF Only)
11. Immunizations (TANF Only)
12. TWP Exemptions (TANF Only)
13. Relationship (TANF)

If the questions under the "Additional Questions" header on the application are not answered, contact the client.

Advise clients they can print forms from our website and email documents to the county dfo email.

DO NOT SCAN TO WORKSITE



STATE OF MISSISSIPPI
TATE REEVES, GOVERNOR
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
ROBERT ANDERSON
EXECUTIVE DIRECTOR

BULLETIN NO. 6897

**DIVISION OF ECONOMIC ASSISTANCE
SNAP/TANF**

TO: Economic Assistance Staff

FROM: Mark Williamson,
Director of Economic Assistance

DATE: May 29, 2020

EFFECTIVE DATE: June 1, 2020

SUBJECT: **CARS My Cases**

Enhancements have been made to the Client Application Registration System (CARS) that will allow county staff to monitor cases in Received (RE) and/or Pended (PE) status. When an application is registered and assigned to a worker in CARS, the status of the case will be updated in My Cases on the CARS Dashboard. Workers will click “View Queue” to view the applications in received status.

CARS will automatically default to display expedited cases by registration date first, then regular cases. Workers will have the ability to sort cases by case number, first name, last name, program, business date, registered date, expedited, or appointment date. As applicants are interviewed and cases are pended for more information, they will move to Pending Cases in My Cases. Workers will be able to view and sort Pending Cases in the same manner as Received Cases by selecting “Pending Cases” above the search function in My Cases.

Only applications registered in CARS will be viewable in My Cases. Please make note of the following:

- This enhancement does not replace the Pending Applications report, AP030A. Applications received by mail, email, or fax will not appear in My Cases.
- My Cases is not currently available for applications received for the Elderly Simplified Application Project (ESAP) in CARS
- If an application is registered in CARS as expedited but later removed from expedited



200 South Lamar Street
Jackson, Mississippi 39205
Phone 601-359-4500
www.mdhs.state.ms.us

status in MAVERICS, it will still appear as expedited in My Cases.

- If an application is received in CARS as expedited but during registration the clerk determines the household is not expedited and updates the information in CARS allowing the case to be registered as a regular application, the case will remain as a regular application in My Cases.
- As cases are worked and approved in MAVERICS, CARS will automatically remove them from the received and/or pending cases list in My Cases.

Additionally, a “Registered By” column has been added in the Client Pre-Registration Queue to capture the name of the worker who moves the case into the queue. If another worker views an application and clicks “Next” or updates any information on a case in the Pre-Registration Queue, the new worker's name will replace the name of the worker who moved the case to the queue.

The following pages have been revised in iManage Work (WorkSite):

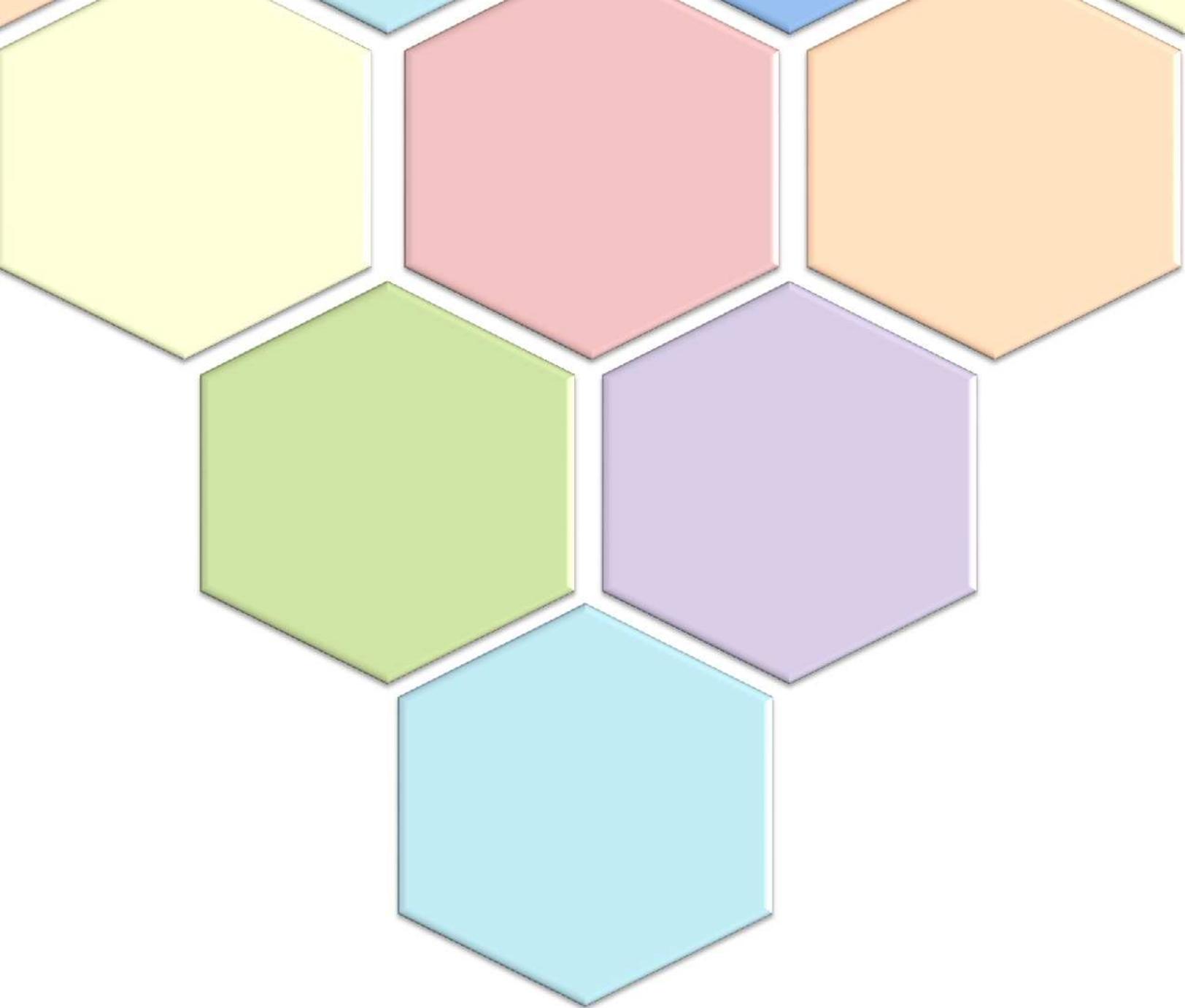
Client Application and Registration System (CARS) Guide, Version 2.1 Pages 4-40

If you have any questions regarding this bulletin, contact your Regional Director.

MW:BTA:jc

(S20-27 / T20-20)

Approved by: MW



Client Application and Registration System (CARS) Guide

Version 2.1

Table of Contents

Background	3
Application Queue	3
User Roles	3
Login Instructions	4
Dashboard	5
Online Registration - Clerks	5
Online Registration – County Directors, Regional Directors, and State Office Staff	6
Manual Registration	6
Client Pre-Registration	6
Client Address Verify	7
Online Claims	7
My Cases	7
Additional Navigation within CARS	7
Screen Flow – Clerks/Eligibility Staff	8
Special Cases – ESAP	15
Special Cases – No SSN	15
Special Cases – Already Active on Another Case	18
Pre-Registration Queue	21
My Cases	22
Supervisor Dashboard and Functionality	23
Transferring Cases	28
Client Address Verification	29
Online Claims	31
State User Functions	34
Bad Data Queue	35
Verify	36
View	37
Administrative Functions	37
Add/Edit User	37

Background

In April 2017, the Mississippi State Legislature passed House Bill 1090, the Medicaid and Human Services Transparency and Fraud Prevention Act, also known as the Hope Act, which mandated comprehensive fraud and abuse measures for both the Mississippi Department of Human Services (MDHS) and the Division of Medicaid (DOM) to implement over several years. The central component of the Hope Act is the development of a real-time eligibility verification service to be used by both agencies to improve program integrity.

The Common Web Portal (CWP) or Access MS houses the joint MDHS and DOM application. The information provided by the applicant in the CWP will be routed to the Client Application and Registration System (CARS) for review and processing before it is input into MAVERICS.

In addition to processing applications, Eligibility Staff are able to verify the client's address within CARS.

This document provides an overview of CARS and should be used as a guide.

Application Queue

The CARS will present applications to the Clerk by a predetermined priority when the Clerk clicks Next Application on the Online Registration section. The priority will be:

- Expedited Applications (in the order they are received – first in, first out)
- Regular Applications (in the order they are received – first in, first out)

Therefore, if Suzy submits a regular application at 10:00 am, Bill submits a regular application at 10:01 am, and Jane submits an expedited application at 10:40 am the order of applications in the Online Registration queue at 11:00 am, (assuming no applications have been processed) will be:

- Jane's expedited application time stamped at 10:40 am
- Suzy's regular application time stamped at 10:00 am
- Bill's regular application time stamped at 10:01am

User Roles

The CARS has distinct user roles that are managed by MAVERICS; therefore, the role assigned in MAVERICS will correlate to the role the user has in CARS. The 5 roles and the functions available are identified below:

CARS Role	Job Title	CARS Functions
Clerk	<ul style="list-style-type: none"> • Clerks • Eligibility Workers • Case Managers 	<ul style="list-style-type: none"> • Register a Case Using Next Application Button • View and Process Cases in Pre-Registration Queue
County Director	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisors • County Directors 	<ul style="list-style-type: none"> • Perform Clerk Functions • View and Process Cases in Registration Queue
Regional Director	<ul style="list-style-type: none"> • Regional Directors • Program Specialists 	<ul style="list-style-type: none"> • Perform Clerk and County Director Functions
State User	<ul style="list-style-type: none"> • Select State Office Staff 	<ul style="list-style-type: none"> • Perform Clerk, County Director, and Regional Director Functions (Statewide)
State Administrator	<ul style="list-style-type: none"> • Select State Office Staff 	<ul style="list-style-type: none"> • Perform Clerk, County Director, and Regional Director Functions • Perform Administrative Functions (Statewide)

Login Instructions

Go to <https://cars.mdhs.ms.gov/>. Use Windows (Active Directory) username and password to login to CARS.

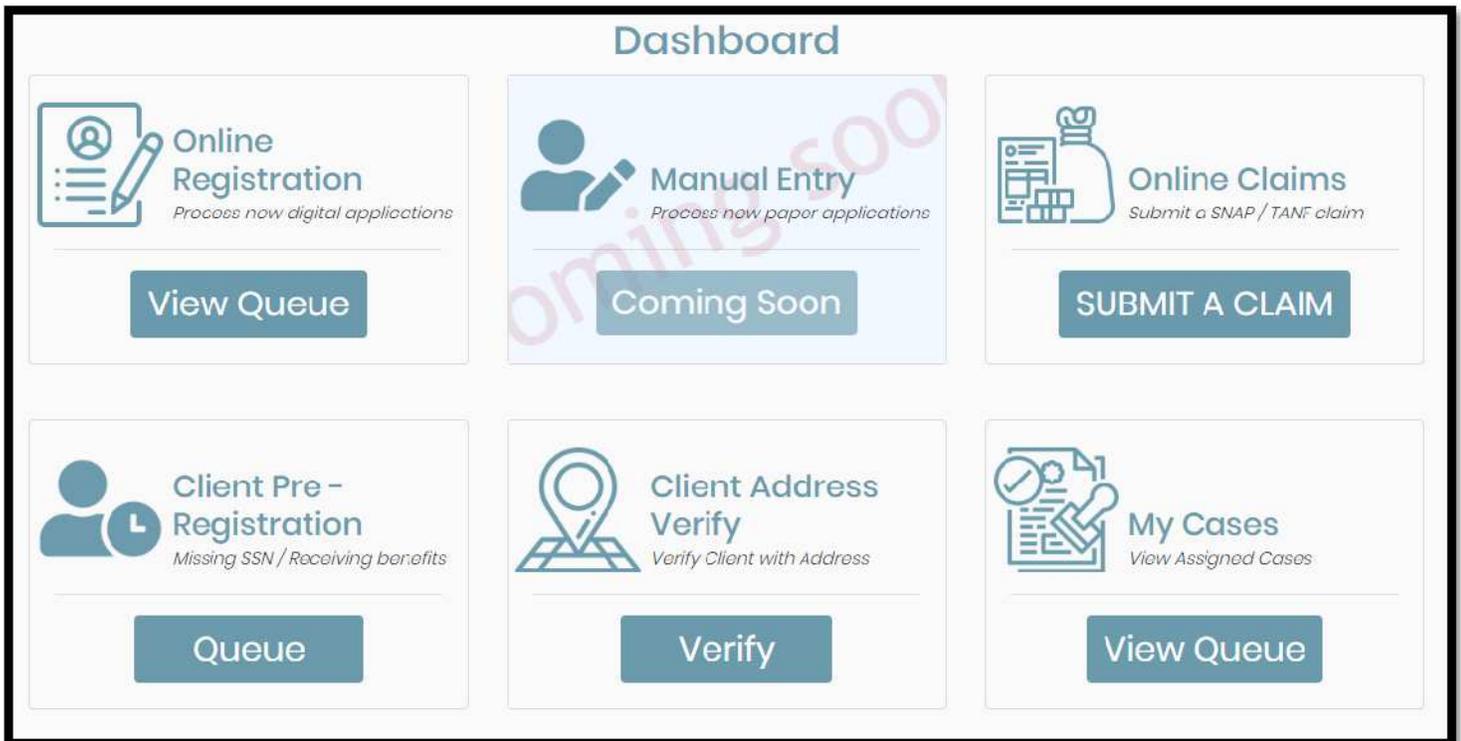
Once logged in, the CARS Dashboard will be displayed.

Dashboard

There are five available options on the CARS Dashboard, as listed below:

- Online Registration
 - Clerk's button will read Next Application and will display the next application as determined by priority in the queue.
 - County Director, Regional Director, State User, and State Administrator's button will read View Queue and will display a list of all the unprocessed applications remaining in the queue.
- Manual Registration – This option is currently not available.
- Client Pre-Registration
 - All accesses will display all applications that have been placed in the Pre- Registration queue by a Clerk.
- Client Address Verify – This option enables staff to verify client's addresses electronically.
- Online Claims – To submit SNAP/TANF claims
- My Cases – This option allows staff to view applications assigned to them that are in Received "RE" and Pended "PE" status in CARS.

A sample dashboard is displayed below:



Online Registration

The Online Registration section will function differently based on the role as described below.

Online Registration - Clerks

The Clerk will use the Online Registration Next Application button to load the next application submitted for the county. The next application will be based on the priority in the queue.

Online Registration – County Directors, Regional Directors, and State Office Staff

The County Director, Regional Director, State User, and State Administrator roles will use the Online Registration Next Application button to view all the online applications that are in the queue to be registered. The applications each role will be able to view/process will be dependent upon the role.

As applications are processed and the Submit button is pressed, they will be removed from the Online Registration Queue.

Manual Registration

This option is not currently available.

Client Pre-Registration

The Client Pre-Registration Queue will store any cases that are unable to be immediately registered in MAVERICS. The two categories of cases are:

- no SSN was received with the online application, and
- the client has already received benefits this month (ex. they are already on another case as a household member and are applying to be the Primary Individual).

All roles are able to access the Pre-Registration Queue, view the application, and process the application. Applications placed in the Pre-Registration Queue must be processed timely, so normal case actions continue to apply (ex. cases must be interviewed within timeliness standards). As applications are registered and the Submit button is pressed, they will be removed from the Client Pre-Registration Queue.

Applications moved from the Application Queue to the Pre-Registration Queue display the name of the worker who moved them. If another worker views the case in the Pre-Registration Queue then clicks “Next” or updates any information, that worker’s name will replace the name of the worker who moved the case.

If an application with No SSN is not accessed and completed prior to the 11th business day after it is received, it will automatically be pushed back into the Online Registration Queue for processing. CARS will label these applications at the top corner of the screen with “No SSN” (in red font) and prevent these applications from being submitted to the Pre-Registration Queue for a second time by preventing the Clerk from moving past the Digital Applicant Information screen with a blank SSN field as displayed below.

The screenshot shows a web form titled "DIGITAL APPLICANT INFORMATION" with a "Demographics" section. The form includes the following fields and options:

- FIRST NAME***: Text input field containing "Laura".
- MIDDLE NAME**: Text input field (empty).
- LAST NAME***: Text input field containing "Daniels".
- SUFFIX**: Dropdown menu with "Select Suffix" selected.
- SOCIAL SECURITY NUMBER**: Text input field (empty). A red note below it says "SSN is Mandatory".
- DATE OF BIRTH**: Text input field containing "03/21/1981".
- APPLYING FOR***: Two checkboxes, "SNAP" and "TANF", both of which are checked.

If an application where the client is already active on another case and has received benefits this month is not accessed and registered prior to the 1st of the following month, it will automatically be pushed back into the Online Registration Queue for processing. CARS will label these applications at the top corner of the screen with “Already Active” (in red font) and prevent these applications from being submitted to the Pre-Registration Queue for a third time by removing the Pre-Register button as an option.

Client Address Verify

Electronic verification of residency can be conducted using the “Client Address Verify” option on the dashboard, which is connected to an address verification service. If the client’s address can be verified through the “Client Address Verify” option, additional residency documentation is not required from the client. If the address returned does not match the information provided by the client, the client will need to provide documentation proving his or her residency.

Online Claims

This option will replace the manual submission of claims. All accesses, except Clerks can access Online Claims and submit a claim or a suspected claim. Claims will be referred to the Benefit Recovery Unit to be examined and processed.

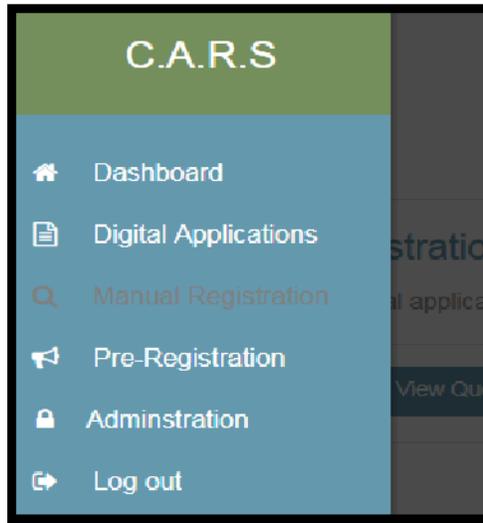
My Cases

This option will allow county staff to monitor cases that are in Received (RE) and/or Pended (PE) status. When an application is registered and assigned to a worker in CARS, the status of the case will be updated in My Cases on the CARS Dashboard.

Additional Navigation within CARS

CARS can be easily navigated by selecting one of the buttons within one of the option boxes or by using the hamburger menu. The hamburger menu (☰) is located at the top left of the page.

When the hamburger menu is clicked, a series of options will be displayed.



See the chart below outlining each option and the information that will be available based on the worker’s role.

Hamburger Menu Options	Directs User
Dashboard	The user’s dashboard.
Digital Applications	The Online Registration queue/list containing the applications that have not been registered/processed by a Clerk.
Manual Registration	Coming Soon
Pre-Registration	The Pre-Registration queue/list containing the applications that have been placed in the Pre-Registration queue by a Clerk.
Administration	The Administrator menu.

Screen Flow – Clerks/Eligibility Staff

Upon logging into CARS, Clerks, Eligibility Workers, and Case Managers will have access to the Clerical Dashboard. All users identified in MAVERICS as a Clerk or assigned a caseload will automatically be assigned the Clerical Dashboard. The Clerk will click on the Next Application button within the Online Registration box.



Once clicked, the Digital Applicant Information screen will appear and the application will be locked. While the application is locked, no other Clerk will be assigned this application. The Clerk will have a predetermined amount of time to register/process the application. If the Clerk does not finish the registration/pre-registration of the application within the allotted time, the application will be unlocked and reassigned to the next Clerk who clicks on Next Application.

For more information on unlocking a locked application, see [Supervisor Dashboard and Functionality](#).

BUSINESS DATE: 09/19/2019 10:45 AM EXPEDITE: YES CLIENT DOCUMENT: NO

☰

DIGITAL APPLICANT INFORMATION

Demographics

FIRST NAME* MIDDLE NAME LAST NAME* SUFFIX

SOCIAL SECURITY NUMBER DATE OF BIRTH APPLICANT ID* LANGUAGE

SNAP TANF

Contact Information

HOME ADDRESS 1* HOME ADDRESS 2 HOME CITY* HOME STATE*

HOME ZIP CODE* HOME COUNTY*

Mailing Address same as Residence Address

MAILING ADDRESS MAILING ADDRESS 2 MAILING CITY MAILING STATE

MAILING ZIP CODE

PHONE NUMBER TYPE PHONE NUMBER TYPE

PHONE NUMBER TYPE

ELECTRONIC NOTICES? Yes No

Cancel Move to ESAP Pre-Register Next

The date the application should be registered, also known as the “Business Date” will appear in the top left corner in the blue banner. Also, the Expedite and Client Document indicators will be in the blue banner. The Expedite indicator will display whether or not the household is expedited based on information the client provided. The Client Document indicator will display whether or not the client uploaded any supporting documents to the application.

The Demographic and Contact Information fields will automatically be populated with the information the client entered for the Head of Household on the online (digital) application. The person entered as the Head of Household on the online application will automatically be listed as the Primary Individual (PI) in MAVERICS. The complete MDHS-EA-900, SNAP/TANF Application is available by clicking on View Full Application.

Note: The For Office Use Only Section will not be uploaded until the Submit button is clicked at the end of registration.

All fields may be updated by the Clerk. Any changes made by the Clerk will not be displayed on the MDHS-EA-900 since the MDHS-EA-900 is a record of information submitted by the client. The Clerk will continue to review all screens and use the information to register a case in MAVERICS (the Clerk may use the copy and paste function, but it is not required). These screens include the Income screen,

BUSINESS DATE : 05/03/2019 03:19 PM EXPEDITE: YES CLIENT DOCUMENT: YES

☰

INCOME

Do you or anyone you are applying for receive any type of earned income such as : wages, tips, bonuses, self-employment, or any other earned income? YES NO \$250.00

Do you or anyone you are applying for receive any type of unearned income such as : social security/railroad retirement, other disability, VA income, pensions, unemployment, child support, alimony, money from other people (cash gifts), worker's compensation? YES NO

Does anyone expect to receive income later this month? YES NO

Is your household's only income from migrant or seasonal farm work? YES NO

Cancel Previous Next

View Full Application

the Resources/Expenses screen,

BUSINESS DATE : 05/03/2019 03:19 PM
EXPEDITE: YES
CLIENT DOCUMENT: YES

RESOURCES

Do you or anyone you are applying for receive any type of earned income such as :cash on hand, listed on a checking or savings account, IRA account, valuable coins, savings certificates, stocks or bonds, nonrecurring lump sum payments, own recreational vehicles (boat, 4-wheeler, off road vehicles), personal property, buildings and certain land, recreational properties? YES NO

EXPENSES

Give the actual expense amounts you pay:

	RENT/MORTGAGE	ELECTRICITY	GAS
	<input type="text" value="\$1,000,000,000.0"/>	<input type="text" value="\$75.00"/>	<input type="text" value="\$45.00"/>
		WATER	PHONE
		<input type="text" value="\$25.00"/>	<input type="text" value="\$50.00"/>

Do you or anyone you are applying for pay for care of a dependent child or a disabled household member? YES NO

Does anyone 60 years of age or older or disabled have medical expenses that exceed \$35 such as: doctor visits, hospital visits, prescriptions, Medicare premiums, health insurance premiums, glasses, dentures, hearing aids, part D prescription premiums, transportation expenses to and from doctor or hospital, pharmacy pick-ups? YES NO

Cancel
Previous
Next

View Full Application

the Additional Questions screen,

BUSINESS DATE: 06/18/2019 10:20 AM
EXPEDITE: YES
CLIENT DOCUMENT: YES

ADDITIONAL QUESTIONS

Are you deaf, hearing impaired, or in need of interpreter services? YES NO

Is anyone in your household currently serving a SNAP disqualification due to fraud? YES NO

Are you or any member of your household hiding or running from the law to avoid prosecution, being taken into custody, or going to jail, for a felony crime or attempted felony crime, or violating a condition or parole or probation? YES NO

Are you or any member of your household a resident of a commercial boarding home (establishment that offers meals and lodging compensation with the intent of making a profit)? YES NO

Are you or any member of your household on strike? YES NO

Have you or any member of your household been convicted of any of the following after 08/22/96 (select all that apply):

<input checked="" type="checkbox"/> trading SNAP benefits for drugs	<input checked="" type="checkbox"/> receiving duplicate SNAP benefits in any State
<input checked="" type="checkbox"/> buying or selling SNAP benefits over \$500	<input checked="" type="checkbox"/> trading SNAP benefits for guns, ammunitions, or explosives

Have you or any member of your household been convicted of any of the following after 02/07/14 (select all that apply):

<input checked="" type="checkbox"/> aggravated sexual abuse	<input checked="" type="checkbox"/> sexual exploitation and other abuse of children
<input checked="" type="checkbox"/> sexual assault	<input checked="" type="checkbox"/> murder

Cancel
Previous
Next

View Full Application

the Household Information screen,

The screenshot shows the 'HOUSEHOLD INFORMATION' screen. At the top, it displays 'BUSINESS DATE: 05/03/2019 03:19 PM', 'EXPEDITE: YES', and 'CLIENT DOCUMENT: YES'. The main title is 'HOUSEHOLD INFORMATION'. Below this, there are two sections: 'Head Of Household (PI)' and 'Household Members'. Each section contains a form with fields for First Name, Last Name, Relationship, Social Security Number, Date of Birth, Age, Gender, Hispanic status, US Citizen status, and Race. The 'Head Of Household (PI)' section is filled with: Laura Daniels, Primary Individual, 840764321, 03/21/1981, 38 years, Female, YES, YES, Hawaiian or Other Pacific Islander. The 'Household Members' section is filled with: Sarah Daniels, Child, 840233335, 10/12/2016, 2 years, Female, YES, YES, Hawaiian or Other Pacific Islander. At the bottom right, there are buttons for '+', 'Cancel', 'Previous', and 'Next'. At the bottom left, there is a 'View Full Application' button.

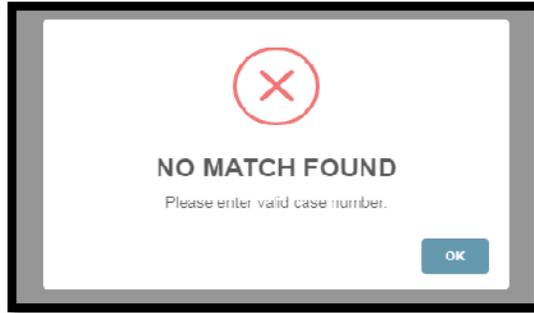
and the Additional Application Information screen (containing persons in the household that are not included in the application and any SNAP Authorized/Benefit Representatives).

The screenshot shows the 'ADDITIONAL APPLICATION INFORMATION' screen. At the top, it displays 'BUSINESS DATE: 05/03/2019 03:19 PM', 'EXPEDITE: YES', and 'CLIENT DOCUMENT: YES'. The main title is 'ADDITIONAL APPLICATION INFORMATION'. Below this, there is a section for 'Household members not included on application' with a '+' button. There are two columns of forms: 'SNAP Authorized Representative' and 'SNAP Benefit Representative'. Each column has two rows of fields for First Name, Last Name, and Phone Number. At the bottom, there is a statement: 'I understand that I can receive a copy of this completed SNAP application. I choose: Paper Electronic or I refuse a copy'. Below this are buttons for 'Cancel', 'Previous', and 'Next'. At the bottom left, there is a 'View Full Application' button.

If the Clerk has any additional information, it may be entered in these screens, but no entry is required. After clicking Next, the Case Verification screen will appear.

The Clerk will enter the MAVERICS case number for the case registered in MAVERICS and will click the Get IDs button. A red warning stating “Please enter a 9 digit case number” will appear in red until 9 digits have been entered. CARS will pull each client’s ID from MAVERICS. If this case is not going into the Pre-Registration Queue, any documents uploaded with the application will be sent to BCS Inbox for validation.

If CARS is unable to locate the MAVERICS case number and/or the PI’s client ID when the Get IDs button is clicked, the following error message will be displayed.



The worker must click OK and enter the correct case number and click Get IDs again.

If the client has uploaded documents with the application, a pop-up stating “Client uploaded documents have been sent to the BCS Inbox Web Validation Queue” will be received. If the client did not upload documents with the application, a pop-up stating “Case Details saved in CARS!” will be received.

Additional questions presented to applicants through the online application capture employment and income, and National Voter Registration Act (NVRA) data. If these questions are answered the information is compiled on a separate document and stored in WorkSite under the file type “Income Employment Info”.

Next, the Appointment screen will appear. The Clerk will enter all appointment information and will record the appointment date and time in CARS, as well as, the manual method that is currently used.

The Clerk will click the Submit button to complete the registration process in MAVERICS. Once Submit is clicked, the application will be removed from the queue and CARS will complete the For Office Use Only section of the MDHS-EA-900 and route the application directly to WorkSite. The MDHS-EA-900 must not be printed from CARS and scanned to WorkSite as it will result in duplicate entries.

Special Cases – ESAP

If an application meeting the ESAP criteria is discovered prior to registration, the Clerk will click the Move to ESAP button from the Digital Applicant Information screen.



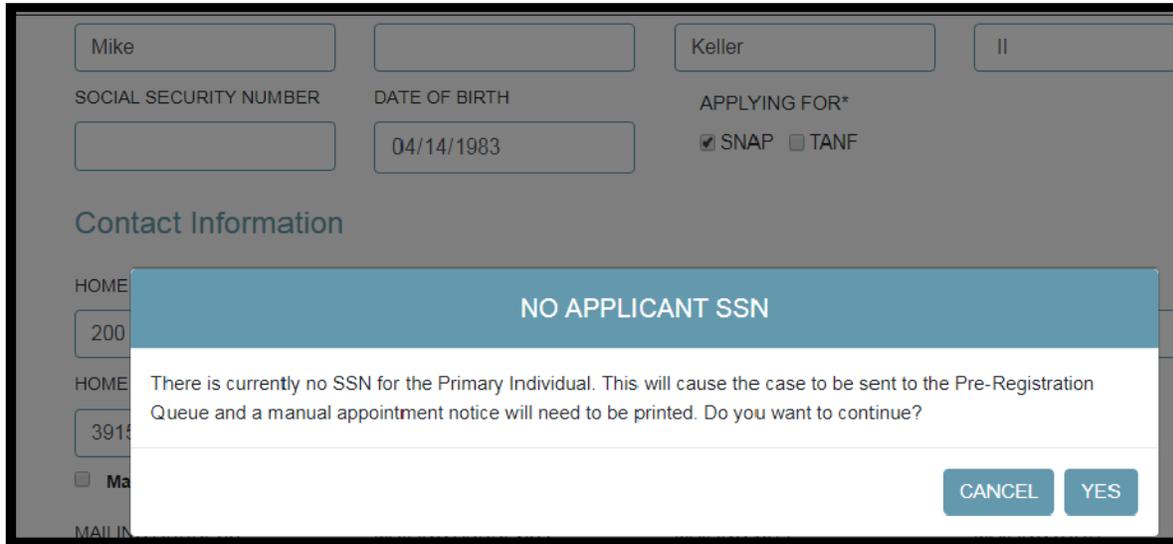
Once the Move to ESAP button is clicked, the application will be transferred to the ESAP queue, which is visible to all ESAP Unit staff.

The ESAP Unit applications will have the same functionality, such as placing applications in the Pre-Registration Queue; however, ESAP staff will be able to bypass the Appointment screen by clicking “Next”. This functionality has been permitted since ESAP recertification applications are not required to have an interview.

Special Cases – No SSN

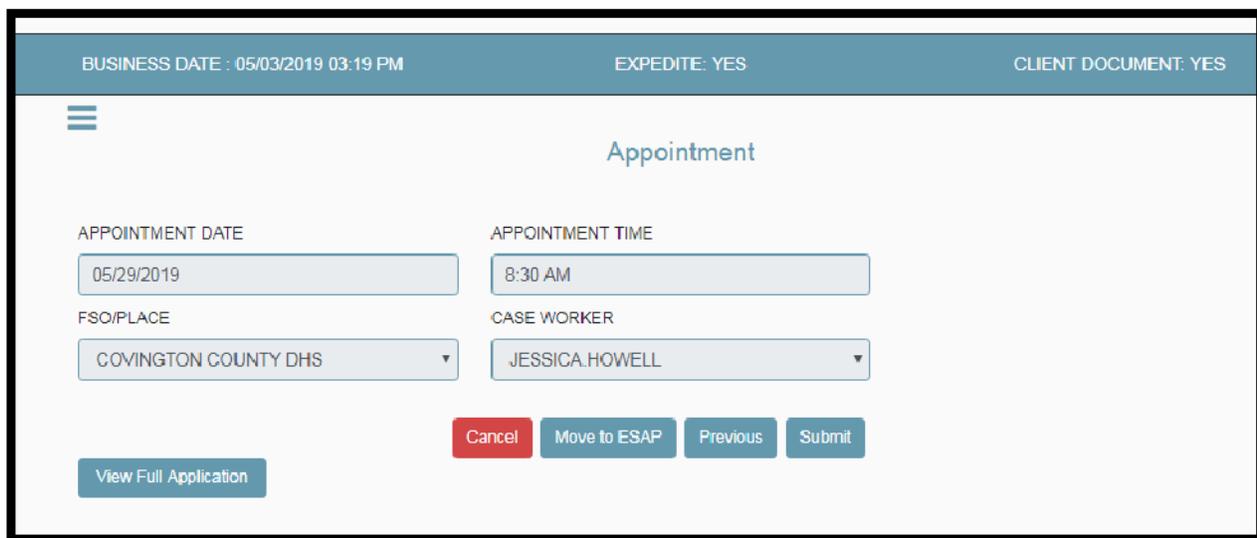
If a Social Security Number (SSN) is not entered by the client, county staff must enter a SSN or will have the option to submit the case to the Pre-Registration Queue. When sending to the Pre-Registration Queue, the MDHS-EA-940, Notice of Appointment for Determination of Eligibility will be automatically generated from CARS. Please see the following screen flow for cases that do not have a SSN.

When Next Application is clicked and the client did not provide a SSN, the fields will automatically be populated with the information the client entered on the online (digital) application. On the Digital Applicant Information screen, the client’s SSN will not appear in the SSN field, but any information provided by the client will be displayed. In addition, the MDHS-EA-900, SNAP/TANF Application will still be available by clicking on View Full Application. All fields, including the SSN may be updated by the Clerk. Any changes made by the Clerk will not be displayed on the MDHS-EA-900 since the MDHS-EA-900 is a record of information submitted by the client. Once Next is clicked, a pop-up message will be displayed reminding the Clerk that no SSN has been entered.



The Clerk can select Cancel or Yes. If Cancel is selected, the Clerk will be sent back to the Digital Applicant Information screen to update the SSN field. If Yes is clicked the remainder of the CARS registration screens will be displayed and the Clerk will review all screens. These screens include the Income screen, Resources/Expenses screen, the Additional Questions screen, the Household Information screen, and the Additional Application Information screen. If the Clerk has any additional information, it may be entered on these screens, but no entry is required.

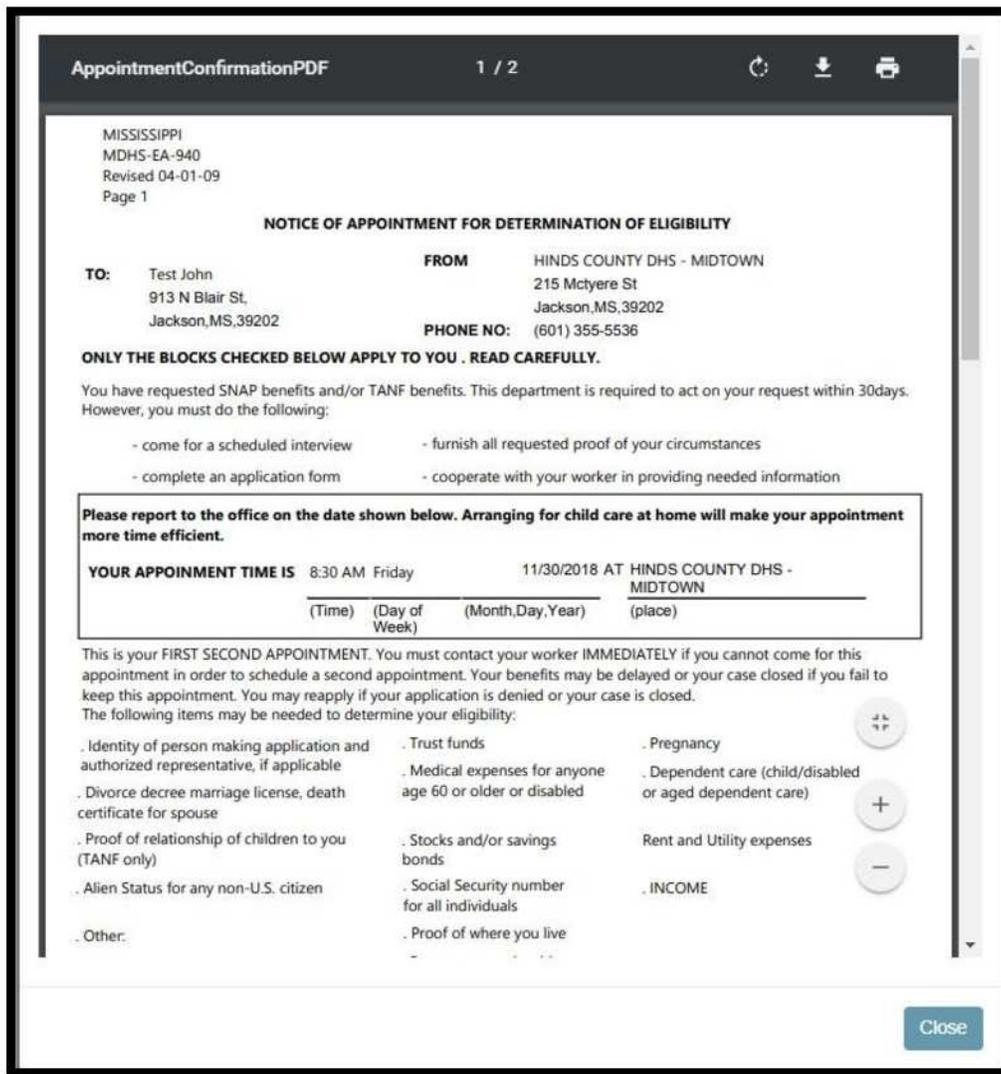
After reviewing the above screens, the Appointment screen will appear.



The Clerk will enter all appointment information and will record the appointment date and time in CARS as well as the manual method that is currently used. Next, the Manual Appointment screen will appear.



CARS will use the information provided by the Clerk to generate the MDHS-EA-940. The Clerk will click on View Appointment Notice and the prefilled notice will be displayed.



The Clerk will print the MDHS-EA-940, sign the Signature, enter a date, and send to the client.

Special Cases – Already Active on Another Case

If a person is already active on another case and has received benefits this month (ex. person applying as a PI but is currently an active household member in another case where he/she is not the PI) and the case cannot be registered in MAVERICS, the case can be placed in the Pre-Registration Queue. The cases placed in the Pre-Registration Queue must be processed according to timeliness standards. The MDHS-EA-940 will be automatically generated by CARS so the Clerk only has to print, sign, and send to the client.

For these cases, when Next Application is clicked and the Clerk determines the client is already active on another case, the fields will automatically be populated with the information the client entered on the online (digital) application. In addition, the MDHS-EA-900, SNAP/TANF Application will still be available by clicking on View Full Application. All fields, including the SSN may be updated by the Clerk. Any changes made by the Clerk will not be displayed on the MDHS-EA-900 since the MDHS-EA-900 is a record of information submitted by the client. On the Digital Applicant Information screen the Clerk must click Pre-Register to send the case to the Pre-Registration Queue.

USIN: 33 DATE: 09/19/2019 10:45 AM EXPLOIT: YLS CLIENT DOCUMENT: NO

DIGITAL APPLICANT INFORMATION

Demographics

FIRST NAME*
Dana

MIDDLE NAME*

LAST NAME*
Thomas

SUFFIX
Select Suffix

SOCIAL SECURITY NUMBER

DATE OF BIRTH
02/15/1983

APPLYING FOR*
 SNAP TANF

LANGUAGE
Select Language

Contact Information

HOME ADDRESS 1*
313 AIRPORT RD

HOME ADDRESS 2*

HOME CITY*
NATCHEZ

HOME STATE*
Mississippi

HOME ZIP CODE*
39120

HOME COUNTY*
Adams

Mailing Address same as Residence Address

MAILING ADDRESS
313 AIRPORT RD

MAILING ADDRESS 2*

MAILING CITY
NATCHEZ

MAILING STATE
Mississippi

MAILING ZIP CODE
39120

PHONE NUMBER
(747) 555-8484

TYPE
Home

PHONE NUMBER

TYPE
Select Phone Type

PHONE NUMBER

TYPE
Select Phone Type

ELECTRONIC NOTICES*
 Yes No

EMAIL ADDRESS
test@gmail.com

Cancel Move to ESAP Pre Register Next

A pop-up will be displayed confirming the application should be moved to the Pre-Registration Queue.

This function should only be used when the Primary Individual (PI) of the application is active on another case and NOT the PI. Are you sure this is the case?

CANCEL YES

The Clerk will continue to review the remainder of the CARS registration screens. These screens include the Income screen, Resources/Expenses screen, the Additional Questions screen, the Household Information screen, and the Additional Application Information screen. If the Clerk has any additional information, it may be entered on these screens, but no entry is required. After reviewing the above screens, the Appointment screen will appear.

BUSINESS DATE : 05/03/2019 03:19 PM EXPEDITE: YES CLIENT DOCUMENT: YES

Appointment

APPOINTMENT DATE: 05/29/2019 APPOINTMENT TIME: 8:30 AM

FSO/PLACE: COVINGTON COUNTY DHS CASE WORKER: JESSICA.HOWELL

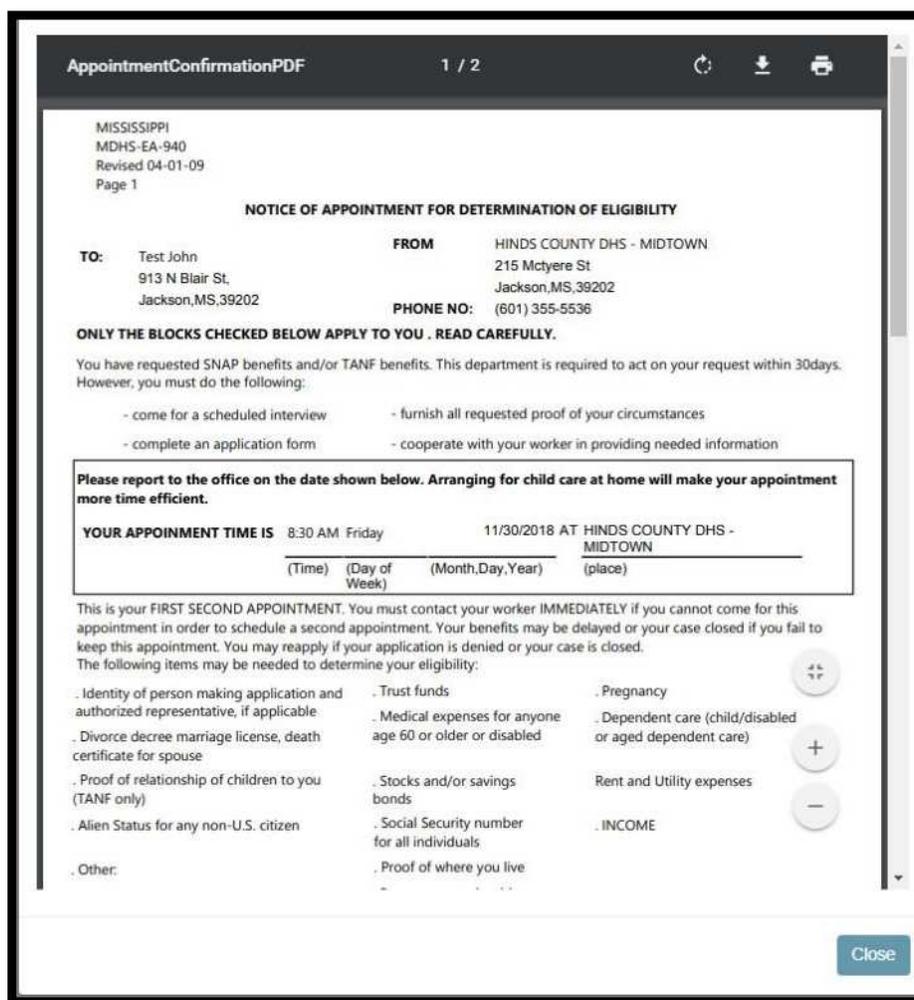
Cancel Move to ESAP Previous Submit

View Full Application

The Clerk will enter all appointment information and will record the appointment date and time in CARS as well as the manual method that is currently used. Next, the Manual Appointment screen will appear.



CARS will use the information provided by the Clerk to generate the MDHS-EA-940. The Clerk will click View Appointment Notice and the prefilled notice will be displayed.



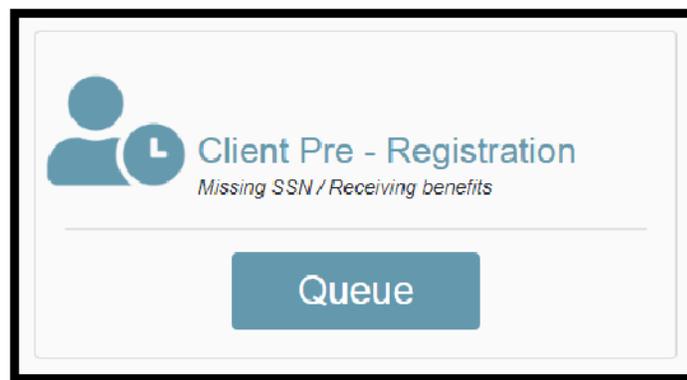
The Clerk will print the MDHS-EA-940, sign the Signature, enter a date, and send to the client.

Pre-Registration Queue

Cases meeting the Pre-Registration Queue criteria (No SSN or Already Active on Another Case) may be sent to the Pre-Registration Queue. When a case is sent to the Pre-Registration Queue, the name of the worker will display in the “Registered By” column. If another worker views the application and clicks “Next” or updates any information on the application, the name of the new worker will display in the “Registered By” column. Once in the Pre-Registration Queue, the application and the fields on each screen may be viewed by any staff member.

Note: Workers will have this access and are encouraged to view this information during the manual interview that is held for cases where the client is already active as a household member and cannot be immediately classified as a PI with his or her own case.

To access the Pre-Registration Queue, click on Queue in the Client Pre-Registration box from the CARS Dashboard.



A list of all cases within the queue will be displayed.



FIRST NAME	LAST NAME	APPOINTMENT DATE	BUSINESS APP DATE	RECEIVED IN PRE-REG QUEUE	BACK TO QUEUE	PRE-REG CODE	EXPEDITE	COUNTY	COUNTY OFFICE	REGISTERED BY	ACTION
Evo	Desoto	5/28/2020 8:45 AM	05/27/2020 9:38 AM	05/27/2020 1:58 PM	6/8/2020 1:58:28 PM	No SSN		Pearl River	Pearl River - Poplarville	HEMANTHREDDY	View
Evana	Desoto	5/27/2020 9:00 AM	05/27/2020 4:18 PM	05/27/2020 4:50 PM	6/9/2020 4:50:42 PM	No SSN		Pearl River	Pearl River - Poplarville	tamararobinson	View

The Search box may be used to easily navigate to a specific client. To use the search box, simply enter the client name in the box and press enter. All records matching the search text will be displayed.

Pre-Registration Queue

Show: 10 entries Search:

FIRST NAME ↑	LAST NAME ↑	APPOINTMENT DATE ↑	BUSINESS APP DATE ↑	RECEIVED IN PRE-REG QUEUE ↑	BACK TO QUEUE ↑	PRE-REG CODE ↑	EXPEDITE ↑	COUNTY ↑	COUNTY OFFICE ↑	REGISTERED BY ↑	ACTION ↑
Eva	Desoto	5/28/2020 8:45 AM	05/27/2020 8:38 AM	05/27/2020 1:58 PM	6/8/2020 1:51:09 PM	No SSN		Pearl River	Pearl River Poplarville	HEMANTHREDDY	View
Evana	Desoto	5/27/2020 9:00 AM	05/27/2020 4:18 PM	05/27/2020 4:50 PM	6/8/2020 4:50:42 PM	No SSN		Pearl River	Pearl River Poplarville	tamararobinson	View

To view all case information and the application, click View.

BUSINESS DATE: 05/19/2019 10:45 AM EXPLOIT: YLS CLIENT DOCUMENT: NO

DIGITAL APPLICANT INFORMATION

Demographics

FIRST NAME* MIDDLE NAME LAST NAME* SUFFIX

SOCIAL SECURITY NUMBER DATE OF BIRTH APPLYING FOR* SNAP TANF LANGUAGE

Contact Information

HOME ADDRESS 1* HOME ADDRESS 2 HOME CITY* HOME STATE*

HOME ZIP CODE* HOME COUNTY* Mailing Address same as Residence Address

MAILING ADDRESS MAILING ADDRESS 2 MAILING CITY MAILING STATE

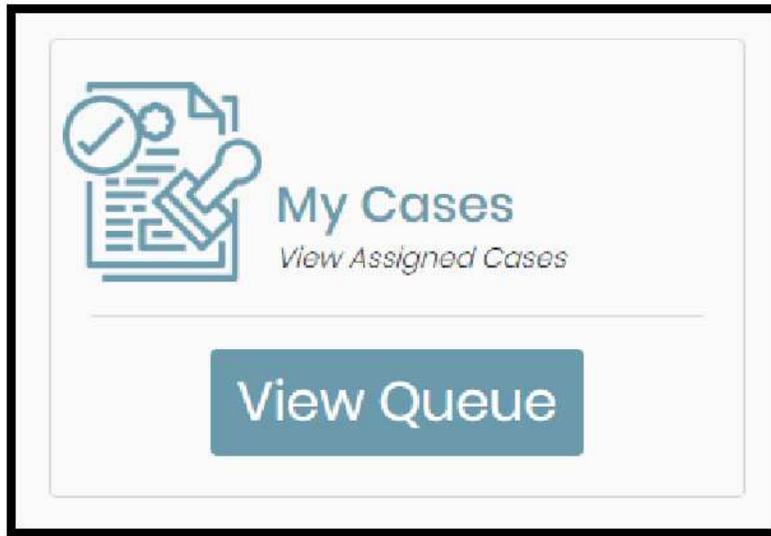
MAILING ZIP CODE PHONE NUMBER TYPE PHONE NUMBER TYPE

PHONE NUMBER TYPE ELECTRONIC NOTICES? Yes No EMAIL ADDRESS

[Cancel](#) [Move to SNAP](#) [Pre Register](#) [Next](#)

My Cases

This option will allow county staff to monitor cases that are in Received (RE) and/or Pended (PE) status. When an application is registered and assigned to a worker in CARS, the status of the case will be updated in My Cases on the CARS Dashboard. Workers will click “View Queue” to view the applications in received status.



Workers will have the ability to sort by case number, first name, last name, program, business date, registered date, expedited, or appointment date; however, CARS will automatically default to display expedited cases first. As cases are worked and approved in MAVERICS, they will be removed from the received and pended cases list in My Cases.

Note: My Cases is not currently available for applications received for ESAP households.

**My Cases
(RE)ceived**

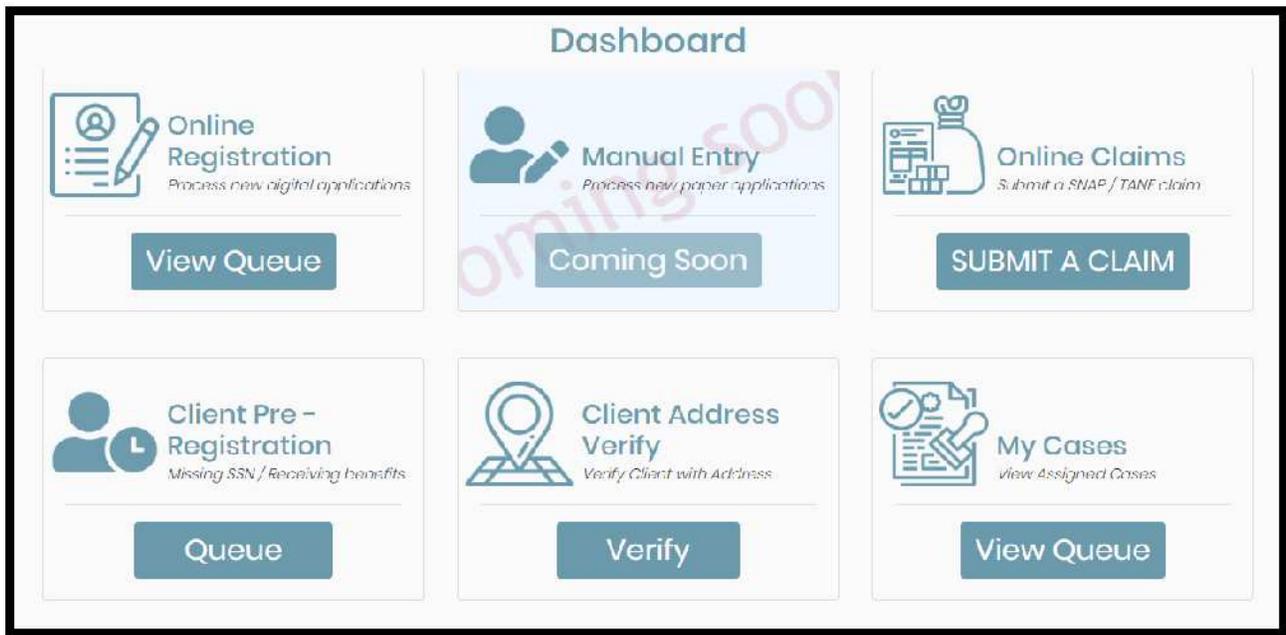
[Pending Cases](#)

Show 10 entries Search:

Case Number	First Name	Last Name	Program	Business Date	Registered Date	Expedite	Appointment Date
305922412	Barnoy	Rubble	SNAP	04/22/2020 2:40 PM	04/22/2020 3:59 PM	No	04/28/2020
305922455	John	Dan	SNAP, TANF	04/23/2020 8:00 AM	04/23/2020 8:13 PM	No	04/23/2020
105200246	Dill	Hardin	SNAP	04/23/2020 2:32 PM	04/23/2020 3:05 PM	No	04/24/2020
305922471	Jack	Sorate	SNAP, TANF	04/24/2020 8:00 AM	04/23/2020 5:31 PM	No	04/23/2020
172321658	TestReelMayA	MDHS	SNAP, TANF	05/07/2020 3:00 PM	05/07/2020 3:15 PM	No	05/08/2020

Supervisor Dashboard and Functionality

All Supervisors and County Directors will have access to the Supervisor Dashboard.



The Supervisor Dashboard will be automatically assigned to all staff in MAVERICS caseloads 88 and above. Supervisors will have access to all cases in the Online Registration Queue, which contains a list of all applications behind the Next Application button, and the Pre-Registration Queue. Supervisors can work applications outside of the assigned priority level, as described in the [Application Queue](#) section.

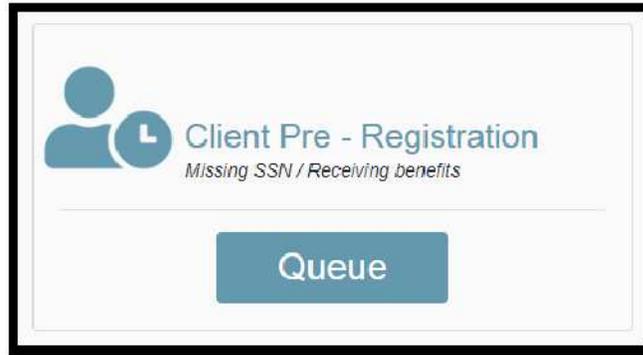
Queue

Locked Queue Bad Data

Show entries Search:

First Name	Last Name	SSN	DOB	Program	Expedite	County	County Office	Date Received	Date to Register	
Andrew	Hal	8742	01/18/1981	SNAP, TANF	No	Madison	Madison - Canton	02/19/2019 2:16 PM	02/19/2019 2:16 PM	View
Anna	Smith		05/16/1982	SNAP, TANF	No	Madison	Madison - Canton	02/19/2019 2:28 PM	02/19/2019 2:28 PM	View
Doc	First			SNAP	No	Madison	Madison - Canton	02/20/2019 10:48 AM	02/20/2019 10:48 AM	View
Doc	Test			SNAP, TANF	No	Madison	Madison - Canton	02/20/2019 1:11 PM	02/20/2019 1:11 PM	View
Sandra	Ridling	0372	03/26/1959	SNAP	No	Monroe	Monroe - Aberdeen	01/25/2019 3:35 PM	01/25/2019 3:35 PM	View
Beverly	Cox	4563	09/06/1978	SNAP	No	Pearl River	Pearl River - Poplarville	02/05/2019 11:08 AM	02/05/2019 11:08 AM	View

To access any application in the Client Pre-Registration Queue, the Supervisor will click on Queue.



A list of all cases in the queue will be displayed.

Pre-Registration Queue

Show entries Search:

FIRST NAME	LAST NAME	APPOINTMENT DATE	BUSINESS APP DATE	RECEIVED IN PRE-REG QUEUE	BACK TO QUEUE	PRE-REG CODE	EXPEDITE	COUNTY	COUNTY OFFICE	ACTION
ABCD	B	2/15/2019 8:30 AM	01/28/2019 3:51 PM	02/06/2019 2:18 PM	3/1/2019 12:00:00 AM	Already Active	✓	Hinds	Hinds - Main	View
ABCD	B	2/6/2019 8:15 AM	01/29/2019 2:23 PM	02/05/2019 4:25 PM	3/1/2019 12:00:00 AM	Already Active	✓	Hinds	Hinds - Main	View
AddrCNTYA	MDHS	2/22/2019 9:00 AM	02/20/2019 3:32 PM	02/21/2019 3:14 PM	3/6/2019 3:16:53 PM	No SSN	✓	Madison	Madison - Canton	View
AddrFSOColmA	MDHS	2/27/2019 9:00 AM	02/21/2019 4:51 PM	02/21/2019 9:48 PM	3/6/2019 9:48:37 PM	No SSN	✓	Hinds	Hinds - Main	View
Baby	B	2/14/2019 8:45 AM	02/06/2019 12:25 PM	02/06/2019 1:56 PM	3/1/2019 12:00:00 AM	Already Active	✓	Hinds	Hinds - Main	View
Barbie	B	2/14/2019 8:45 AM	01/31/2019 4:18 PM	02/06/2019 1:13 PM	3/1/2019 12:00:00 AM	Already Active	✓	Hinds	Hinds - Main	View
Bill	Smith	2/27/2019 9:00 AM	02/21/2019 11:58 AM	02/21/2019 10:12 PM	3/1/2019 12:00:00 AM	Already Active	✓	Hinds	ESAP	View

To view the application and register the case, the Supervisor will click on View for the appropriate row. All the screens available in the [Screen Flow-Clerks/Eligibility Staff](#) section will be displayed and steps outlined in that section should be followed.

BUSINESS DATE: 02/19/2019 10:45 AM EXPEDITE: YES CLIENT DOCUMENT NO.

DIGITAL APPLICANT INFORMATION

Demographics

FIRST NAME* Lana
MIDDLE NAME
LAST NAME* Thomas
SUFFIX Select Suffix
SOCIAL SECURITY NUMBER
DATE OF BIRTH 02/10/1903
APPLYING FOR* SNAP TANF
LANGUAGE Select Language

Contact Information

HOME ADDRESS 1* 313 AIRPORT RD
HOME ADDRESS 2
HOME CITY* NATCHEZ
HOME STATE* Mississippi
HOME ZIP CODE* 39120
HOME COUNTY* Adams
 Mailing Address same as Residence Address
MAILING ADDRESS 313 AIRPORT RD
MAILING ADDRESS 2
MAILING CITY NATCHEZ
MAILING STATE Mississippi
MAILING ZIP CODE 39120
PHONE NUMBER (747) 585 8484
PHONE NUMBER
TYPE Home
TYPE Select PhoneType
PHONE NUMBER
ELECTRONIC NOTICES? Yes No
EMAIL ADDRESS Test@gmail.com

Cancel View In ESAP Pre-Register Next

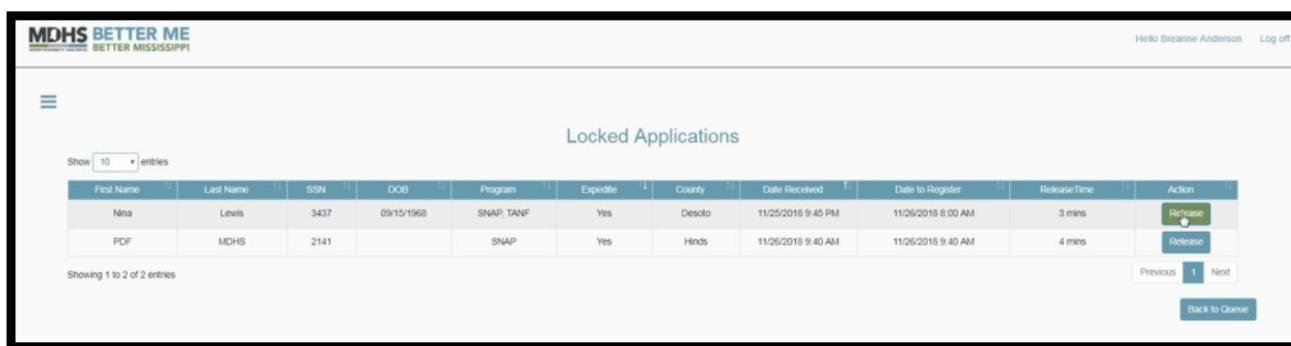
To access any application in the Online Registration Queue, the Supervisor will click on View Queue.



A list of all cases in the queue will be displayed.



To release the application back into the queue, click on Release.



The application will be released back into the queue and will be processed according to priority.

Transferring Cases

At this time, workers have two options for handing cases that belong to another county for processing.

- If a Clerk determines the application has been incorrectly routed to them he or she will call the county to obtain the worker's name and an appointment date and time. The Clerk will register the case and send the appointment notice informing the household of the appointment with the worker in another county.

or

- The Clerk will update the county on the Digital Applicant Information screen in CARS and click "Next" to update and save. Then the Clerk will click on the hamburger menu and select the Dashboard to exit the application. This will transfer the case within 45 minutes to the selected county. This option shall not be used for expedited cases after 3:30pm.

Client Address Verification

The address for each household must be verified through the Client Address Verify section in CARS. To begin address verification, click on Verify.



The MAVS Case # screen will be displayed.



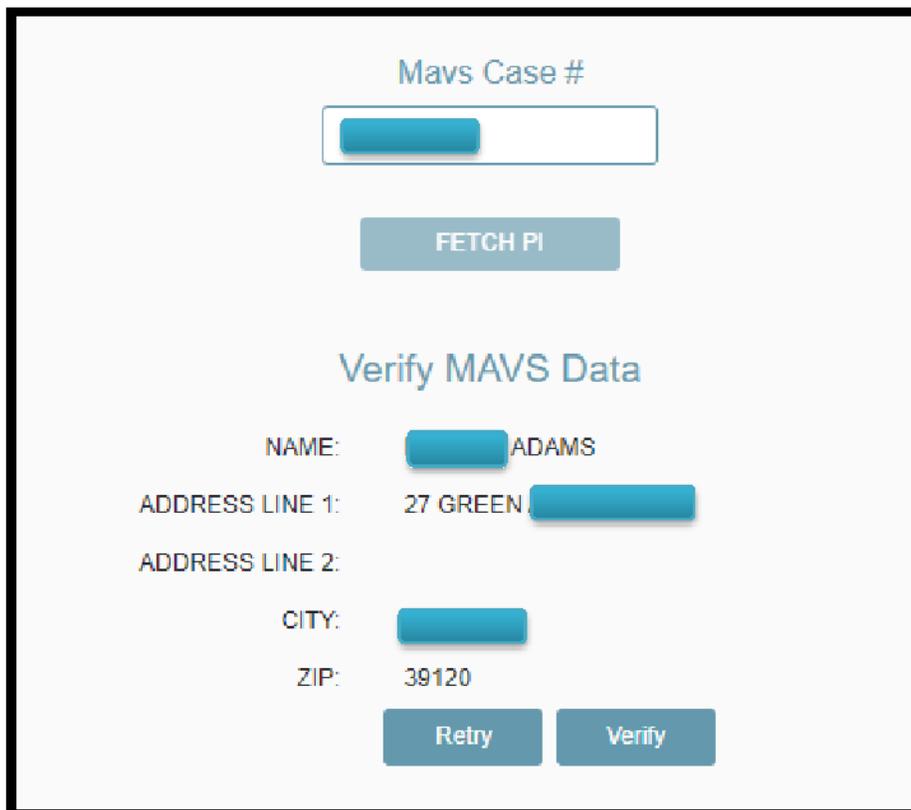
Enter (or copy and paste) the MAVS Case number and click Fetch PI.



If the case cannot be found, the following message will be displayed:



If the case is found, the address information contained within MAVERICS will be displayed, as in the example below. If the client's name and address is correct, click Verify.



The system will search the address verification database and will return a result, if one exists. The match results will be displayed alongside the MAVS data.

MAVS Data	Verification Results
NAME: [REDACTED] ADAMS	NAME: [REDACTED] ADAMS
ADDRESS LINE 1: 27 GREEN [REDACTED]	ADDRESS LINE 1: 27 Green [REDACTED]
ADDRESS LINE 2: [REDACTED]	ADDRESS LINE 2: [REDACTED]
CITY: [REDACTED]	CITY: [REDACTED]
ZIP: 39120	ZIP: 39120-8975
	<input type="button" value="No, This is NOT the address"/> <input type="button" value="Yes, This is the address"/>

If the information matches, the following message will be displayed.

CITY: NATCHEZ

VERIFIED ✕

No additional address verification is necessary.

If the information does not match, the following message will be displayed.

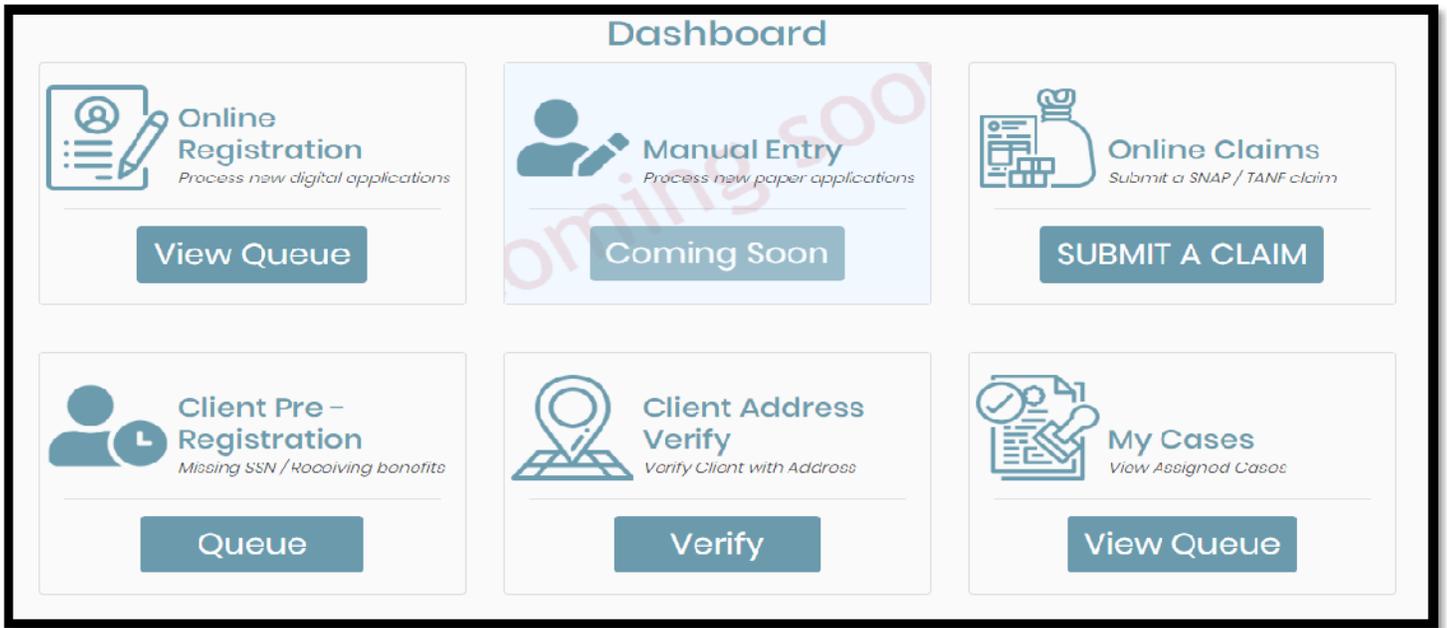
CITY: NATCHEZ

NOT VERIFIED ✕

Address could not be verified electronically, so address must be verified manually.

Online Claims

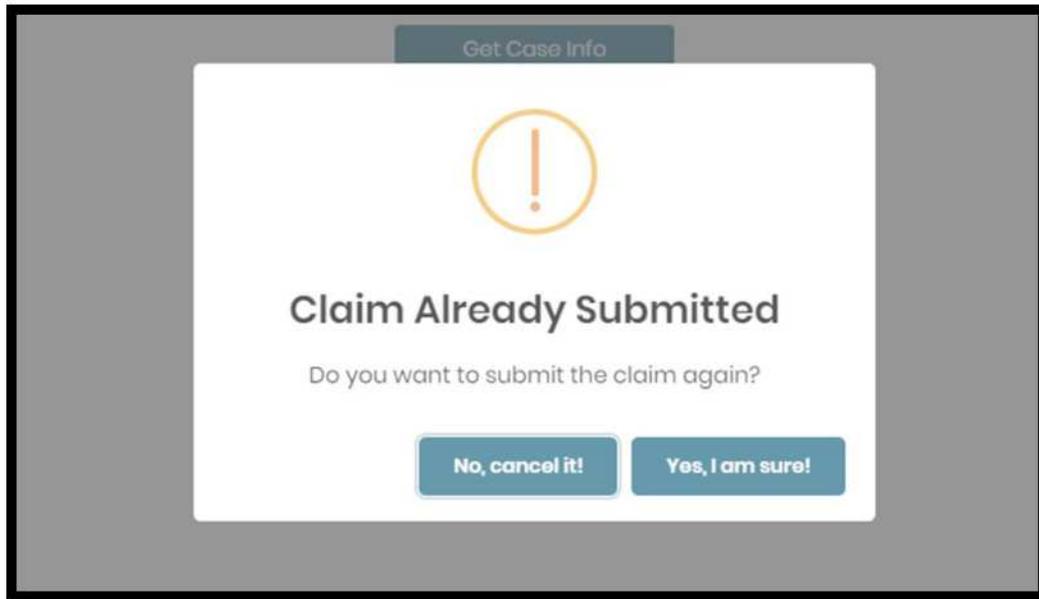
To submit a claim, log in to CARS and click the “Submit a Claim” button in the Online Claims module.



On the next populated page, enter the case # of the claim that is being submitted. Then, click the “Get Case Info” button.



If the claim has already been submitted, the message “Claim Already Submitted, Do you want to submit the claim again?” will populate. Click “Yes, I am sure!” to submit a new claim. Click “No, cancel it!” to go back to the MAVS Case # screen.



The “Claim Information” should auto-populate in the fields. Review claim information to make sure it matches what we have in the MAVERICS system.

A screenshot of a web form titled "Claim Information". The form contains the following fields and values: "CASE NUMBER: 181079770", "NAME: SON NGUYEN", "SSN: 428734840", "DOB: 03/21/1942", "STREET ADDRESS: 137 MAPLE STREET", "STREET ADDRESS2:", "COUNTY: ESAP", "CITY: BILOXI", and "ZIP: 39530". Below these fields are two dropdown menus: "CLAIM TYPE*" and "OVER ISSUANCE CAUSE*", both currently set to "Select". There is a text area for "ADDITIONAL INFORMATION" which is currently empty. At the bottom left, there is a note: "*Denotes required field." At the bottom of the form, there are two buttons: "<< Back" and "Submit Claim".

Select the claim type: Agency Error, Suspected Intentional Program Violation, Inadvertent Household Error, or Fraud Investigation. Then, select the Over Issuance Cause: Redetermination, Quarterly Wage Match Data (QWMD), Prison Match Report, New Hire Report, Anonymous Tip, Wire Third Party Query, Accuity, or Other. Next, add any additional information that will be helpful to work the claim.

Note: The Claim Type and Over Issuance Cause are required before the claim can be submitted. If option “Other” is selected, the “Additional Information” field will be required before a claim can be submitted.

Click the “Submit Claim” button at the bottom of the page and you will receive a pop-up informing you of the successful submission.

State User Functions

Bad Data Queue

When an application is received and the system is unable to determine the appropriate county, the application will be sent into the Bad Data Queue. To access the Bad Data Queue, State Office staff (State User or State Administrator roles) will click on View Queue in the Online Registration section from the Dashboard.

Dashboard



Online Registration
Process new digital applications

View Queue



Manual Entry
Process new paper applications

Coming Soon



Online Claims
Submit a SNAP / TANF claim

SUBMIT A CLAIM



Client Pre - Registration
Missing SSN / Receiving benefits

Queue



Client Address Verify
Verify Client with Address

Verify



My Cases
View Assigned Cases

View Queue

The statewide list of all cases that have not been registered/processed will be displayed and a Bad Data button will appear at the top right of the screen.

Queue

Locked Queue
Bad Data

Show entries Search:

First Name	Last Name	SSN	DOB	Program	Expedite	County	County Office	Date Received	Date to Register	
Andrew	Hal	8742	01/18/1981	SNAP, TANF	No	Madison	Madison - Canton	02/19/2019 2:16 PM	02/19/2019 2:16 PM	View
Anna	Smith		05/16/1992	SNAP, TANF	No	Madison	Madison - Canton	02/19/2019 2:28 PM	02/19/2019 2:28 PM	View
Doc	First			SNAP	No	Madison	Madison - Canton	02/20/2019 10:48 AM	02/20/2019 10:48 AM	View
Doc	Test			SNAP, TANF	No	Madison	Madison - Canton	02/20/2019 1:11 PM	02/20/2019 1:11 PM	View
Sandra	Ridling	0372	03/26/1959	SNAP	No	Monroe	Monroe - Aberdeen	01/25/2019 3:35 PM	01/25/2019 3:35 PM	View
Beverly	Cox	4563	09/06/1978	SNAP	No	Pearl River	Pearl River - Poplarville	02/05/2019 11:08 AM	02/05/2019 11:08 AM	View

When the Bad Data button is clicked, all applications will be displayed. The user will have two options: View or Verify. Each option is discussed below.

First Name	Last Name	DOB	Program	Pipeline	Created Date	County	Action
Adi BulluckA	VDHS		SNAP	No	02/05/2019 10:20 AM	Other	View Verify
TestEadAndri	VDHS		SNAP	Yes	02/04/2019 2:43 PM	Other	View Verify
TestEadAddC	VDHS		SNAP, TANF	Yes	02/04/2019 12:04 PM	Other	View Verify
Harry	Follet	11/10/202	SNAP, TANF	No	01/25/2019 2:13 PM	Other	View Verify
Ham	Hicks	03/17/1915	SNAP, TANF	Yes	01/25/2019 2:13 PM	Other	View Verify
Test	Userthra	05/20/1980	SNAP	No	01/31/2019 12:00 PM	Other	View Verify
Jacobs	Pony	10/17/1987	TANF	No	01/23/2019 8:37 PM	Other	View Verify

Showing 1 to 7 of 7 entries

Previous | Next

[Back to Queue](#)

Verify

Clicking Verify will enable the user to see limited demographic information on the application

BUSINESS DATE: 06/03/2019 03:19 PM EXPEDITE: YES CLIENT DOCUMENT: YES

DIGITAL APPLICANT INFORMATION

Demographics

FIRST NAME* MIDDLE NAME* LAST NAME* SUFFIX*

SOCIAL SECURITY NUMBER* DATE OF BIRTH* APPLYING FOR* SNAP TANF

Contact Information

HOME ADDRESS 1* HOME ADDRESS 2* HOME CITY* HOME STATE*

HOME ZIP CODE* HOME COUNTY*

Once the user has determined the appropriate county, he or she will update the address, home county and click Save. The application will automatically be routed to the Online Registration queue.

View

Clicking on View will pull up the full application screen flow (see [Screen Flow – Clerks/Eligibility Staff](#) for more information).

The screenshot shows a web form titled "DIGITAL APPLICANT INFORMATION" with a blue header bar. The header bar contains the text: "BUSINESS DATE: 09/19/2019 10:45 AM", "EXPEDITE: YES", and "CLIENT DOCUMENT: NO". A hamburger menu icon is in the top left. The form is divided into two main sections: "Demographics" and "Contact Information".

Demographics Section:

- FIRST NAME: Dana
- MIDDLE NAME: (empty)
- LAST NAME: Thomas
- SUFFIX: Select Suffix (dropdown)
- SOCIAL SECURITY NUMBER: (empty)
- DATE OF BIRTH: 02/15/1983
- APPLYING FOR: SNAP TANF
- LANGUAGE: Select Language (dropdown)

Contact Information Section:

- HOME ADDRESS 1: 313 AIRPORT RD
- HOME ADDRESS 2: (empty)
- HOME CITY: NATCHEZ
- HOME STATE: Mississippi (dropdown)
- HOME ZIP CODE: 39120
- HOME COUNTY: Adams (dropdown)
- Mailing Address same as Residence Address
- MAILING ADDRESS: 313 AIRPORT RD
- MAILING ADDRESS 2: (empty)
- MAILING CITY: NATCHEZ
- MAILING STATE: Mississippi (dropdown)
- MAILING ZIP CODE: 39120
- PHONE NUMBER: (747) 585-8454
- TYPE: Home (dropdown)
- PHONE NUMBER: (empty)
- TYPE: Select PhoneType (dropdown)
- PHONE NUMBER: (empty)
- TYPE: Select PhoneType (dropdown)
- ELECTRONIC NOTICES?: Yes No
- EMAIL ADDRESS: Test@gmail.com

At the bottom right, there are three buttons: "Cancel" (red), "Move to ESAP" (blue), "Pre-Register" (blue), and "Next" (blue).

This will allow the case to be processed from the Bad Data queue, if appropriate.

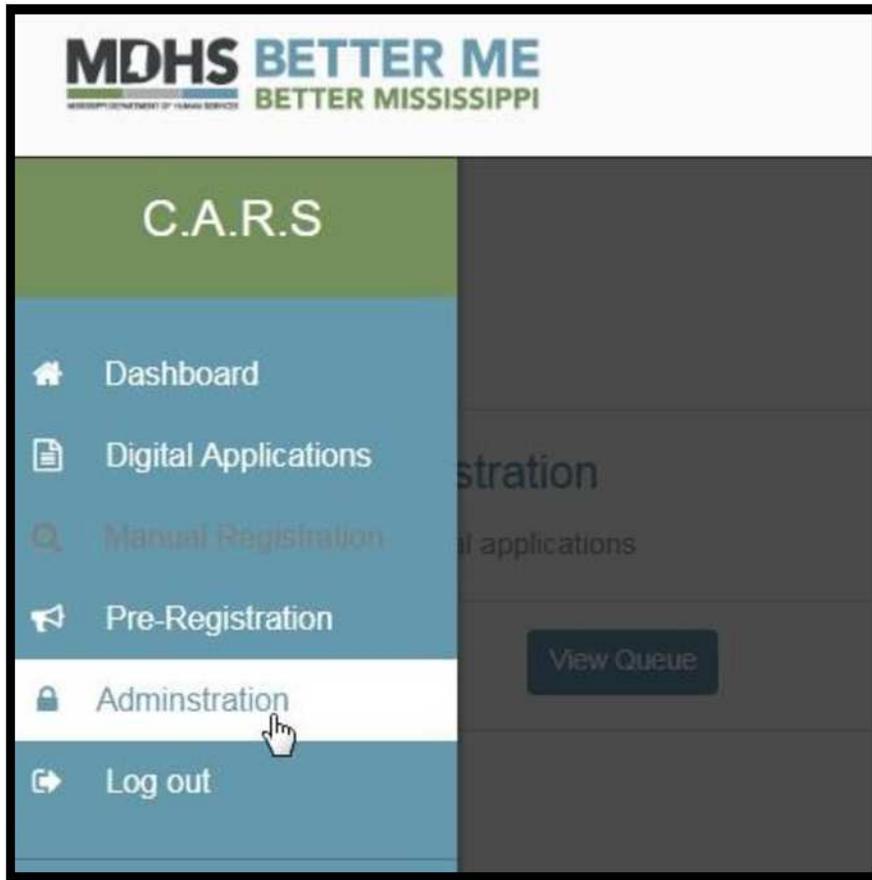
Administrative Functions

There are functions only available to staff members in the State Administrator role. They are each outlined below:

Add/Edit User

State Office users that have been given the Administrator role can add users and update access. All Clerical Staff, Eligibility Staff, Supervisors, and County Directors access will be maintained by MAVERICS roles. Updates to Clerical Staff, Eligibility Staff, Supervisors, and County Directors can be made by an Administrator; however, any access will be reverted to the assigned role within MAVERICS during the nightly update.

Regional staff, including Program Specialists, and State Office staff must be added by an Administrator by clicking on Administration from the Hamburger Menu. Next, the Administrator will click on Administration.



Next, the Administrator will click User Management.

C.A.R.S

-  Dashboard
-  Digital Applications
-  Manual Registration
-  Pre-Registration
-  Administration
-  User Management
-  Log out

A screen listing all users in the system will be displayed.

First Name	Last Name	User Name	Email Address	Active	Role	
Uday	Choun	uday.choun	uday.choun@mdhs.ms.gov	True	Regional Director	View
Krishna	Damodaran	krishna.damodaran	krishna.damodaran@mdhs.ms.gov	True	State Admin	View
Hima	Cuduru	hima.cuduru		True	State Admin	View
Tim	Meeks	tim.meeks	tim.meeks@mdhs.ms.gov	True	State Admin	View
Aruna	Atun	aruna.atun	aruna.atun@mdhs.ms.gov	True	State Admin	View
Uday	Regional Director	id	krishna.damodaran@mdhs.ms.gov	True	Regional Director	View
homerid	reddy	homerid.reddy	homerid.reddy.muganota@mdhs.ms.gov	True	State Admin	View
Jacqui	Wadeon	jacqui.wadeon	jacqui.wadeon@mdhs.ms.gov	True	State Admin	View
Breanne	Anderson	breanne.anderson	breanne.anderson@mdhs.ms.gov	True	State Admin	View
				False	State Admin	View

To add a user, the Administrator will click Add User or to make changes to an existing user, the Administrator will click View. The Add/Edit User screen will appear as displayed below.

Testing

Note: This functionality of adding County Directors, Supervisors and clerks is for testing only. Won't be pushed to production

First Name

Last Name

User Name

Email Address

Active

Role

County

County Office

[Back to List](#)

Once all changes have been made, click Create.



STATE OF MISSISSIPPI
TATE REEVES, GOVERNOR
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
ROBERT ANDERSON
EXECUTIVE DIRECTOR

BULLETIN NO. 6910 **DIVISION OF ECONOMIC ASSISTANCE ELIGIBILITY**
SNAP/TANF

TO: Economic Assistance Eligibility Staff

FROM: Mark Williamson
Director of Economic Assistance Eligibility

DATE: August 24, 2020

EFFECTIVE DATE: August 24, 2020

SUBJECT: **NVRA Update**

The National Voter Registration Act (NVRA) of 1993 requires state agencies, including the Division of Economic Assistance Eligibility (DEAE), to assist clients in completing voter registration forms. As required, the question “If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today?” must be inquired of each person at application, recertification or reapplication, and when an address change is provided. This question, along with other required language, has been added to the following forms:

- MDHS-EA-900, TANF/SNAP Application
- MDHS-EA-901 MSCAP Application
- MDHS-EA-901 MSCAP Recertification
- MDHS-EA-901 MSCAP Recertification FN
- MDHS-EA-904, ESAP Application
- MDHS-EA-906, Interim Contact
- MDHS-EA-946, Change Reporting Form

In order to educate the applicant about the NVRA at the time of application submission, required language currently on the declination form has been added to both the online and paper applications. Any previous versions of these forms should be discarded immediately.

Staff must continue to adhere to the NVRA policy outlined in Volume III and V.

The MDHS-EA-901 MSCAP Recertification and MDHS-EA-904 (as an attachment to the X104, ESAP Notice of Expiration) included in this bulletin were mailed to clients on August 5, 2020 and



200 South Lamar Street
Jackson, Mississippi 39205
Phone 601-359-4500
www.mdhs.state.ms.us

Bulletin No. 6810
August 24, 2020
Page 2

August 10, 2020 respectively.

The following pages have been revised in iManage Work (WorkSite):

Generic Forms Manual	Chapter 8	MDHS-EA-900, SNAP/TANF Application MDHS-EA-901 MSCAP Application MDHS-EA-901 MSCAP Recertification MDHS-EA-901 MSCAP Recertification FN MDHS-EA-904, ESAP Application MDHS-EA-906, Interim Contact MDHS-EA-946, Change Reporting Form
----------------------	-----------	---

If you have any questions regarding this bulletin, contact your Regional

Director. MW:BTA:bta (S20-39/T20-26)

Approved by: MW

FOR OFFICE USE ONLY:

Case Number: _____ Date Received: _____
Appointment Date: _____ Time: _____
303B: Initials: _____ 530: Initials: _____



**TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES (TANF) APPLICATION
SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) APPLICATION**

Name _____ SSN _____ Date of Birth _____

Residence Address _____
City _____ State _____ Zip _____

Mailing Address _____
City _____ State _____ Zip _____

Phone _____ Cell Yes No 2nd Phone _____ Cell Yes No
Alternate Person Contact Phone _____ Cell Yes No

Would you like to receive paperless notices? Yes No If yes, email address _____

What benefits are you applying to receive? SNAP TANF Before we can determine your eligibility, you must be interviewed. You will be interviewed by telephone, unless you request a face-to-face interview. You may file a joint application for both SNAP and TANF or may file a separate application for both programs.

SNAP

You may file your application immediately by submitting the forms to the local county office either in person, through an authorized representative, by fax, online, or by mail as long as we have your name, address and the signature of a responsible household member or your authorized representative. The application filing date is considered the day we receive this form in our office, and benefits are provided from that day, if determined eligible. However, when a resident of an institution jointly applies for SSI and SNAP prior to leaving the institution, the application filing date must be considered the day of your release from the institution. We are required to verify information you provide and take action within 30 days from the date your application is received, unless you are entitled to receive benefits within 7 days. **YOU MAY GET SNAP WITHIN 7 DAYS** if your household's gross monthly income is less than \$150 and your household's resources such as cash, checking or savings accounts are \$100 or less; or if your rent/mortgage and utilities are more than your household's combined gross monthly income and liquid resources; or if you are a migrant or seasonal farm worker household; and you verify your identity. All SNAP applications, regardless of whether they are joint applications or separate applications, will be processed according to SNAP regulations and timeframes and will not be affected if TANF is denied.

TANF

To begin your application, complete the above section and sign below. We are required to take action within 30 days from the day you give us this form.

By signing and dating this application, I am giving consent for the attendance records of the children identified on this application to be disclosed by the Mississippi Department of Education to the Mississippi Department of Human Services for use by the Department of Human Services to determine compliance with school attendance requirements of the Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program.

Only US citizens and qualified aliens are eligible for SNAP benefits. Any non-citizens or non-qualified aliens may be left off your application for assistance. Such persons will not be reported to the Immigration and Customs Enforcement agency. Non-citizens included in your application will have eligibility determined under SNAP rules. The income and resources of all persons in your household will be considered in determining eligibility for persons included in the SNAP application.

I certify that each applicant included in my household is a U.S. citizen or alien in lawful immigration status and that the information provided is true to the best of my knowledge. I give permission for the Department of Human Services to make a full review of my case and any necessary contacts to verify my statements. I give consent for the release of income verification to MDHS for all household members that are 18 or above. I know that if I give false or incorrect information, I could be penalized, my case may be denied, and I may be subject to criminal prosecution. I certify that I received the Rights and Responsibilities handout from this agency.

Signature of Applicant _____ Date _____ Signature of witness if signed by mark _____

Signature of Authorized Representative or Second Parent in TANF _____ Date _____ Signature of witness if signed by mark _____

SNAP Outreach Agency Code _____ MS-MDHS-21-0341-B-000069

FOR OFFICE USE ONLY:

DATE

CASE NUMBER: _____

RECEIVED: _____

Income

- Have you or anyone you are applying for received any type of earned income this month such as: wages, tips, bonuses, self-employment, or any other earned income? Yes No *If yes, how much? \$ _____*
- Have you or anyone you are applying for received any type of unearned income this month such as: social security/railroad retirement, other disability, VA income, pensions, unemployment, child support, alimony, money from other people (cash gifts), worker's compensation? Yes No *If yes, how much? \$ _____*
- Do you or anyone you are applying for expect to receive income later this month? Yes No *If yes, how much? \$ _____*
- Is your household's only income from migrant or seasonal farm work? Yes No

Resources

- Do you or anyone you are applying for have any type of resources such as: cash on hand, checking, savings account, or savings certificates? Yes No *If yes, how much? \$ _____*

Please note, at the interview, you will need to disclose any IRA account, valuable coins, stocks or bonds, nonrecurring lump sum payments, recreational vehicles (boat, 4-wheeler, off road vehicles), personal property, buildings and certain land, recreational properties belonging to you or anyone you are applying for.

Expenses

- Give the actual expense amounts you pay: Rent/Mortgage \$ _____ Electricity \$ _____ Gas \$ _____ Water \$ _____ Phone \$ _____
- Do you or anyone you are applying for pay for care of a dependent child or a disabled household member? Yes No
- Does anyone 60 years of age or older or disabled have medical expenses that exceed \$35 such as: doctor visits, hospital visits, prescriptions, Medicare premiums, health insurance premiums, glasses, dentures, hearing aids, part D prescription premiums, transportation expenses to and from doctor or hospital; pharmacy pick-ups? Yes No

Additional Questions

1. Are you deaf, hearing impaired, or in need of interpreter services? Yes No
2. Is anyone in your household currently serving a SNAP disqualification due to fraud? Yes No
3. Are you or any member of your household hiding or running from the law to avoid prosecution, being taken into custody, or going to jail, for a felony crime or attempted felony crime, or violating a condition or parole or probation? Yes No
4. Are you or any member of your household a resident of a commercial boarding home (establishment that offers meals and lodging compensation with the intent of making a profit)? Yes No
5. Are you or any member of your household on strike? Yes No
6. Have you or any member of your household been convicted of any of the following after 08/22/96 (select all that apply):
 trading SNAP benefits for drugs receiving duplicate SNAP benefits in any State
 buying or selling SNAP benefits over \$500 trading SNAP benefits for guns, ammunitions, or explosives
7. Have you or any member of your household been convicted of any of the following after 02/07/14 (select all that apply):
 aggravated sexual abuse sexual exploitation and other abuse of children
 sexual assault murder
8. If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today? Yes No

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. If you decline to register to vote, this fact will remain confidential. If you do register to vote, the office where your application was submitted will be kept confidential, and it 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.

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: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 10349, Jackson, MS 39210-0070

FOR OFFICE USE ONLY:
DATE RECEIVED: _____
CASE NUMBER: _____

List who you are applying for beginning with the Head of Household

Name (First, Last)	RELATIONSHIP	SOCIAL SECURITY NUMBER *SEE DISCUSSION BELOW	DATE of BIRTH	AGE	SEX	**OPTIONAL		US CITIZEN Y or N
						HISPANIC Y or N	RACE (**Choose one or more)	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

**Information pertaining to Ethnicity and Race is not required and will not be used in determining your eligibility or benefit level. This information will be used to help determine how effective the program is in reaching the eligible population.
 ***Race Codes: **AL**-American Indian/Alaska Native; **AS**-Asian; **BL**-Black or African American; **HP**-Hawaiian or Other Pacific Islander; **WH**-White; **OT**-Other

List anyone in your household who you are not including in this application

Name (First, Last)	Relationship to Head of Household	Age	Name (First, Last)	Relationship to Head of Household	Age

SNAP Authorized Representative

You may appoint someone outside your household to act for your household to make an application and to be interviewed. This person should know your household's situation well enough to give any information needed to determine your eligibility for SNAP. You are responsible for the information that anyone acting as your authorized representative gives, including any information that may be incorrect.

I would like to appoint: 1. Name _____ Phone Number _____
 2. Name _____ Phone Number _____

SNAP Benefit Representative

You may appoint someone outside your household access to your household's SNAP benefits in the Electronic Benefit Transfer (EBT) Account. This person will be issued an EBT card which allows them total use of your account without your immediate consent. Benefits misused by this individual (s) cannot be replaced.

I would like to appoint: 1. Name _____ Phone Number _____
 2. Name _____ Phone Number _____

FOR OFFICE USE ONLY:	DATE
CASE NUMBER: _____	RECEIVED: _____

As part of the eligibility process for SNAP, I understand that certain household members including myself will be eligible to receive SNAP benefits only by following requirements to register for work, seek employment, and/or accept suitable employment, unless a work exemption is met by that household member. I understand that job seeking services are available through the MS Department of Employment Security, and that I may be required to complete job seeking requirements at a later date. I will accept an offer of suitable employment whether it was received through my own effort or through an employment and training referral. I understand that failure to comply with work registration requirements may result in disqualification of a household member or the entire household from SNAP, and that I will explain these work requirements to my household.

I understand that the information included on this application may be disclosed to other Federal and State agencies for official examination, and to law enforcement officials for the purpose of apprehending persons fleeing to avoid the law. I understand that if a SNAP/TANF claim arises against my household, the information on this application, including all SSNs, may be referred to Federal and State agencies, as well as private claims collections agencies, for claims collection.

Information available through the Income and Eligibility Verification System (IEVS) will be used to verify statements you provide on this application regarding household income. Information available through IEVS will be requested, used and may be verified through collateral contacts when discrepancies are found by MDHS. **Additionally, information you provide regarding household income, expenses, or financial resources are subject to verification through third party electronic databases.** Such information may affect your household's eligibility and level of benefits.

Information you provide on this application regarding the alien status of household members may be subject to verification by the United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) through use of the Systematic Alien Verification and Entitlements (SAVE) System. Submitted information from USCIS may affect your household's eligibility and level of benefits.

I understand that I can receive a copy of this completed SNAP application. I choose _____ paper _____ electronic or I _____ decline a copy.

PENALTY WARNING

PENALTY WARNING: *A Social Security Number (SSN) must be provided or applied for each person for whom assistance is requested per the Food and Nutrition Act of 2008. SSNs will be verified and used for Federal and State data matches, including but not limited to, Social Security, Internal Revenue Service, VA, MS Department of Employment Security, resource/income verifications, program disqualifications, and for collection of fraud debts. State and federal laws provide for fines, imprisonment or both for any person guilty of obtaining assistance to which he/she is not entitled by willfully withholding or giving false information. Information may be verified through collateral contacts when discrepancies are found. Alien status of persons requesting benefits is subject to verification with United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) and will require submission of certain information from this application to USCIS.

SNAP PENALTY WARNING: If your household receives SNAP, it must follow the rules listed below. Any member of your household who breaks any of these rules on purpose can be barred from SNAP for 1 year for first offense, 2 years for second offense, and permanently for third offense; fined up to \$250,000, and imprisoned up to 20 years or both; and subject to prosecution under other federal laws.

DO NOT give false information, or hide information to get or continue to get SNAP benefits. DO NOT trade or sell EBT cards. DO NOT alter EBT cards to get SNAP benefits you are not entitled to receive. DO NOT use SNAP benefits to buy ineligible items such as alcohol and tobacco or to pay food credit accounts. DO NOT use someone else's SNAP benefits or EBT card for your household.

Individuals determined by a court to have committed the following program violations will be subject to the following penalties:

- If you are found to have used or received benefits in a transaction involving the sale of a controlled substance, you will be ineligible to receive SNAP benefits for a period of two years for the first offense and permanently upon the second such offense.**
- If you are found to have used or received benefits in a transaction involving the sale of firearms, ammunition or explosives, you will be permanently ineligible to receive SNAP benefits upon the first occasion of such violation.**
- If you have been found guilty of having trafficked benefits for an aggregate amount of \$500 or more, you will be permanently ineligible to receive SNAP benefits upon the first occasion of such violation.**
- If you have been found to have made a fraudulent statement or representation with respect to your identity or place of residence in order to receive multiple SNAP benefits simultaneously, you will be ineligible to participate in the Program for a period of 10 years.**

I certify under penalty of perjury that my answers to all questions about each household member, including those about citizenship or alien status, are correct and complete.

Household member signature or mark (X): _____

Date: _____

Witness if signed by mark: _____

Date: _____



FOR OFFICE USE ONLY:

CASE NUMBER: _____

DATE

RECEIVED: _____

USDA Nondiscrimination Statement

This institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex and in some cases religion or political beliefs.

The U.S. Department of Agriculture also prohibits discrimination based on race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027), found online at: [How to File a Complaint](#), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

For any other information dealing with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) issues, persons should either contact the USDA SNAP Hotline Number at (800) 221-5689, which is also in Spanish or call the State Information/Hotline Numbers ([click the link for a listing of hotline numbers by State](#)); found online at: [SNAP Hotline](#).

To file a complaint of discrimination regarding a program receiving Federal financial assistance through the U.S. Department of Health and Human Services (HHS), write: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or (800) 537-7697 (TTY).

This institution is an equal opportunity provider.

FOR OFFICE USE ONLY:

CASE NUMBER: _____ DATE RECEIVED: _____

List who you are applying for beginning with the Head of Household

Name (First, Last)	RELATIONSHIP	SOCIAL SECURITY NUMBER *SEE DISCUSSION BELOW	DATE of BIRTH	AGE	SEX	**OPTIONAL		US CITIZEN Y or N
						HISPANIC Y or N	RACE (***Choose one or more)	
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								

**Information pertaining to Ethnicity and Race is not required and will not be used in determining your eligibility or benefit level. This information will be used to help determine how effective the program is in reaching the eligible population.

***Race Codes: **AL**-American Indian/Alaska Native; **AS**-Asian; **BL**-Black or African American; **HP**-Hawaiian or Other Pacific Islander; **WH**-White; **OT**-Other

List anyone in your household who you are not including in this application

Name (First, Last)	Relationship to Head of Household	Age	Name (First, Last)	Relationship to Head of Household	Age

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA:

Número de caso: _____ Fecha de recepción: _____

Fecha de cita: _____ Hora: _____

303B Iniciales: _____ 530: Iniciales: _____



**SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF)
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)**

Nombre _____ Número Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del domicilio _____
Ciudad Estado Código Postal

Dirección de correo _____
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono _____ Cel. Sí No 2^{do} Tel _____ Cel. Sí No Tel./persona contacto alterna _____ Cel. Sí No

¿Le gustaría recibir avisos por medios electrónicos? Sí No Si la respuesta es sí, correo electrónico: _____

¿Qué beneficios está solicitando? SNAP TANF Antes de determinar su elegibilidad, se le debe hacer una entrevista. Se le entrevistará vía teléfono, a menos que usted pida una entrevista cara a cara. Puede llenar una sola solicitud para TANF y SNAP o puede llenar una solicitud para cada programa.

SNAP

Puede presentar su solicitud de manera inmediata entregando los formularios a su oficina local del condado ya sea en persona, a través de un representante autorizado, por fax, en línea o por correo siempre y cuando tengamos su nombre, dirección y la firma de un miembro responsable de su familia o del representante que usted haya autorizado. La fecha de presentación de la solicitud será el día que recibamos este formulario en nuestra oficina, y los beneficios se proveerán desde ese día, si se determina que usted es elegible. Sin embargo, cuando el residente de una institución solicita tanto SSI como SNAP antes de dejar la institución, la fecha de presentación de la solicitud será el día en el que usted deje la institución. Estamos obligados a verificar la información que usted nos da y actuar dentro de los 30 días posteriores a la fecha en la que su solicitud fue recibida, a menos que usted tenga derecho a recibir los beneficios en un plazo de 7 días. **USTED PUEDE OBTENER SNAP EN UN PLAZO DE 7 DÍAS** si los ingresos brutos de su hogar son menos de \$150 y si los recursos de su hogar tales como dinero en efectivo y cuentas de cheques o ahorro sean \$100 o menos; o si el alquiler/hipoteca y servicios públicos son mayores a los ingresos colectivos brutos de su hogar y sus recursos líquidos; o si usted y su familia son trabajadores agrícolas migrantes o estacionales; y usted verifica su identidad. Todas las solicitudes de SNAP, sin importar si son solicitudes en conjunto o individuales, serán procesadas de acuerdo a las regulaciones y plazo de SNAP y no se verán afectadas si TANF es denegado.

TANF

Para iniciar su solicitud, debe llenar la sección en la parte superior de la página y firmar en la parte de abajo. Estamos obligados a actuar en un plazo de 30 días posteriores al día en que usted nos entregue este formulario.

Al firmar y poner la fecha en esta solicitud, estoy dando mi consentimiento a que sean divulgados, por parte del Departamento de Educación de Mississippi al Departamento de Servicios Humanos de Mississippi, los historiales de asistencia de los niños identificados en esta solicitud, a fin de que el Departamento de Servicios Humanos determine si se llenan los requisitos de asistencia a la escuela del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).

Solo ciudadanos de los Estados Unidos y extranjeros que cumplen los requisitos pueden ser elegibles para los beneficios de SNAP. Cualquier persona que no sea ciudadano de los Estados Unidos o que no sea un extranjero que cumpla los requisitos será excluido de la solicitud de asistencia. Dichas personas no serán reportadas al Servicio de Inmigración y Control de Aduanas. Las personas no ciudadanas que sean incluidas en su solicitud serán consideradas para su elegibilidad según el reglamento de SNAP. Los ingresos y recursos de todos los miembros de su hogar serán considerados al momento de determinar la elegibilidad de las personas incluidas en la solicitud de SNAP.

Certifico que cada solicitante incluido en mi hogar es un ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero en condición migratoria legal y que la información provista es verdadera a mi leal saber y entender. Doy permiso al Departamento de Servicios Humanos para hacer una revisión completa de mi caso y de cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones. Doy consentimiento para que se divulgue a MDHS la verificación de los ingresos de todos los miembros de mi hogar mayores de 18 años. Entiendo que si doy información falsa o incorrecta podré ser penalizado, mi caso puede ser denegado y puedo ser sujeto a enjuiciamiento criminal. Certifico que he recibido el panfleto de Derechos y Responsabilidades de esta agencia.

Firma del solicitante Fecha Firma del testigo si se firmó con una marca

Firma de representante autorizado o segundo padre de familia en TANF Fecha Firma del testigo si se firmó con una marca



SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA:

NÚMERO DE CASO: _____ FECHA DE RECEPCIÓN: _____

Ingresos

- ¿Han ganado usted o cualquier persona incluida en su solicitud algún tipo de ingreso durante este mes incluyendo: salarios, propinas, bonos, trabajo por cuenta propia, o cualquier otro tipo de ingreso? Sí No *Si la respuesta es sí, ¿cuánto?* \$ _____
- ¿Han recibido usted o cualquier persona incluida en su solicitud algún tipo de ingreso no ganado durante este mes incluyendo retiro del seguro social/ferrocarril, otras incapacidades, ingresos VA, pensiones, desempleo, manutención de niños, pensión alimenticia, dinero de parte de otras personas (regalos en efectivo), compensación laboral? Sí No *Si la respuesta es sí, ¿cuánto?* \$ _____
- ¿Espera usted u cualquier persona incluida en su solicitud, ingresos durante este mes? Sí No *Si la respuesta es sí, ¿cuánto?* \$ _____
- ¿El único ingreso de su hogar proviene de trabajo agrícola migrante o estacional? Sí No

Recursos

- ¿Tiene usted o cualquier persona incluida en su solicitud algún tipo de recurso incluyendo dinero en efectivo, cuentas de cheques o ahorro, certificados de ahorro? Sí No *Si la respuesta es sí, ¿cuánto?* \$ _____

Tenga en cuenta que, durante la entrevista, usted tendrá que revelar cualquier cuenta del IRA, monedas valiosas, acciones o bonos, pagos globales no recurrentes, vehículos recreativos (barco, 4x4, todo terreno), propiedad personal, edificaciones y ciertos terrenos, propiedades recreativas pertenecientes a usted o a cualquier persona incluida en su solicitud.

Gastos

- *Indique los gastos reales que usted paga:* Alquiler/hipoteca \$ ___ Electricidad \$ ___ Gasolina \$ ___ Agua \$ ___ Teléfono \$ ___
- ¿Usted o cualquier persona incluida en su solicitud tiene como dependiente a un niño o adulto con necesidades especiales? Sí No
- ¿Alguna persona mayor de 60 años o discapacitada tiene gastos médicos que excedan \$35 incluyendo visitas al médico, visitas al hospital, recetas, primas de Medicare, primas de seguro médico, anteojos, dentaduras, audífonos, primas de cobertura de medicinas (Parte D), gastos de transporte hacia y desde el doctor u hospital; surtidos en farmacias? Sí No

Preguntas adicionales

1. ¿Está usted sordo, tiene discapacidad auditiva o necesita los servicios de un intérprete? Sí No
2. ¿Alguna persona en su hogar está descalificada de SNAP por haber cometido fraude? Sí No
3. ¿Está usted, o un miembro de su hogar, actualmente prófugo o escondiéndose de la justicia para evitar enjuiciamiento, arresto o encarcelamiento por haber cometido un delito, haber incurrido en tentativa de delito o haber violentado alguna condición de libertad condicional o probatoria? Sí No
4. ¿Es usted, o un miembro de su hogar, un residente en un hogar comercial que ofrece albergue (establecimiento que ofrece compensación de alimentos y alojamiento con fines de lucro)? Sí No
5. ¿Está usted, o un miembro de su hogar, en huelga? Sí No
6. ¿Usted, o un miembro de su hogar, ha sido encontrado culpable de cualquiera de las siguientes infracciones después del 8/22/96? (seleccione todo lo que corresponda):
 - Intercambiar beneficios de SNAP por droga Recibir beneficios dobles de SNAP en cualquier Estado
 - Comprar o vender beneficios de SNAP mayores a \$500 Intercambiar beneficios de SNAP por pistolas, municiones o explosivos
7. ¿Usted, o un miembro de su hogar, ha sido encontrado culpable de cualquiera de las siguientes infracciones después del 02/07/14? (seleccione todo lo que corresponda):
 - Abuso sexual agravado Explotación sexual y otros abusos infantiles
 - Agresión sexual Asesinato
8. Si no está registrado para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse en este momento? Sí No
Si no marca ninguna de las opciones, se considerará que usted ha decidido no registrarse para votar en este momento. El acceder o no acceder a registrarse no tendrá efecto alguno en la cantidad de asistencia que recibirá por parte de esta agencia. Si se niega a registrarse para votar, este dato será confidencial. Si accede a registrarse para votar, el dato de la oficina donde será entregada su solicitud será confidencial, y solamente será utilizado para propósitos de registro de votantes.

Si desea ayuda para llenar el formulario de registro de votantes, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar la ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Si siente que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o no registrarse para votar, su derecho a decidir de manera privada si registrarse o solicitar registrarse, o su derecho de elegir su propio partido político o cualquier otra preferencia política, puede presentar una queja ante: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA:

NÚMERO DE CASO: _____ FECHA DE RECEPCIÓN: _____

Indique las personas para las cuales está solicitando beneficios iniciando con la Cabeza de Familia

Nombres y apellidos	RELACIÓN	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL *(VER DISCUSIÓN ABAJO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	**OPCIONAL		CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS SÍ O NO
						HISPANO SÍ O NO	RAZA (**Elija una o más)	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

**La información pertinente a la Etnia o Raza no es un requerimiento y no será utilizada al determinar su elegibilidad o nivel de beneficio. Esta información será utilizada para determinar qué tan efectivo es el programa en alcanzar a la población elegible.
 ***Códigos de Raza: **AL**- Indio Americano/Nativo de Alaska, **AS**-Asiático, **BL**-Negro o Afroamericano, **HP**-Hawaiano u otro isleño del Pacífico, **WH**-Blanco, **OT**- Otro

Indique las personas en su hogar que usted no ha incluido en esta solicitud

Nombres y apellidos	Relación con la Cabeza de Familia	Edad	Nombres y apellidos	Relación con la Cabeza de Familia	Edad

Representante autorizado para SNAP

Usted puede asignar a una persona fuera de su hogar para que represente a su hogar al hacer su solicitud o realizar una entrevista. Esta persona debe conocer bien la situación de su hogar con el fin de brindar toda la información necesaria para determinar su elegibilidad a SNAP. Usted es responsable por cualquier tipo de información que su representante autorizado nos brinde, incluyendo cualquier información que puede ser incorrecta.

Me gustaría asignar a: 1. Nombre _____ Número de teléfono _____
 2. Nombre _____ Número de teléfono _____

Representante para beneficios SNAP

Usted puede asignar a una persona fuera de su hogar para que tenga acceso a los beneficios de SNAP de su hogar en la Cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT). A esta persona se le dará una tarjeta EBT, la cual le permite el uso total de su cuenta sin el consentimiento suyo inmediato. Los beneficios mal utilizados por este individuo o individuos no pueden ser reemplazados.

Me gustaría asignar a: 1. Nombre _____ Número de teléfono _____
 2. Nombre _____ Número de teléfono _____

Como parte del proceso de elegibilidad para SNAP, entiendo que ciertos miembros del hogar, incluido yo mismo, serán elegibles para recibir beneficios de SNAP solo si se cumplen los requisitos de registrarse para trabajar, buscar empleo y / o aceptar un empleo adecuado, a menos que dicho miembro del hogar cumpla con una exención de trabajo. Entiendo que los servicios de búsqueda de empleo están disponibles a través del Departamento de Seguridad Laboral de MS y que es posible que deba completar los requisitos de búsqueda de empleo en una fecha posterior. Aceptaré una oferta de empleo adecuado, ya sea que haya sido recibida por mi propio esfuerzo o mediante una remisión de empleo y capacitación. Entiendo que no cumplir con los requisitos de registro de trabajo puede resultar en la descalificación de un miembro del hogar o de todo el hogar para beneficios de SNAP, y que explicaré estos requisitos de trabajo a los miembros de mi hogar.

Entiendo que la información incluida en esta solicitud puede ser divulgada a otras agencias federales y estatales para su revisión oficial y a los funcionarios del orden público con el fin de detener a las personas que huyen para evadir la ley. Entiendo que si surge un reclamo de SNAP / TANF contra mi hogar, la información en esta solicitud, incluidos todos los Números de Seguro Social, puede ser remitida a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobranza de reclamos, para el cobro de reclamos.

La información disponible a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) se utilizará para verificar las declaraciones que usted proporcione en esta solicitud con respecto a los ingresos del hogar. La información disponible a través de IEVS será solicitada, usada y puede ser verificada a través de contactos colaterales cuando MDHS encuentre discrepancias. **Además, la información que usted proporcione con respecto a los ingresos, gastos o recursos financieros del hogar está sujeta a verificación a través de bases de datos electrónicas de terceros.** Dicha información puede afectar la elegibilidad de su hogar y el nivel de beneficios. La información que usted proporcione en esta solicitud con respecto a la condición de extranjero de los miembros del hogar puede estar sujeta a verificación por parte de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) mediante el uso del Sistema de Verificación Sistemática de Derechos del Extranjero (SAVE). La información enviada por USCIS puede afectar la elegibilidad de su hogar y el nivel de beneficios.

Entiendo que puedo recibir una copia de esta solicitud completada para SNAP. Elijo: papel electrónico o rechazo una copia.

ADVERTENCIA DE PENALIZACIÓN

ADVERTENCIA DE PENALIZACIÓN: *Se debe proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona para quien se solicite asistencia según la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008. Los SSN se verificarán y usarán para comparar con los datos federales y estatales, incluyendo pero no limitado a, Seguro Social, Servicio de Ingresos Internos, VA, Departamento de Seguridad Laboral de MS, verificaciones de recursos / ingresos, descalificaciones de programas y para el cobro de deudas por fraude. Las leyes estatales y federales establecen multas, encarcelamiento o ambos para cualquier persona culpable de obtener asistencia a la que no tiene derecho al retener o proporcionar información falsa intencionalmente. La información se puede verificar a través de contactos colaterales cuando se encuentran discrepancias. La condición de extranjero de las personas que solicitan beneficios está sujeta a verificación con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) y requerirá la presentación de cierta información de esta solicitud a USCIS.

ADVERTENCIA DE PENALIZACIÓN DE SNAP Si su hogar recibe SNAP, usted debe seguir las reglas que se enumeran a continuación. Cualquier miembro de su hogar que infrinja cualquiera de estas reglas a propósito puede ser excluido de SNAP durante 1 año por la primera infracción, 2 años por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción; multado hasta \$ 250,000 y encarcelado hasta 20 años o ambos; y sujeto a enjuiciamiento bajo otras leyes federales.

NO proporcione información falsa ni oculte información para obtener o continuar recibiendo beneficios de SNAP. NO intercambie ni venda tarjetas EBT. NO altere las tarjetas EBT para obtener beneficios SNAP que no tiene derecho a recibir. NO use los beneficios de SNAP para comprar artículos no elegibles como alcohol y tabaco o para pagar cuentas de crédito para alimentos. NO use los beneficios SNAP o la tarjeta EBT de otra persona para su hogar.

Las personas que un tribunal determine que han cometido las siguientes infracciones del programa estarán sujetas a las siguientes sanciones:

- Si se determina que ha usado o recibido beneficios en una transacción que involucra la venta de una sustancia controlada, no será elegible para recibir beneficios de SNAP por un período de dos años por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.
- Si se determina que ha usado o recibido beneficios en una transacción que involucra la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, no será elegible permanentemente para recibir beneficios de SNAP en la primera ocasión de tal infracción.
- Si ha sido declarado culpable de haber traficado beneficios por un monto total de \$500 o más, no será elegible permanentemente para recibir beneficios de SNAP en la primera ocasión de dicha infracción.
- Si se determina que ha realizado una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad o lugar de residencia para recibir múltiples beneficios de SNAP simultáneamente, no será elegible para participar en el Programa por un período de 10 años.

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas a todas las preguntas sobre cada miembro del hogar, incluidas aquellas sobre ciudadanía o condición de extranjero, son correctas y completas.

Firma del miembro del hogar o marque con una (X): _____

Fecha: _____

Testigo si se firmó con una marca (X): _____

MS-MDHS-21-0341-B-000078

Declaración de no discriminación de USDA

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por acciones previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el formulario de queja por discriminación del programa del USDA, (AD-3027), que se encuentra en línea en: [Cómo presentar una queja](#), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa a USDA:

(1) Por correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary of Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) Por fax: (202) 690-7442, o

(3) Por correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para cualquier otra información relacionada con asuntos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), las personas deben comunicarse con el número de la línea directa SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los números de la línea directa o de información estatal (haga clic en el enlace para una lista de números de línea directa por estado); que se encuentra en línea en: SNAP Hotline.

Para presentar una queja de discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA:

NÚMERO DE CASO: _____ FECHA DE RECEPCIÓN: _____

Indique las personas para las cuales está solicitando beneficios iniciando con la Cabeza de Familia

Nombre y apellidos	RELACIÓN	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL *VER DISCUSIÓN ABAJO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	**OPCIONAL		CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS SÍ O NO
						HISPANO SÍ O NO	RAZA (***Elija una o más)	
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								

**La información pertinente a la Etnia o Raza no es un requerimiento y no será utilizada al determinar su elegibilidad o nivel de beneficio. Esta información será utilizada para determinar qué tan efectivo es el programa en alcanzar a la población elegible.
***Códigos de Raza: **AL**- Indio americano/Nativo de Alaska, **AS**-Asiático, **BL**-Negro o Afroamericano, **HP**-Hawaiano u otro isleño del Pacífico, **WH**-Blanco, **OT**- Otro

Indique cualquier persona en su hogar que no está incluida en esta solicitud

Nombres y apellidos	Relación con la Cabeza de Familia	Edad	Nombres y apellidos	Relación con la Cabeza de Familia	Edad

CHỈ SỬ DỤNG CHO VĂN PHÒNG:

Số Trường Hợp: _____ Ngày Nhận: _____

Ngày Hẹn: _____ Thời Gian: _____

303B: Tên viết tắt: _____ 530: Tên viết tắt: _____



ĐƠN XIN HỖ

**TRỢ TẠM THỜI CHO CÁC GIA ĐÌNH NGHÈO KHÓ
(TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES, TANF)
ĐƠN ĐĂNG KÝ THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ DINH DƯỠNG BỔ SUNG
(SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)**

Tên _____ Số An Sinh Xã Hội (Social Security Number, SSN) _____ Ngày Sinh _____

Địa Chỉ Cư Trú _____ Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Zip _____

Địa Chỉ Gửi Thư _____ Thành Phố _____ Tiểu Bang _____ Zip _____

Số Điện Thoại _____ Di Động Có Không Số Điện Thoại Thứ 2 _____ Di Động Có Không
Điện Thoại Liên Hệ _____ Di Động Có Không Người Thay Thế _____

Quý vị có muốn nhận thông báo không bằng giấy tờ không? Có Không Nếu có, địa chỉ e-mail _____

Quý vị đăng ký để nhận được những phúc lợi gì? SNAP TANF Trước khi chúng tôi có thể xác định tính đủ điều kiện của quý vị, chúng tôi cần phải phỏng vấn quý vị. Chúng tôi sẽ tiến hành phỏng vấn qua điện thoại, trừ khi quý vị yêu cầu phỏng vấn trực tiếp. Quý vị có thể nộp chung một đơn cho cả SNAP và TANF hoặc có thể nộp đơn riêng cho từng chương trình.

SNAP

Quý vị có thể nộp đơn ngay lập tức bằng cách gửi đơn đến văn phòng quận tại địa phương dưới hình thức trực tiếp, thông qua người đại diện được ủy quyền, gửi fax, gửi trực tuyến hoặc gửi thư qua đường bưu điện miễn là chúng tôi có tên, địa chỉ của quý vị và chữ ký của một thành viên trong gia đình có trách nhiệm hoặc người đại diện được ủy quyền của quý vị. Ngày nộp đơn được coi là ngày chúng tôi nhận được đơn này tại văn phòng của chúng tôi và các quyền lợi sẽ được cung cấp kể từ ngày đó nếu được xác định là đủ điều kiện. Tuy nhiên, khi một người bệnh nội trú tại một cơ sở y tế cùng nộp đơn xin SSI và SNAP trước khi rời khỏi cơ sở đó thì phải coi ngày nộp đơn là ngày quý vị ra khỏi cơ sở y tế đó. Chúng tôi cần phải tiến hành xác minh thông tin do quý vị cung cấp và thực hiện hành động trong vòng 30 ngày kể từ ngày chúng tôi nhận được đơn của quý vị, trừ khi quý vị được quyền hưởng phúc lợi trong vòng 7 ngày. **QUÝ VỊ CÓ THỂ NHẬN ĐƯỢC PHÚC LỢI SNAP TRONG VÒNG 7 NGÀY** nếu tổng thu nhập hàng tháng của hộ gia đình quý vị dưới \$150 và các nguồn lực của hộ gia đình như tiền mặt, séc hoặc tài khoản tiết kiệm là \$100 trở xuống; hoặc nếu tiền thuê nhà/tiền thế chấp và các tiện ích của quý vị nhiều hơn tổng thu nhập hàng tháng kết hợp với nguồn lực thanh khoản của hộ gia đình quý vị; hoặc nếu quý vị thuộc hộ gia đình làm công việc nông trại di cư hoặc thời vụ; và quý vị xác minh danh tính của mình. Tất cả các đơn đăng ký SNAP, bất kể là nộp đơn chung hay nộp đơn riêng, sẽ được xử lý theo các quy định và khung thời gian SNAP và sẽ không bị ảnh hưởng nếu đơn đăng ký TANF bị từ chối.

TANF

Để bắt đầu quá trình nộp đơn, hãy điền đầy đủ thông tin ở phần trên và ký tên vào bên dưới. Chúng tôi cần phải hành động trong vòng 30 ngày kể từ ngày quý vị gửi đơn cho chúng tôi.

Bằng cách ký tên và ghi ngày tháng vào đơn này, tôi đồng ý cho phép Sở Giáo dục Mississippi tiết lộ hồ sơ chuyên cần của những trẻ được nêu trong đơn này cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Mississippi để Sở Dịch Vụ Nhân Sinh sử dụng nhằm xác định tình trạng tuân thủ các yêu cầu về đi học chuyên cần trong phạm vi Chương trình Hỗ Trợ Tạm Thời Cho Các Gia Đình Nghèo Khó (TANF).

Chỉ công dân Hoa Kỳ và người nước ngoài đủ tiêu chuẩn mới đủ điều kiện nhận phúc lợi SNAP. Bất kỳ người nào không phải công dân Hoa Kỳ hoặc người nước ngoài không đủ tiêu chuẩn có thể bị loại khỏi đơn xin trợ cấp của quý vị. Những người như vậy sẽ không được báo cáo cho cơ quan Thực Thi Di Trú và Hải Quan. Những người không phải là công dân Hoa Kỳ có tên trong đơn đăng ký của quý vị sẽ đủ điều kiện được xác định theo các quy tắc SNAP. Thu nhập và nguồn lực của tất cả những người trong hộ gia đình quý vị sẽ được xem xét để xác định tính đủ điều kiện cho những người có tên trong đơn đăng ký SNAP.

Tôi xác nhận rằng từng người có tên trong đơn thuộc hộ gia đình của tôi là công dân Hoa Kỳ hoặc người nước ngoài có tình trạng nhập cư hợp pháp và thông tin được cung cấp là đúng sự thật theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi cho phép Sở Dịch Vụ Nhân Sinh xem xét, đánh giá đầy đủ trường hợp của tôi và thực hiện mọi liên hệ cần thiết để xác minh những thông tin mà tôi đã trình bày. Tôi đồng ý cho MDHS tiết lộ kết quả xác minh thu nhập cho tất cả các thành viên trong hộ gia đình từ 18 tuổi trở lên. Tôi biết rằng nếu tôi cung cấp thông tin sai hoặc không chính xác, tôi có thể bị phạt, hồ sơ của tôi có thể bị từ chối và tôi có thể bị truy tố hình sự. Tôi xác nhận rằng tôi đã nhận được tài liệu về Quyền và Trách Nhiệm từ cơ quan này.

Chữ ký của Người Nộp Đơn

Ngày

Chữ ký của người làm chứng nếu đơn được ký bằng dấu chữ thập

Chữ ký của Người Đại Diện Được Ủy Quyền hoặc Phụ Huynh Thứ Hai trong TANF

Ngày

Chữ ký của người làm chứng nếu đơn được ký bằng dấu chữ thập

Mã Cơ Quan Tiếp Cận SNAP _____

MS-MDHS-21-0341-B-000081

CHỈ SỬ DỤNG CHO VĂN PHÒNG:

SỐ TRƯỜNG HỢP: _____

NGÀY

NHẬN: _____

Thu Nhập

- Quý vị hoặc bất kỳ ai có tên trong đơn quý vị nộp đã nhận được thu nhập do lao động thuộc bất kỳ loại nào sau đây trong tháng này chưa: tiền lương, tiền bo, tiền thưởng, thu nhập từ nguồn tự kinh doanh hoặc bất kỳ khoản thu nhập kiếm được nào khác? Có Không *Nếu có, bao nhiêu?* \$ _____
- Quý vị hoặc bất kỳ ai có tên trong đơn quý vị nộp đã nhận được thu nhập không do lao động thuộc bất kỳ loại nào sau đây trong tháng này chưa: trợ cấp an sinh xã hội/hưu trí ngành đường sắt, trợ cấp khuyết tật khác, thu nhập cựu chiến binh (veterans affairs, VA), lương hưu, trợ cấp thất nghiệp, hỗ trợ nuôi con, tiền cấp dưỡng, tiền từ người khác (quà tặng bằng tiền mặt), tiền bồi thường cho người lao động? Có Không *Nếu có, bao nhiêu?* \$ _____
- Quý vị hoặc bất kỳ ai có tên trong đơn quý vị nộp có mong muốn nhận được thu nhập vào cuối tháng này không? Có Không *Nếu có, bao nhiêu?* \$ _____
- Nguồn thu nhập duy nhất của hộ gia đình quý vị đến từ công việc nông trại di cư hoặc theo mùa phải không? Có Không

Nguồn lực

- Quý vị hoặc bất kỳ ai có tên trong đơn quý vị nộp có bất kỳ nguồn lực nào sau đây không: tiền mặt, séc, tài khoản tiết kiệm hoặc chứng chỉ tiết kiệm? Có Không *Nếu có, bao nhiêu?* \$ _____

Xin lưu ý, tại cuộc phỏng vấn, quý vị sẽ cần phải tiết lộ thông tin về bất kỳ tài khoản hưu trí cá nhân (individual retirement account, IRA), tiền xu có giá trị, cổ phiếu hoặc trái phiếu, các khoản thanh toán một lần không định kỳ, phương tiện giải trí (thuyền, xe 4 bánh, xe địa hình), tài sản cá nhân, các tòa nhà và một số khu đất, tài sản giải trí thuộc về quý vị hoặc bất kỳ ai có tên trong đơn quý vị nộp.

Chi phí

- *Cung cấp số tiền chi phí thực tế quý vị trả:* Tiền thuê/Thế chấp \$ _____ Điện \$ _____ Gas \$ _____ Nước \$ _____ Điện thoại \$ _____
- Quý vị hoặc bất kỳ ai có tên trong đơn quý vị nộp trả tiền cho dịch vụ chăm sóc trẻ phụ thuộc hoặc một thành viên gia đình bị khuyết tật? Có Không
- Có ai từ 60 tuổi trở lên hoặc bị khuyết tật có chi phí y tế vượt quá \$35 không, chẳng hạn như thăm khám bác sĩ, thăm khám tại bệnh viện, thuốc theo toa, phí bảo hiểm Medicare, phí bảo hiểm y tế, kính mắt, răng giả, máy trợ thính, phí bảo hiểm thuốc theo toa phần D, chi phí vận chuyển đến và từ bác sĩ hoặc bệnh viện; mua thuốc tại nhà thuốc? Có Không

Câu hỏi thêm

1. Quý vị có bị điếc, khiếm thính hoặc cần dịch vụ thông dịch viên không? Có Không
2. Có ai trong hộ gia đình của quý vị hiện đang không đủ tiêu chuẩn tham gia SNAP do gian lận không? Có Không
3. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình quý vị có đang trốn tránh hoặc chạy trốn pháp luật để tránh bị truy tố, bị bắt giam hoặc đi tù vì phạm trọng tội hoặc chủ tâm phạm trọng tội, vi phạm điều kiện hoặc tạm tha hoặc quản chế? Có Không
4. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình quý vị có phải là người bệnh nội trú trong nhà dưỡng lão thương mại (cơ sở cung cấp các bữa ăn và chỗ ở với mục đích kiếm lợi nhuận) không? Có Không
5. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình quý vị có đang tham gia đình công không? Có Không
6. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình quý vị có bị kết án vì bất kỳ tội nào sau đây sau ngày 22/08/1996 không (chọn tất cả các phương án thích hợp):
 trao đổi phúc lợi SNAP lấy thuốc nhận các phúc lợi SNAP trùng lặp ở bất kỳ Tiểu Bang nào
 mua hoặc bán phúc lợi SNAP trên \$500 trao đổi phúc lợi SNAP lấy súng, đạn dược hoặc chất nổ
7. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình quý vị có bị kết án vì bất kỳ tội nào sau đây sau ngày 07/02/2014 không (chọn tất cả các phương án thích hợp):
 xâm phạm tình dục trầm trọng hơn bóc lột tình dục và lạm dụng trẻ em khác
 lãn công tình dục giết người
8. Nếu quý vị chưa đăng ký bỏ phiếu bầu cử tại nơi quý vị đang sinh sống, quý vị có muốn đăng ký bỏ phiếu tại đây ngay hôm nay không? Có Không

Nếu quý vị không đánh dấu vào ô, quý vị sẽ được coi là đã quyết định không đăng ký bỏ phiếu tại thời điểm này. Việc nộp đơn đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền hỗ trợ mà quý vị sẽ được cơ quan này cung cấp. Nếu quý vị từ chối đăng ký bỏ phiếu, thông tin này sẽ được giữ bí mật. Nếu quý vị đăng ký bỏ phiếu, văn phòng nơi quý vị nộp đơn đăng ký sẽ được giữ bí mật và thông tin sẽ chỉ được sử dụng nhằm mục đích đăng ký cử tri.

Nếu quý vị muốn được hỗ trợ điền thông tin vào đơn đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ giúp quý vị. Việc tìm kiếm hay chấp nhận sự giúp đỡ tùy thuộc vào quyết định của quý vị. Quý vị có thể điền đơn đăng ký trong không gian riêng tư.

Nếu quý vị cho rằng ai đó gây trở ngại quyền đăng ký hoặc quyền từ chối đăng ký bỏ phiếu của quý vị, quyền riêng tư của quý vị trong việc quyết định đăng ký hoặc nộp đơn đăng ký bỏ phiếu, hoặc quyền lựa chọn đảng chính trị của riêng quý vị hoặc từ chối nhận trợ cấp, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại tới: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

CHỈ SỬ DỤNG CHO VĂN PHÒNG:

SỐ TRƯỜNG HỢP: _____ NGÀY NHẬN: _____

Liệt kê những người mà quý vị đang nộp đơn xin bắt đầu nhận phúc lợi cùng với Chủ Hộ

Tên (Họ, Tên)	MỐI QUAN HỆ	SỐ AN SINH XÃ HỘI *XEM THÔNG TIN THẢO LUẬN DƯỚI ĐÂY	NGÀY SINH NHẬT	TUỔI	GIỚI TÍNH	**KHÔNG BẮT BUỘC		CÔNG DÂN HOA KỲ CÓ hoặc KHÔNG
						NGƯỜI TÂY BAN NHA CÓ hoặc KHÔNG	CHUNG TỘC (***) Chọn một hoặc nhiều phương án)	
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								

** Thông tin liên quan đến Dân Tộc và Chung Tộc là thông tin không bắt buộc và sẽ không được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện hoặc mức phúc lợi của quý vị. Thông tin này sẽ được sử dụng để giúp xác định mức độ hiệu quả của chương trình trong việc tiếp cận nhóm đối tượng đủ điều kiện.
*** Mã Chung Tộc: **AL**-Người Mỹ Bán Địa/Người Alaska; **AS**-Người Châu Á; **BL**--Người Da Đen hoặc Người Mỹ gốc Phi; **HP**-Người Dân Đảo Hawaii hoặc Người Dân Đảo Thái Bình Dương khác; **WH**-Người Da Trắng; **OT**-Khác

Liệt kê bất kỳ người nào trong gia đình quý vị mà quý vị không nêu trong đơn đăng ký

Tên (Họ, Tên)	Mối Quan Hệ với Chủ Hộ	Tuổi	Tên (Họ, Tên)	Mối Quan Hệ với Chủ Hộ	Tuổi

Người Đại Diện Được Ủy Quyền SNAP

Quý vị có thể chỉ định một người nào đó không thuộc gia đình của quý vị để thay mặt gia đình quý vị làm đơn đăng ký và được phỏng vấn. Người này cần biết đủ rõ hoàn cảnh của gia đình quý vị để cung cấp bất kỳ thông tin nào cần thiết để xác định tính đủ điều kiện nhận SNAP của quý vị. Quý vị chịu trách nhiệm về những thông tin mà bất kỳ ai đóng vai trò là người đại diện được ủy quyền của quý vị cung cấp, bao gồm bất kỳ thông tin nào có thể không chính xác.

Tôi muốn chỉ định: 1. Tên _____ Số điện thoại _____

2. Tên _____ Số điện thoại _____

Người Đại Diện Lợi Ích SNAP

Quý vị có thể chỉ định một người nào đó không thuộc gia đình của quý vị để tiếp cận các phúc lợi SNAP dành cho gia đình quý vị trong Tài Khoản Chuyển Phúc Lợi Điện Tử (EBT). Người này sẽ được cấp thẻ EBT cho phép họ sử dụng toàn bộ tài khoản của quý vị mà không cần phải có sự đồng ý tức thời của quý vị. Không thể thay thế những phúc lợi mà (những) cá nhân này sử dụng sai.

Tôi muốn chỉ định: 1. Tên _____ Số điện thoại _____

2. Tên _____ Số điện thoại _____ MS-MDHS-21-0341-B-000083

CHỈ SỬ DỤNG CHO VĂN PHÒNG:

SỐ TRƯỜNG HỢP: _____

NGÀY

NHẬN: _____

Thuộc một phần trong quy trình xét tính đủ điều kiện tham gia SNAP, tôi hiểu rằng một số thành viên trong gia đình bao gồm cả bản thân tôi sẽ chỉ đủ điều kiện nhận phúc lợi SNAP nếu tuân theo các yêu cầu về đăng ký làm việc, tìm việc làm và/hoặc nhận việc làm phù hợp, trừ khi thành viên đó trong gia đình đáp ứng điều kiện miễn trừ. Tôi hiểu rằng các dịch vụ tìm kiếm việc làm được cung cấp thông qua Sở An Ninh Việc Làm Mississippi, và tôi có thể phải hoàn thành các yêu cầu tìm kiếm việc làm vào một ngày nào đó sau này. Tôi sẽ chấp nhận lời mời làm việc phù hợp cho dù có được bằng nỗ lực của bản thân hay thông qua giới thiệu việc làm và đào tạo. Tôi hiểu rằng việc không tuân thủ các yêu cầu về đăng ký làm việc có thể dẫn đến việc một thành viên trong gia đình hoặc toàn bộ gia đình bị loại khỏi SNAP và tôi sẽ giải thích những yêu cầu về công việc này cho gia đình của tôi.

Tôi hiểu rằng những thông tin có trong đơn đăng ký này có thể được tiết lộ cho các cơ quan khác của Liên Bang và Tiểu Bang để các cơ quan đó tiến hành kiểm tra chính thức, và cho các cán bộ thực thi pháp luật với mục đích bắt giữ những người trốn tránh pháp luật. Tôi hiểu rằng nếu phát sinh khiếu nại liên quan đến SNAP/TANF chống lại gia đình tôi thì những thông tin trong đơn này, bao gồm tất cả SSN, có thể được chuyển đến các cơ quan Liên Bang và Tiểu Bang, cũng như các cơ quan thu thập khiếu nại tư nhân, để thu thập khiếu nại.

Những thông tin có sẵn thông qua Hệ Thống Xác Minh Thu Nhập và Tính Đủ Điều Kiện (Income and Eligibility Verification System, IEVS) sẽ được sử dụng để xác minh những lời kê khai mà quý vị cung cấp trong đơn này về thu nhập hộ gia đình. Chúng tôi sẽ yêu cầu cung cấp, sử dụng và có thể xác minh những thông tin có sẵn thông qua IEVS thông qua người liên hệ phụ thuộc khi MDHS phát hiện ra những sai lệch. Ngoài ra, **những thông tin mà quý vị cung cấp liên quan đến thu nhập, chi phí hoặc nguồn tài chính của hộ gia đình phải được xác minh thông qua cơ sở dữ liệu điện tử của bên thứ ba.** Thông tin đó có thể ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện để xét tham gia và mức phúc lợi mà gia đình quý vị có thể nhận được.

Thông tin mà quý vị cung cấp trong đơn đăng ký này liên quan đến tình trạng di trú của các thành viên trong gia đình có thể được Sở Di Trú và Nhập Tịch Hoa Kỳ (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) xác minh thông qua việc sử dụng Hệ Thống Xác Minh Thông Tin Người Nước Ngoài Theo Hệ Thống để Đánh Giá Các Quyền Hưởng Trợ Cấp (Systematic Alien Verification and Entitlements, SAVE). Thông tin được gửi từ USCIS có thể ảnh hưởng đến tính đủ điều kiện để xét tham gia và mức phúc lợi của gia đình quý vị.

Tôi hiểu rằng tôi có thể nhận được một bản sao của đơn đăng ký SNAP đã hoàn chỉnh này. Tôi chọn nhận bản sao bằng _____ giấy _____ điện tử hoặc tôi _____ từ chối nhận bản sao.

CẢNH BÁO XỬ PHẠT

CẢNH BÁO XỬ PHẠT : *Số An Sinh Xã Hội (Social Security Number, SSN) phải được cung cấp hoặc áp dụng cho từng người yêu cầu trợ cấp theo Đạo Luật Thực Phẩm và Dinh Dưỡng năm 2008. SSN sẽ được xác minh và sử dụng để so khớp dữ liệu của Liên Bang và Tiểu Bang, bao gồm nhưng không giới hạn ở, An Sinh Xã Hội, Sở Thuế Vụ, VA, Sở An Ninh Việc Làm MS, xác thực nguồn lực/thu nhập, bác bỏ tư cách chương trình và thu hồi các khoản nợ gian lận. Luật pháp tiểu bang và liên bang quy định hình phạt tiền, hình phạt tù hoặc cả hai cho bất kỳ người nào phạm tội nhận hỗ trợ mà người đó không có quyền bằng cách cố tình che giấu hoặc cung cấp thông tin sai lệch. Thông tin có thể được xác thực thông qua người liên hệ phụ thuộc khi phát hiện thấy có sự sai lệch. Tình trạng di trú của những người yêu cầu phúc lợi phải được xác minh với Sở Di Trú và Nhập Tịch Hoa Kỳ (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) và sẽ yêu cầu gửi một số thông tin từ đơn đăng ký này cho USCIS.

CẢNH BÁO XỬ PHẠT TRONG SNAP : Nếu gia đình của quý vị nhận được SNAP, việc đó phải tuân theo các quy tắc được liệt kê bên dưới. Bất kỳ thành viên nào trong gia đình quý vị cố tình vi phạm bất kỳ quy tắc nào đều có thể bị cấm nhận SNAP trong vòng 1 năm đối với vi phạm lần đầu, 2 năm đối với vi phạm lần thứ hai và vĩnh viễn đối với vi phạm lần thứ ba; bị phạt tiền lên tới \$250.000, phạt tù lên tới 20 năm hoặc cả hai hình phạt; bị truy tố theo các luật khác của liên bang.

KHÔNG cung cấp thông tin sai lệch hoặc che giấu thông tin để nhận hoặc tiếp tục nhận phúc lợi SNAP. **KHÔNG** kinh doanh hoặc bán thẻ EBT. **KHÔNG** sửa đổi thẻ EBT để nhận phúc lợi SNAP mà quý vị không có quyền nhận. **KHÔNG** sử dụng phúc lợi SNAP để mua các mặt hàng không đủ điều kiện như rượu và thuốc lá hoặc thanh toán tài khoản tín dụng thực phẩm. **KHÔNG** sử dụng phúc lợi SNAP hoặc thẻ EBT của người khác cho gia đình của quý vị.

Những người được tòa án xác định là đã vi phạm chương trình sẽ phải chịu các hình phạt sau:

- Nếu quý vị bị phát hiện đã sử dụng hoặc nhận lợi ích trong một giao dịch liên quan đến việc bán chất bị kiểm soát, quý vị sẽ không đủ điều kiện để nhận phúc lợi SNAP trong thời gian hai năm đối với vi phạm lần đầu và vĩnh viễn đối với vi phạm lần thứ hai trở đi.
- Nếu quý vị bị phát hiện đã sử dụng hoặc nhận lợi ích trong một giao dịch liên quan đến việc bán súng, đạn dược hoặc chất nổ, quý vị sẽ vĩnh viễn không đủ điều kiện để nhận phúc lợi SNAP sau vi phạm lần đầu.
- Nếu quý vị bị kết tội giao dịch lợi ích với tổng số tiền từ \$500 trở lên, quý vị sẽ vĩnh viễn không đủ điều kiện để nhận phúc lợi SNAP sau vi phạm lần đầu.
- Nếu quý vị bị phát hiện kê khai thông tin gian lận hoặc sai lệch về danh tính hoặc nơi cư trú của quý vị để nhận được nhiều phúc lợi SNAP cùng một lúc, quý vị sẽ không đủ điều kiện tham gia Chương Trình trong thời gian 10 năm.

Tôi xác nhận theo hình phạt khai man rằng các câu trả lời của tôi cho tất cả các câu hỏi về từng thành viên trong gia đình, bao gồm cả những người có quốc tịch hoặc người nước ngoài, là chính xác và đầy đủ.

Chữ ký hoặc ký hiệu (X) của thành viên gia đình: _____

Ngày: _____

Chữ ký của người làm chứng nếu đơn được ký bằng dấu chữ thập: _____

Ngày: _____ MS-MDHS-21-0341-B-000084

CHỈ SỬ DỤNG CHO VĂN PHÒNG:

SỐ TRƯỜNG HỢP: _____

NGÀY

NHẬN: _____

Tuyên Bố Không Phân Biệt Đối Xử của USDA

Tổ chức này không được phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, giới tính và trong một số trường hợp là tôn giáo hoặc niềm tin chính trị.

Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ cũng nghiêm cấm phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tín ngưỡng tôn giáo, tình trạng khuyết tật, tuổi tác, niềm tin chính trị hoặc trả thù hoặc trả đũa đối với các hoạt động dân quyền trước đây trong bất kỳ chương trình hoặc hoạt động nào do USDA tiến hành hoặc tài trợ.

Người khuyết tật cần các phương tiện liên lạc thay thế để biết thông tin về chương trình (ví dụ như chữ nổi Braille, bản in khổ lớn, băng ghi âm, Ngôn Ngữ Ký Hiệu Hoa Kỳ, v.v.), cần liên hệ với Cơ Quan (Tiểu Bang hoặc địa phương) nơi họ nộp đơn xin hưởng phúc lợi. Những người bị điếc, khiếm thính hoặc khuyết tật âm ngữ có thể liên hệ với USDA thông qua Dịch Vụ Tiếp Âm Liên Bang theo số (800) 877-8339. Ngoài ra, thông tin về chương trình có thể được cung cấp bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh.

Để nộp đơn khiếu nại chương trình vì phân biệt đối xử, hãy hoàn thành Mẫu Khiếu Nại về Phân Biệt Đối Xử của Chương Trình USDA, (AD-3027) trực tuyến tại: Cách Nộp Đơn Khiếu Nại, và tại bất kỳ văn phòng nào của USDA, hoặc viết thư gửi tới USDA và cung cấp trong thư tất cả thông tin được yêu cầu trong đơn. Để yêu cầu nhận một bản sao của đơn khiếu nại, hãy gọi (866) 632-9992. Gửi đơn hoặc thư đã hoàn thành của quý vị tới USDA bằng cách:

- (1) gửi thư qua đường bưu điện tới địa chỉ: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) gửi fax: (202) 690-7442; hoặc
- (3) email: program.intake@usda.gov.

Để biết bất kỳ thông tin nào khác liên quan đến các vấn đề của Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), quý vị cần liên hệ theo số Số Điện Thoại Đường Dây Nóng của SNAP USDA theo số (800) 221-5689, bằng tiếng Tây Ban Nha hoặc gọi tới Số Điện Thoại Đường Dây Nóng/Thông Tin Tiểu Bang (nhấp vào liên kết để xem danh sách các số điện thoại đường dây nóng của Tiểu Bang) trực tuyến tại: Đường Dây Nóng SNAP.

Để nộp đơn khiếu nại về phân biệt đối xử liên quan đến một chương trình nhận trợ cấp tài chính của Liên Bang thông qua Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ (Health and Human Service, HHS), hãy viết thư gửi đến địa chỉ: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 hoặc gọi điện thoại đến số (202) 619-0403 (dịch vụ thoại) hoặc (800) 537-7697 (TTY).

Đây là cơ quan cung cấp cơ hội bình đẳng.

CHỈ SỬ DỤNG CHO VĂN PHÒNG:

SỐ TRƯỜNG HỢP: _____ NGÀY NHẬN: _____

Liệt kê những người mà quý vị đang nộp đơn xin bắt đầu nhận phúc lợi cùng với Chủ Hộ

Tên (Họ, Tên)	MỐI QUAN HỆ	SỐ AN SINH XÃ HỘI *XEM THÔNG TIN THẢO LUẬN DƯỚI ĐÂY	NGÀY SINH NHẬT	TUỔI	GIỚI TÍNH	**KHÔNG BẮT BUỘC		CÔNG DÂN HOA KỲ CÓ hoặc KHÔNG
						NGƯỜI TÂY BAN NHA CÓ hoặc KHÔNG	CHUNG TỘC (** Chọn một hoặc nhiều phương án)	
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								

** Thông tin liên quan đến Dân Tộc và Chung Tộc là thông tin không bắt buộc và sẽ không được sử dụng để xác định tính đủ điều kiện hoặc mức phúc lợi của quý vị. Thông tin này sẽ được sử dụng để giúp xác định mức độ hiệu quả của chương trình trong việc tiếp cận nhóm đối tượng đủ điều kiện.

*** Mã Chung Tộc: **AL**-Người Mỹ Bản Địa/Người Alaska; **AS**-Người Châu Á; **BL**--Người Da Đen hoặc Người Mỹ gốc Phi; **HP**-Người Dân Đảo Hawaii hoặc Người Dân Đảo Thái Bình Dương khác; **WH**-Người Da Trắng; **OT**-Khác

Liệt kê bất kỳ người nào trong gia đình quý vị mà quý vị không nêu trong đơn đăng ký

Tên (Họ, Tên)	Mối Quan Hệ với Chủ Hộ	Tuổi	Tên (Họ, Tên)	Mối Quan Hệ với Chủ Hộ	Tuổi

MISSISSIPPI DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES DECLARATION AND CONSENT TO PARTICIPATE IN THE MISSISSIPPI COMBINED APPLICATION PROJECT (MSCAP)

BY SIGNING MY NAME BELOW, I AM ACKNOWLEDGING:

1. I have been informed of the MSCAP Project;
2. I have read, or had explained to me, and understand my rights and responsibilities under the MSCAP Program;
3. I understand that as an SSI recipient, in order to receive Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits for myself only, I will have to participate in the MSCAP program unless I have shelter/utility expenses of more than \$490 or out of pocket medical expenses of more than \$35 each month;
4. I am not paying court ordered child support to anyone outside of my home.

I AM DECLARING:

5. I either live alone or I purchase and prepare meals separately from other members in my household; **I am 21 years of age or younger** Yes No. If "Yes", I live with my **parent/parents** Yes No.
 6. I do not have any earned income;
 7. I am not receiving income from the Mississippi Band of Choctaw Indian Distribution Plan.
 8. **Please check the amount of actual monthly shelter and utility expenses:**
 - Between \$0 - \$335.00
 - Between \$335.01 - \$490.00
 - \$490.01 or greater **(If checked, you may choose to participate in the regular SNAP program)**
- I would like to participate in the MSCAP program.

IF YOU DO NOT INDICATE YOUR ACTUAL SHELTER/UTILITY EXPENSES, YOU WILL RECEIVE THE LOWER SHELTER DEDUCTION.

9. **If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today?** Yes No

If you do not check a 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. If you decline to register to vote, this fact will remain confidential. If you do register to vote, the office where your application was submitted will be kept confidential, and it 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.

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: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

Name (**Please Print**): _____ Telephone: _____
(First) (Middle) (Last)

Address: _____ City: _____

State: _____ Zip Code: _____

Social Security Number: _____ Date of Birth: _____

Signature: _____ Date: _____

Witness Signature (if signed by mark): _____ Date: _____

MS-MDHS-21-0341-B-000087
Date: _____

DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE MISSISSIPPI PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE SOLICITUD COMBINADA DE MISSISSIPPI (MSCAP)

AL FIRMAR CON MI NOMBRE A CONTINUACIÓN, ESTOY RECONOCIENDO LO SIGUIENTE:

1. que se me ha informado sobre el Proyecto MSCAP;
2. que he leído, o me han explicado, y que entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud del Programa MSCAP;
3. que entiendo que, como destinatario de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), para recibir beneficios del Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) solo para mí, tendré que participar en el programa del Proyecto de Solicitud Combinada de Mississippi (Mississippi Combined Application Project, MSCAP) a menos que tenga gastos de alojamiento o servicios públicos de más de \$490 o gastos médicos de bolsillo de más de \$35 cada mes;
4. que no estoy pagando manutención infantil ordenada por un tribunal a nadie fuera de mi hogar.

DECLARO LO SIGUIENTE:

5. que vivo solo o compro y preparo comidas por separado de otros miembros de mi hogar; **tengo 21 años o menos** Sí No. Si la respuesta es "Sí", vivo con mis **padres/padre o madre** Sí No.
6. que no tengo ningún ingreso de trabajo;
7. que no recibo ingresos del Plan de Distribución de la Banda de Nativos de Choctaw de Mississippi.
8. **Verifique el importe de gastos mensuales reales de alojamiento y servicios públicos:**
 - Entre \$0 y \$335.00
 - Entre \$335.01 y \$490.00
 - \$490.01 o más (**en este caso, puede elegir participar en el programa SNAP regular**)
 - Me gustaría participar en el programa MSCAP.

SI NO INDICA SUS GASTOS REALES DE VIVIENDA O SERVICIOS PÚBLICOS, RECIBIRÁ LA DEDUCCIÓN DE VIVIENDA MÁS BAJA.

9. **Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse aquí hoy?** Sí No

Si no marca una casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento. Su solicitud de registro o rechazo del registro para votar no afectará el importe de asistencia que le brindará esta agencia. Si se niega a registrarse para votar, este hecho será confidencial. Si se registra para votar, la oficina donde presentó su solicitud se mantendrá confidencial y se utilizará solo para fines de registro de votantes.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro del votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si se registra o solicita registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante: Secretario de Estado de Mississippi, División Electoral, P. O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

Nombre (**en imprenta**): _____ Teléfono: _____
(Nombre de pila) (Segundo nombre) (Apellido)

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de seguridad social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del testigo (si se firma con una marca): _____ MS-MDHS-21-0341-B-000088

SỞ DỊCH VỤ NHÂN SINH MISSISSIPPI TUYÊN BỐ VÀ ĐỒNG Ý THAM GIA DỰ ÁN ĐĂNG KÝ KẾT HỢP MISSISSIPPI (MISSISSIPPI COMBINED APPLICATION PROJECT, MSCAP)

KHI KÝ TÊN DƯỚI ĐÂY, TÔI XÁC NHẬN:

1. Tôi đã được thông báo về Dự Án MSCAP;
2. Tôi đã đọc hoặc được giải thích và hiểu các quyền và trách nhiệm của mình trong Chương Trình MSCAP;
3. Tôi hiểu rằng là người nhận Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI), để nhận được các phúc lợi của Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) chỉ cho bản thân mình, tôi sẽ phải tham gia chương trình MSCAP trừ khi tôi có chi phí chỗ ở/tiện ích cao hơn \$490 hoặc chi phí y tế tự trả nhiều hơn \$35 mỗi tháng;
4. Hiện tại, tôi không phải trả tiền cấp dưỡng nuôi con theo lệnh của tòa án cho bất kỳ người nào ngoài gia đình tôi.

TÔI TUYÊN BỐ:

5. Tôi sống một mình hoặc tôi mua và chuẩn bị bữa ăn riêng với các thành viên khác trong hộ gia đình tôi; **Tôi 21 tuổi trở xuống** Đúng Sai. Nếu “Đúng” thì tôi sống cùng **cha hoặc mẹ/cha mẹ** Đúng Sai.
6. Tôi không có bất kỳ khoản thu nhập kiếm được nào;
7. Tôi không nhận trợ cấp từ Chương Trình Phân Phối cho Người Thổ Dân Bộ Lạc Choctaw của Mississippi.
8. **Vui lòng đánh dấu số tiền thực tế chi cho chỗ ở và tiện ích hàng tháng:**
 - Từ \$0 đến \$335.00
 - Từ \$335.01 đến \$490.00
 - \$490.01 trở lên (**Nếu đánh dấu ô này, quý vị có thể chọn tham gia chương trình SNAP thường xuyên**)
 - Tôi muốn tham gia chương trình MSCAP.

NẾU KHÔNG CHO BIẾT CHI PHÍ CHỖ Ở/TIỆN ÍCH THỰC TẾ, QUÝ VỊ SẼ NHẬN ĐƯỢC MỨC KHẤU TRỪ CHỖ Ở THẤP HƠN.

9. **Nếu quý vị chưa ghi danh bỏ phiếu tại nơi đang sinh sống, quý vị có muốn đăng ký ghi danh bỏ phiếu tại đây ngay hôm nay không?** Có Không

Nếu không đánh dấu ô nào, quý vị sẽ được coi là đã quyết định không ghi danh bỏ phiếu tại thời điểm này. Việc đăng ký ghi danh hoặc từ chối ghi danh bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà cơ quan này cấp cho quý vị. Nếu quý vị từ chối ghi danh bỏ phiếu, quyết định đó của quý vị sẽ được giữ kín. Nếu quý vị ghi danh bỏ phiếu, văn phòng nơi quý vị gửi đơn đăng ký sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích ghi danh cử tri.

Nếu quý vị muốn được giúp đỡ điền biểu mẫu đăng ký ghi danh cử tri, chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị. Quý vị có quyền quyết định có nhờ hoặc chấp nhận sự giúp đỡ hay không. Quý vị có thể điền biểu mẫu đăng ký một cách bí mật.

Nếu quý vị tin rằng đã có người cản trở quyền ghi danh hoặc từ chối ghi danh bỏ phiếu, quyền riêng tư để quyết định có ghi danh hoặc nộp đơn đăng ký ghi danh bỏ phiếu hay không hoặc quyền chọn đăng chính trị riêng hay ưu tiên chính trị khác của quý vị, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại tới: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

Họ Tên (**Vui Lòng Viết Chữ In**): _____ Điện Thoại: _____
(Tên) (Tên Đệm) (Họ)

Địa Chỉ: _____ Thành Phố: _____

Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____

Số An Sinh Xã Hội: _____ Ngày Sinh: _____

Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Chữ Ký của Người Làm Chứng (nếu ký bằng cách đánh dấu): _____ Ngày: _____

DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISISIPI PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE SOLICITUD COMBINADA DE MISISIPI (MSCAP).

AL FIRMAR CON MI NOMBRE A CONTINUACIÓN, RECONOZCO LO SIGUIENTE:

1. Entiendo que como beneficiario de SSI, para recibir los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) únicamente para mí, debo participar en el MSCAP a menos que tenga gastos de vivienda/servicios públicos de más de \$490, o gastos médicos corrientes de más de \$35 mensuales.
2. No pago pensión alimenticia solicitada por el tribunal a ninguna persona fuera de mi casa.

DECLARO QUE:

3. Vivo solo o compro y preparo la comida de forma separada de otro miembro familiar en mi casa; **tengo 21 años o más** Sí No. Si la respuesta es Sí, vivo con **uno de mis padres/ambos padres** Sí No.
4. No tengo ningún ingreso de trabajo;
5. No recibo ingresos del Plan de Distribución de la Banda de amerindios Choctaw de Misisipi.
6. **Marcar el monto de gastos mensuales reales de vivienda y servicios públicos:**
 - Entre \$0 y \$335.00
 - Entre \$335.01 y \$490.00
 - \$490.01 o más (**Si marcó esta opción, puede elegir participar en el programa regular del SNAP**)
 - Los costos de vivienda se exceden y me gustaría que mi caso de MSCAP se cierre.
 - Me gustaría que mi caso continúe con MSCAP.

SI NO INDICA SUS GASTOS REALES DE VIVIENDA/GASTOS DE SERVICIOS PÚBLICOS, RECIBIRÁ LA MENOR DEDUCCIÓN POR VIVIENDA.

7. **Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría realizar una solicitud para registrarse hoy para votar aquí?** Sí No

Si no marca una casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento. La solicitud de inscripción o la negativa a inscribirse para votar no afectará el monto de asistencia que le prestará este organismo. Si rechaza registrarse a votar, este hecho permanecerá confidencial. Si se registra para votar, la oficina donde su solicitud fue enviada permanecerá confidencial y se utilizará únicamente con fines de inscripción para votar.

Si necesita ayuda para completar el formulario de inscripción de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Debe completar el formulario de solicitud en privado.

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o a negarse a inscribirse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe o solicita inscribirse para votar, o su derecho a elegir un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja a la: Secretaría de estado de Misisipi, Divisiones electorales, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

Nombre (**en letras imprenta**): _____ Teléfono: _____
(Nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

MS-MDHS-21-0341-B-000091

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del testigo (si firmó con una marca): _____ Fecha: _____

Solicitud de renovación de certificación MSCAP/SNAP

Su certificación para los beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) a través del Proyecto de Solicitud Combinada de Misisipi (MSCAP) terminará el

Para volver a solicitar debe completar la parte de atrás de este aviso y devolverlo antes del 15 de _____ para determinar si puede continuar recibiendo los beneficios del SNAP sin interrumpir la certificación.

Si tiene preguntas, llame al 1-800-948-4060.

**COMPLETE ÚNICAMENTE SI ESTÁ EN DESACUERDO CON ALGUNA ACCIÓN QUE SE TOMÓ SOBRE SU CASO
DERECHOS DE APELACIÓN Y DE AUDIENCIA IMPARCIAL DEL SNAP**

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial sobre cualquier acción de la agencia o pérdida de beneficios que haya ocurrido en los últimos 90 días. Puede hacerlo al comunicarse con la UNIDAD MSCAP o al indicar su solicitud para una audiencia con su firma a continuación. Puede presentar su caso por medio de un miembro de la familia o un representante, como un asesor jurídico, un pariente, un amigo u otro portavoz. Para determinar si hay una persona u organización disponible que proporcione representación legal gratuita, puede comunicarse con su oficina local.

Si solicita una audiencia en un plazo de 10 días a partir de la fecha de este aviso, podrá recibir los beneficios hasta que se decida su audiencia o hasta que termine el período de certificación, cualquiera de los dos que ocurra primero. Sin embargo, si la audiencia encuentra que nuestra decisión fue correcta, su hogar nos adeudará el valor de los beneficios extras que recibió. Puede solicitar una audiencia después de los 10 días, pero no podrá recibir los beneficios del SNAP a su tarifa actual.

Deseo solicitar una audiencia para analizar mi caso del SNAP.

El tipo de audiencia que quiero es la siguiente:

- Una audiencia local con un miembro del personal de MSCAP que no sea mi trabajador.
- Una audiencia estatal con un miembro del personal de la oficina estatal.

Quiero una audiencia para analizar mi caso del SNAP porque

Yo no quiero que mis beneficios continúen hasta que la audiencia se decida o mi certificación finalice. Entiendo que si no he marcado ninguno de las dos casillas, significa que he elegido que mis beneficios del SNAP continúen.

Firma: _____ Fecha: _____

SỞ DỊCH VỤ NHÂN SINH MISSISSIPPI TUYÊN BỐ VÀ ĐỒNG Ý THAM GIA DỰ ÁN ĐĂNG KÝ KẾT HỢP MISSISSIPPI (MISSISSIPPI COMBINED APPLICATION PROJECT, MSCAP)

KHI KÝ TÊN DƯỚI ĐÂY, TÔI XÁC NHẬN:

- Tôi hiểu rằng là một người nhận Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI), để nhận được những quyền lợi của Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) chỉ cho bản thân mình, tôi phải tham gia MSCAP trừ khi tôi có chi phí chỗ ở/tiện ích cao hơn \$490 hoặc chi phí y tế tự trả cao hơn \$35 mỗi tháng.
- Hiện tại, tôi không phải trả tiền cấp dưỡng nuôi con theo lệnh của tòa án cho bất kỳ người nào ngoài gia đình tôi.

TÔI TUYÊN BỐ:

- Tôi sống một mình hoặc tôi mua và chuẩn bị bữa ăn riêng với các thành viên khác trong gia đình tôi; **Tôi 21 tuổi trở xuống**
 Đúng Sai. Nếu “Đúng” thì tôi sống với **cha hoặc mẹ/cha mẹ tôi** Đúng Sai.
- Tôi không có bất kỳ khoản thu nhập kiếm được nào;
- Hiện tại, tôi không nhận thu nhập từ Chương Trình Phân Phối cho Bộ Lạc Người Thổ Dân Choctaw tại Mississippi (Mississippi Band of Choctaw Indian Distribution Plan).
- Vui lòng kiểm tra số tiền chi phí chỗ ở và tiện ích hàng tháng thực tế:**
 Từ \$0 đến \$335.00
 Từ \$335.01 đến \$490.00
 \$490.01 trở lên (**Nếu đánh dấu mục này, quý vị có thể chọn tham gia chương trình SNAP thường xuyên**)
 Tôi có chỗ ở thoải mái và muốn đóng trường hợp MSCAP của mình.
 Tôi muốn duy trì trường hợp của mình với MSCAP.

NẾU KHÔNG CHO BIẾT CHI PHÍ CHỖ Ở/TIỆN ÍCH THỰC TẾ CỦA MÌNH, QUÝ VỊ SẼ NHẬN KHOẢN CHIẾT KHẤU CHỖ Ở THẤP HƠN.

- Nếu quý vị chưa ghi danh bỏ phiếu tại nơi quý vị sinh sống hiện nay, quý vị có muốn đăng ký ghi danh bỏ phiếu tại đây vào hôm nay không?** Có Không

Nếu không đánh dấu ô nào, quý vị sẽ được coi là đã quyết định không ghi danh bỏ phiếu tại thời điểm này. Việc đăng ký ghi danh hoặc từ chối ghi danh bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà cơ quan này cấp cho quý vị. Nếu quý vị từ chối ghi danh bỏ phiếu, quyết định đó của quý vị sẽ được giữ bí mật. Nếu quý vị ghi danh bỏ phiếu, văn phòng nơi quý vị gửi đơn đăng ký sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích ghi danh cử tri.

Nếu quý vị muốn được giúp đỡ điền biểu mẫu đăng ký ghi danh cử tri, chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị. Quý vị là người quyết định có đề nghị hoặc nhận giúp đỡ hay không. Quý vị có thể điền biểu mẫu đăng ký một cách riêng tư.

Nếu quý vị tin rằng có người cản trở quyền ghi danh hoặc từ chối ghi danh bỏ phiếu, quyền tự quyết định có ghi danh hay đăng ký ghi danh bỏ phiếu hay không hoặc quyền chọn đảng chính trị hay ưu tiên chính trị khác của riêng quý vị, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại tới: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

Họ Tên (**Vui Lòng Viết Hoa**): _____ Điện Thoại: _____
(Tên) (Tên Đệm) (Họ)

Địa Chỉ: _____ Thành Phố: _____

Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____

Số An Sinh Xã Hội: _____ Ngày Sinh: _____

Đăng Ký Chứng Nhận Lại MSCAP/SNAP

Chứng nhận của quý vị để nhận các quyền lợi của Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP) thông qua Dự Án Đăng Ký Kết Hợp Mississippi (MSCAP) sẽ kết thúc vào ngày

Để đăng ký lại, quý vị phải hoàn thành mặt sau của thông báo này và gửi lại chậm nhất vào ngày 15 tháng để xác định liệu quý vị có thể tiếp tục nhận các quyền lợi SNAP mà không gián đoạn chứng nhận hay không.

Nếu quý vị có thắc mắc, hãy gọi 1-800-948-4060.

**VUI LÒNG CHỈ ĐIỀN NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐỒNG Ý VỚI HÀNH ĐỘNG ĐƯỢC THỰC HIỆN TRONG TRƯỜNG HỢP CỦA QUÝ VỊ
QUYỀN KHÁNG CÁO SNAP VÀ ĐIỀU TRẦN CÔNG BẰNG**

Quý vị có quyền yêu cầu một phiên điều trần công bằng về bất kỳ hành động nào của cơ quan hoặc tổn thất quyền lợi phát sinh trong 90 ngày qua. Quý vị có thể yêu cầu bằng cách liên hệ với ĐƠN VỊ MSCAP hoặc nêu rõ yêu cầu phiên điều trần của quý vị bằng cách ký tên dưới đây. Trường hợp của quý vị có thể do một thành viên trong hộ gia đình hoặc người đại diện, ví dụ như tư vấn viên pháp lý, họ hàng, bạn bè hoặc người phát ngôn khác trình bày. Để xác định liệu có cá nhân hay tổ chức nào sẵn sàng đại diện pháp lý miễn phí hay không, quý vị có thể liên hệ với văn phòng địa phương của quý vị.

Nếu quý vị yêu cầu một phiên điều trần trong vòng 10 ngày kể từ ngày có thông báo này, thì quý vị có thể nhận được quyền lợi cho đến khi có quyết định của phiên điều trần hoặc chứng nhận của quý vị hết hạn, tùy theo thời điểm nào sớm hơn. Tuy nhiên, nếu phiên điều trần thấy rằng quyết định của chúng tôi là đúng, thì hộ gia đình của quý vị sẽ nợ chúng tôi giá trị của những quyền lợi bổ sung mà quý vị đã nhận. Quý vị vẫn có thể yêu cầu một phiên điều trần sau 10 ngày nhưng sẽ không được nhận các quyền lợi SNAP với mức phí hiện tại của quý vị.

Tôi muốn yêu cầu một phiên điều trần để thảo luận về trường hợp SNAP của tôi.

Loại phiên điều trần mà tôi mong muốn là:

- Phiên điều trần địa phương với một nhân viên MSCAP không phải là nhân viên phụ trách trường hợp của tôi.
- Phiên điều trần tiểu bang với một nhân viên văn phòng của tiểu bang.

Tôi muốn có một phiên điều trần để thảo luận về trường hợp SNAP của tôi vì

Tôi muốn không muốn tiếp tục hưởng các quyền lợi của mình cho đến khi phiên điều trần đưa ra quyết định hoặc chứng nhận của tôi hết hạn. Tôi hiểu rằng nếu tôi không đánh dấu một trong hai ô thì điều này đồng nghĩa với việc tôi đã chọn tiếp tục hưởng các quyền lợi SNAP của mình.

DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISISIPI PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE SOLICITUD COMBINADA DE MISISIPI (MSCAP).

AL FIRMAR CON MI NOMBRE A CONTINUACIÓN, RECONOZCO LO SIGUIENTE:

1. Entiendo que como beneficiario del SSI, con el fin de recibir los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) únicamente para mí, tendré que participar en el programa MSCAP a menos que tenga gastos de vivienda/servicios públicos de más de \$490, o gastos médicos corrientes de más de \$35 mensuales;
2. No pago pensión alimenticia solicitada por el tribunal a ninguna persona fuera de mi casa.

DECLARO QUE:

3. Vivo solo o compro y preparo la comida de forma separada de otro miembro familiar en mi casa; **tengo 21 años o más** Sí No. Si la respuesta es Sí, vivo con **uno de mis padres/ambos padres** Sí No.
4. No tengo ningún ingreso de trabajo;
5. No recibo ingresos del Plan de Distribución de la Banda de amerindios de Choctaw de Misisipi.
6. **Marque el monto de gastos mensuales reales de vivienda y servicios públicos:**
 - Entre \$0 y \$335,00
 - Entre \$335,01 y \$490,00
 - \$490.01 o más (**Si marcó esta opción, puede elegir participar en el programa regular del SNAP**)
 - Los costos de vivienda se exceden y me gustaría que mi caso de MSCAP se cierre.
 - Me gustaría que mi caso continúe con MSCAP.

SI NO INDICA SUS GASTOS REALES DE VIVIENDA/GASTOS DE SERVICIOS PÚBLICOS, RECIBIRÁ LA MENOR DEDUCCIÓN POR VIVIENDA.

7. **Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría realizar una solicitud para registrarse hoy para votar aquí?** Sí No

Si no marca una casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento. La solicitud de inscripción o la negativa a inscribirse para votar no afectará el monto de asistencia que le prestará este organismo. Si rechaza registrarse a votar, este hecho permanecerá confidencial. Si se registra para votar, la oficina donde su solicitud fue enviada permanecerá confidencial y se utilizará únicamente con fines de inscripción para votar.

Si necesita ayuda para completar el formulario de inscripción de votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Debe completar el formulario de solicitud en privado.

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse o a negarse a inscribirse para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe o solicita inscribirse para votar, o su derecho a elegir un partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja a la: Secretaría de estado de Misisipi, Divisiones electorales, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

Nombre (**en letras imprenta**): _____ Teléfono: _____
(Nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ MS-MDHS-21-0341-B-000095

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del testigo (si firmó con una marca): _____ Fecha: _____

SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE MSCAP/SNAP AVISO FINAL

COMPLETE LA SOLICITUD QUE SE ENCUENTRA DETRÁS DE ESTE AVISO

RECIENTEMENTE LE ENVIAMOS UN FORMULARIO DE RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN. DEBIDO A QUE NO HEMOS RECIBIDO EL FORMULARIO, NO PODEMOS DETERMINAR SI USTED AÚN CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP) A TRAVÉS DEL PROYECTO DE SOLICITUD COMBINADA DE MISISIPI (MSCAP).

COMPLETE LA SOLICITUD PARA LA RENOVACIÓN DE CERTIFICACIÓN QUE SE ENCUENTRA DETRÁS DE ESTE AVISO Y DEVUÉLVALO A LA UNIDAD MASCAP.

SI NO RECIBIMOS EL FORMULARIO ANTES _____, SU CASO SE CERRARÁ EFECTIVAMENTE _____. SI TIENE PREGUNTAS, LLAME AL 1-800-948-4060.

COMPLETE ÚNICAMENTE SI ESTÁ EN DESACUERDO CON ALGUNA ACCIÓN QUE SE TOMÓ SOBRE SU CASO DERECHOS DE APELACIÓN Y DE AUDIENCIA IMPARCIAL DEL SNAP

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial sobre cualquier acción de la agencia o pérdida de beneficios que haya ocurrido en los últimos 90 días. Puede hacerlo al comunicarse con la UNIDAD MSCAP o al indicar su solicitud para una audiencia con su firma a continuación. Puede presentar su caso por medio de un miembro de la familia o un representante, como un asesor jurídico, un pariente, un amigo u otro portavoz. Para determinar si hay una persona u organización disponible que proporcione representación legal gratuita, puede comunicarse con su oficina local.

Si solicita una audiencia en un plazo de 10 días a partir de la fecha de este aviso, podrá recibir los beneficios hasta que se decida su audiencia o hasta que termine el período de certificación, cualquiera de los dos que ocurra primero. Sin embargo, si la audiencia encuentra que nuestra decisión fue correcta, su hogar nos adeudará el valor de los beneficios extras que recibió. Puede solicitar una audiencia después de los 10 días, pero no podrá recibir los beneficios del SNAP a su tarifa actual.

Deseo solicitar una audiencia para analizar mi caso del SNAP. El tipo de audiencia que quiero es la siguiente:

- Una audiencia local con un miembro del personal de MSCAP que no sea mi trabajador.
- Una audiencia estatal con un miembro del personal de la oficina estatal.

Quiero una audiencia para analizar mi caso del SNAP porque _____

Yo no quiero que mis beneficios continúen hasta que la audiencia se decida o mi certificación finalice. Entiendo que si no he marcado ninguno de las dos casillas, significa que he elegido que mis beneficios del SNAP continúen.

Firma: _____ Fecha: _____

MS-MDHS-21-0341-B-000096

SỞ DỊCH VỤ NHÂN SINH MISSISSIPPI TUYÊN BỐ VÀ ĐỒNG Ý THAM GIA DỰ ÁN ĐĂNG KÝ KẾT HỢP MISSISSIPPI (MISSISSIPPI COMBINED APPLICATION PROJECT, MSCAP)

KHI KÝ TÊN DƯỚI ĐÂY, TÔI XÁC NHẬN:

- Tôi hiểu rằng là một người nhận Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI), để nhận được những quyền lợi của Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) chỉ cho bản thân mình, tôi sẽ phải tham gia chương trình MSCAP trừ khi tôi có chi phí chỗ ở/tiện ích cao hơn \$490 hoặc chi phí y tế tự trả cao hơn \$35 mỗi tháng;
- Hiện tại, tôi không phải trả tiền cấp dưỡng nuôi con theo lệnh của tòa án cho bất kỳ người nào ngoài gia đình tôi.

TÔI TUYÊN BỐ:

- Tôi sống một mình hoặc tôi mua và chuẩn bị bữa ăn riêng với các thành viên khác trong gia đình tôi; **Tôi 21 tuổi trở xuống**
 Đúng Sai. Nếu “Đúng” thì tôi sống với **cha hoặc mẹ/cha mẹ tôi** Đúng Sai.
- Tôi không có bất kỳ khoản thu nhập kiếm được nào;
- Hiện tại tôi không nhận thu nhập từ Chương Trình Phân Phối cho Bộ Lạc Người Thổ Dân Choctaw tại Mississippi (Mississippi Band of Choctaw Indian Distribution Plan).
- Vui lòng kiểm tra số tiền chi phí chỗ ở và tiện ích hàng tháng thực tế:**
 Từ \$0 đến \$335.00
 Từ \$335.01 đến \$490.00
 \$490.01 trở lên (**Nếu đánh dấu mục này, quý vị có thể chọn tham gia chương trình SNAP thường xuyên**)
 Tôi có chỗ ở thoải mái và muốn đóng trường hợp MSCAP của mình.
 Tôi muốn duy trì trường hợp của mình với MSCAP.

NẾU KHÔNG CHO BIẾT CHI PHÍ CHỖ Ở/TIỆN ÍCH THỰC TẾ CỦA MÌNH, QUÝ VỊ SẼ NHẬN KHOẢN CHIẾT KHẤU CHỖ Ở THẤP HƠN.

- Nếu quý vị chưa ghi danh bỏ phiếu tại nơi quý vị sinh sống hiện nay, quý vị có muốn đăng ký ghi danh bỏ phiếu tại đây vào hôm nay không?** Có Không

Nếu không đánh dấu ô nào, quý vị sẽ được coi là đã quyết định không ghi danh bỏ phiếu tại thời điểm này. Việc đăng ký ghi danh hoặc từ chối ghi danh bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà cơ quan này cấp cho quý vị. Nếu quý vị từ chối ghi danh bỏ phiếu, quyết định đó của quý vị sẽ được giữ bí mật. Nếu quý vị ghi danh bỏ phiếu, văn phòng nơi quý vị gửi đơn đăng ký sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích ghi danh cử tri.

Nếu quý vị muốn được giúp đỡ điền biểu mẫu đăng ký ghi danh cử tri, chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị. Quý vị là người quyết định có đề nghị hoặc nhận giúp đỡ hay không. Quý vị có thể điền biểu mẫu đăng ký một cách riêng tư.

Nếu quý vị tin rằng có người cản trở quyền ghi danh hoặc từ chối ghi danh bỏ phiếu, quyền tự quyết định có ghi danh hay đăng ký ghi danh bỏ phiếu hay không hoặc quyền chọn đảng chính trị hay ưu tiên chính trị khác của riêng quý vị, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại tới: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

Họ Tên (**Vui Lòng Viết Hoa**): _____ Điện Thoại: _____
(Tên) (Tên Đệm) (Họ)

Địa Chỉ: _____ Thành Phố: _____

Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____

Số An Sinh Xã Hội: _____ Ngày Sinh: _____

Chữ Ký: _____ Ngày: MS-MDHS-21-0341-B-000097

ĐƠN ĐĂNG KÝ CHỨNG NHẬN LẠI MSCAP/SNAP THÔNG BÁO CUỐI CÙNG

VUI LÒNG ĐIỀN ĐƠN ĐĂNG KÝ Ở MẶT SAU CỦA THÔNG BÁO NÀY

GẦN ĐÂY CHÚNG TÔI ĐÃ GỬI BIỂU MẪU CHỨNG NHẬN LẠI CHO QUÝ VỊ. VÌ CHƯA NHẬN ĐƯỢC BIỂU MẪU NÊN CHÚNG TÔI KHÔNG THỂ XÁC ĐỊNH LIỆU QUÝ VỊ CÒN HỘI ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐỂ NHẬN CÁC QUYỀN LỢI CỦA CHƯƠNG TRÌNH HỖ TRỢ DINH DƯỠNG BỔ SUNG (SNAP) THÔNG QUA DỰ ÁN ĐĂNG KÝ KẾT HỢP MISSISSIPPI (MSCAP) HAY KHÔNG.

VUI LÒNG ĐIỀN ĐƠN ĐĂNG KÝ CHỨNG NHẬN LẠI Ở MẶT SAU CỦA THÔNG BÁO NÀY VÀ GỬI LẠI CHO ĐƠN VỊ MSCAP.

NẾU KHÔNG NHẬN ĐƯỢC BIỂU MẪU NÀY TRƯỚC _____, THÌ CHÚNG TÔI SẼ ĐÓNG TRƯỜNG HỢP CỦA QUÝ VỊ, CÓ HIỆU LỰC _____. NẾU QUÝ VỊ CÓ THẮC MẮC, HÃY GỌI 1-800-948-4060.

VUI LÒNG CHỈ ĐIỀN NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐỒNG Ý VỚI HÀNH ĐỘNG ĐƯỢC THỰC HIỆN TRONG TRƯỜNG HỢP CỦA QUÝ VỊ QUYỀN KHÁNG CÁO SNAP VÀ ĐIỀU TRẦN CÔNG BẰNG

Quý vị có quyền yêu cầu một phiên điều trần công bằng về bất kỳ hành động nào của cơ quan hoặc tổn thất quyền lợi, phát sinh trong 90 ngày qua. Quý vị có thể yêu cầu bằng cách liên hệ với ĐƠN VỊ MSCAP hoặc nêu rõ yêu cầu phiên điều trần của quý vị bằng cách ký tên dưới đây. Trường hợp của quý vị có thể do một thành viên trong hộ gia đình hoặc người đại diện, ví dụ như tư vấn viên pháp lý, họ hàng, bạn bè hoặc người phát ngôn khác trình bày. Để xác định liệu có cá nhân hay tổ chức nào sẵn sàng đại diện pháp lý miễn phí hay không, quý vị có thể liên hệ với văn phòng địa phương của quý vị.

Nếu quý vị yêu cầu một phiên điều trần trong vòng 10 ngày kể từ ngày có thông báo này, thì quý vị có thể nhận được quyền lợi cho đến khi có quyết định của phiên điều trần hoặc chứng nhận của quý vị hết hạn, tùy theo thời điểm nào sớm hơn. Tuy nhiên, nếu phiên điều trần thấy rằng quyết định của chúng tôi là đúng, thì hộ gia đình của quý vị sẽ nợ chúng tôi giá trị của những quyền lợi bổ sung mà quý vị đã nhận. Quý vị vẫn có thể yêu cầu một phiên điều trần sau 10 ngày nhưng sẽ không được nhận các quyền lợi SNAP với mức phí hiện tại của quý vị.

Tôi muốn yêu cầu một phiên điều trần để thảo luận về trường hợp SNAP của tôi. Loại phiên điều trần mà tôi mong muốn là:

- Phiên điều trần địa phương với một nhân viên MSCAP không phải là nhân viên phụ trách trường hợp của tôi.
- Phiên điều trần tiểu bang với một nhân viên văn phòng của tiểu bang.

Tôi muốn có một phiên điều trần để thảo luận về trường hợp SNAP của tôi vì _____

Tôi muốn không muốn tiếp tục hưởng các quyền lợi của mình cho đến khi phiên điều trần đưa ra quyết định hoặc chứng nhận của tôi hết hạn. Tôi hiểu rằng nếu tôi không đánh dấu một trong hai ô thì điều này đồng nghĩa với việc tôi đã chọn tiếp tục hưởng các quyền lợi SNAP của mình.

OFFICE USE ONLY



Case Number: _____

Date Received: _____

**Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
SIMPLIFIED APPLICATION FOR THE ELDERLY (ESAP)**

This application is used for persons applying for SNAP where:

- Everyone in the household is aged 60 or older, or all household members aged 60 or older purchase and prepare food separately from the other household members, and
- No household member receives earnings from work

You may file this application by completing at least your name, address and signing the form. If you need help in completing this application, call toll-free 1-800-948-4060.

Tell us who you are and where you live. We must be able to reach you by telephone.

Last Name:	First Name:	MI:	Phone Numbers To Reach You: Home: Cell:	
Residence Address (include Apt/Lot No.)	City:	State:	Zip Code:	County:
Mailing Address (include Apt/Lot No.)	City:	State:	Zip Code:	
Would you like to receive notices by email? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, email address: _____				

You may appoint someone outside your household to be your representative. This person should know your household's situation well enough to give any information needed to determine your eligibility for SNAP. You are responsible for the information provided by anyone acting as your authorized representative, including any information that may be incorrect.

Name of Representative: _____ Telephone Number: _____

Name of Representative: _____ Telephone Number: _____

Only US citizens and qualified aliens are eligible for SNAP benefits. Any non-citizens or non-qualified aliens may be left off your application for assistance. Such persons will not be reported to the Immigration and Customs Enforcement Agency. Non-citizens included in your application will have eligibility determined under SNAP rules. The income and resources of all persons in your household will be considered in determining eligibility for persons included in the SNAP application.

I certify that each applicant included in my household is a US citizen or alien in lawful immigration status and that the information provided is true to the best of my knowledge. I give permission for the Department of Human Services to make a full review of my case and any necessary contacts to verify my statements. I give consent for the release of income verification to MDHS. I know that I could be penalized if I knowingly give false information. I certify that I received the Rights and Responsibilities handout from this agency.

Signature of Applicant

Date

Signature of witness if signed by mark

Signature of Authorized Representative

Date

Signature of witness if signed by mark
MS-MDHS-21-0341-B-000099

Tell us who lives with you. List yourself (or the applicant) on the first line.

Name (First, Last)	Relationship to Name on Line 1	Social Security Number *See discussion below	Date of Birth	Age	Sex	**Optional		US Citizen Y or N
						Hispanic	Race ***	
1.	Head of Household							
2.								
3.								
4.								

***PENALTY WARNING:** A Social Security Number (SSN) must be provided or applied for each person for whom assistance is requested per the Food and Nutrition Act of 2008. SSNs will be verified and used for Federal and State data matches, including but not limited to, Social Security, Internal Revenue Service, VA, MS Department of Employment Security, resource/income verifications, program disqualifications, and for collection of fraud debts. State and federal laws provide for fines, imprisonment or both for any person guilty of obtaining assistance to which he/she is not entitled by willfully withholding or giving false information. Information may be verified through collateral contacts when discrepancies are found. Alien status is subject to verification with United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) and will require submission of certain information from this application to USCIS.

**Information pertaining to Ethnicity and Race are not required and will not be used in determining your eligibility or benefit level. This information will be used to help determine how effective the program is in reaching the eligible population.

*** (Choose one or more) Race Codes: **AL**-American Indian or Alaskan Native; **AS**-Asian; **AW**-Asian and White; **BL**-Black or African American; **BW**-Black or African American and White; **HP**-Hawaiian or Other Pacific Islander; **IB**-American Indian or Alaskan Native and Black; **IW**-American Indian or Alaskan Native and White; **OT**-Other Racial Combinations; **WH**-White

You must answer all of the following questions:

- Are you or anyone in your household currently serving a SNAP disqualification due to fraud? Yes No: If yes, name: _____
- Have you or any member of your household been convicted of trading SNAP benefits for drugs after 08/22/96? Yes No If yes, name: _____
- Have you or any member of your household been convicted of buying or selling SNAP benefits over \$500 after 08/22/96? Yes No: If yes, name: _____
- Have you or any member of your household been convicted of fraudulently receiving duplicate SNAP benefits in any state after 08/22/96? Yes No: If yes, name: _____
- Have you or any member of your household been convicted of trading SNAP benefits for guns, ammunitions or explosives after 08/22/96? Yes No: If yes, name: _____
- Are you or any member of your household hiding or running from the law to avoid prosecution, being taken into custody, or going to jail for a felony crime or attempted felony crime, or violating a condition of parole or probation? Yes No: If yes, name: _____
- Are you or any member of your household a resident of a commercial boarding house (establishment that offers meals and lodging for compensation with the intent of making a profit)? Yes No: If yes, name: _____
- Are you or any member of your household on strike? Yes No: If yes, name: _____
- Are you or any member of your household receiving SNAP benefits in another state: Yes No If yes, name: _____ Which state? _____
- Have you or any member of your household been convicted of any of the following after 02/07/14 (select all that apply): aggravated sexual abuse, sexual exploitation and other abuse of children, sexual assault, murder? If yes, name: _____

Answer the following questions to see if you can get SNAP benefits within seven days:

1. Did you or any member of your household get any income (money, checks, gifts, etc.) this month?
 Yes No If yes, how much? _____ When? _____
2. Does anyone in your household expect to get any more money this month? Yes No If yes, name:
 _____ How much? _____ When? _____
3. How much money does your household have in cash, checking account and savings account? _____
4. Give the actual expense amounts: Rent/Mortgage \$ _____ Electricity \$ _____ Gas \$ _____
 Water \$ _____ Phone \$ _____

Tell us about the income your household receives:

Types of income may include Social Security benefits, SSI, pensions, Veterans benefits, child support, cash contributions, unemployment, railroad retirement, dividends, interest and any other unearned income. If you are receiving any type of earned income (from working), such as wages, tips, bonuses, or self-employment, you are not eligible to receive SNAP benefits through ESAP and you may apply for benefits through your local county MDHS office.

Type of Income	Who Receives It?	Gross (Before Taxes) Monthly Income

You must provide verification of any income that cannot be verified using computer matches. Income that can be verified using computer matches includes Social Security, SSI and child support payments being received through the Mississippi Department of Human Services.

Tell us about any resources your household owns:

Types of resources may include cash on hand, listed on a checking or savings account, IRA account, valuable coins, savings certificates, stocks or bonds, nonrecurring lump sum payments, recreational vehicles (boats, 4-wheelers, off-road vehicles), personal property, buildings and certain land, and recreational properties.

Type of Resource	Who Owns It?	Value of Resource

Tell us about your shelter expenses:

	Yes	No	If yes, list monthly/yearly amount.
Does your household pay mortgage?			
Does your household pay rent (part you actually pay)?			
Does your household pay property taxes on your home which is paid separately from your mortgage?			
Does your household pay homeowner's insurance which is paid separately from your mortgage?			

Tell us about your utility expenses:

	Yes	No	
Does your household pay for gas, electricity, kerosene, coal or wood for heating or do you have central or window unit air conditioners?			
If your household does not pay for heating or cooling costs, do you pay other utilities?			If yes, list the utility costs you pay and the amount you pay below.
Electricity? _____ Gas? _____ Water? _____ Phone? _____ Sewer? _____			
Garbage? _____ Other? _____			

You must provide verification of your shelter costs and utility expenses in order to receive a deduction. Examples of verification documents include mortgage statements, rent receipts, property tax receipts, homeowner’s insurance policies, utility bills, etc. A deduction cannot be allowed for expenses that are being paid by a third party, such as rent being paid by HUD.

Tell us about your medical expenses:

Does your household pay out-of-pocket medical expenses over \$35.00 per month? Yes No If yes, complete the chart below. Examples of allowable medical expenses include: Dentist and doctor visits, including specialists, psychotherapy, rehabilitation services and dialysis; hospitalization or outpatient treatment, nursing care and nursing home care; prescription drugs and other over-the-counter medication (including insulin), medical supplies, sick-room equipment, such as hospital beds and wheelchairs (either rented or purchased), or other prescribed equipment when approved by a licensed health care professional; dentures, hearing aids, and prosthetics; eyeglasses or contact lenses; health and hospitalization insurance policy premiums; Medicare premiums; securing and maintaining service animals, such as seeing eye or hearing guide dogs, including the cost of food and veterinary care; reasonable cost of transportation and lodging to obtain medical treatment or services, including purchasing medicine, dentures, eyeglasses, sickroom equipment, etc. (this would include paying a friend, family member, neighbor or anyone else to take you); paying an attendant, homemaker, home health aide or housekeeper if necessary due to age, infirmity or illness. Food products that can be purchased with SNAP benefits do not qualify as a medical expense even if recommended by a health professional. Medical marijuana does not qualify as a medical expense.

Name	Type of Expense	Amount

You must provide verification of your medical expenses in order to receive a deduction. Examples of verification documents would include printouts from the pharmacy for prescription drugs, itemized bills from your doctor or hospital, statements for health insurance premiums, etc. Please note that deductions can only be allowed for expenses which are not paid by Medicare, Medicaid, or other health insurance.

Does anyone in your household pay legally obligated child support to someone living outside of your home? Yes No If yes, name: _____

Amount of child support paid monthly: _____.

In order to receive a deduction for the child support payments, you must provide verification of both the legal obligation and the amount of child support actually being paid each month unless the payments are being made through the Mississippi Department of Human Services.

Do you need an EBT card? Yes No

You may appoint someone outside of your household to have access to your household's SNAP benefits in the Electronic Benefit Transfer (EBT) Account. This person will be issued an EBT card which allows them total use of your account without your immediate consent. Benefits misused by this individual(s) cannot be replaced.

Name of Representative: _____ Telephone Number: _____

Name of Representative: _____ Telephone Number: _____

If you are not registered to vote where you live now, would you like to register to vote here today? Yes, please mail me an application. No

If you do not check a 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. If you decline to register to vote, this fact will remain confidential. If you do register to vote, the office where your application was submitted will be kept confidential, and it 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.

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: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

Are you deaf, hearing impaired, or in need of interpreter services? Yes No

I understand that I can receive a copy of this completed SNAP application. I choose:
 paper electronic, or I decline a copy.

If you need free legal services, call this toll-free number 1-800-498-1804.

To request a fair hearing, call the ESAP Unit toll-free at 1-800-948-4060.

SNAP PENALTY WARNING

If your household receives SNAP, it must follow the rules listed below. Any member of your household who breaks any of these rules on purpose can be barred from SNAP for 1 year for first offense, 2 years for second offense, and permanently for third offense; fined up to \$250,000, imprisoned up to 20 years or both; and subject to prosecution under other federal laws.

DO NOT give false information, or hide information to get or continue to get SNAP benefits. DO NOT trade or sell EBT cards. DO NOT alter EBT cards to get SNAP benefits you are not entitled to receive. DO NOT use SNAP benefits to buy ineligible items such as alcohol and tobacco or to pay food credit accounts. DO NOT use someone else's SNAP benefits or EBT card for your household.

Individuals determined by a court to have committed the following program violations will be subject to the following penalties:

- If you are found to have used or received benefits in a transaction involving the sale of a controlled substance, you will be ineligible to receive SNAP benefits for a period of two years for the first offense and permanently upon the second such offense.
- If you are found to have used or received benefits in a transaction involving the sale of firearms, ammunition or explosives, you will be permanently ineligible to receive SNAP benefits upon the first occasion of such violation.
- If you have been found guilty of having trafficked benefits for an aggregate amount of \$500 or more, you will be permanently ineligible to receive SNAP benefits upon the first occasion of such violation.
- If you have been found to have made a fraudulent statement or representation with respect to your identity or place of residence in order to receive multiple SNAP benefits simultaneously, you will be ineligible to participate in the Program for a period of 10 years.

I certify under penalty of perjury that my answers to all questions about each household member, including those about citizenship or alien status, are correct and complete.

Household member signature or mark (X): _____ Date: _____

Witness if signed by mark: _____ Date: _____

USDA Nondiscrimination Statement

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 202509410;
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

If returning this application by mail, please use the following address:

**Mississippi Department of Human Services
ESAP Unit
P. O. Box 352
Jackson, MS 39205**

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE



Número de caso: _____

Fecha de recepción: _____

Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
SOLICITUD SIMPLIFICADA PARA PERSONAS MAYORES (ESAP)

Esta aplicación se utiliza para personas que solicitan SNAP cuando se dan las siguientes condiciones:

- todos los miembros del hogar tienen 60 años o más, o todos los miembros del hogar mayores de 60 años compran y preparan alimentos por separado de los otros miembros del hogar, y
- ningún miembro del hogar recibe ingresos provenientes del trabajo.

Para presentar esta solicitud, debe completar al menos su nombre, dirección y firmar el formulario. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame sin cargo al 1-800-948-4060.

Díganos quién es y dónde vive. Necesitamos poder comunicarnos con usted por teléfono.

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Teléfonos de contacto: Hogar: Celular:	
Dirección residencial (incluido n.º de apto./lote)	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Dirección postal (incluido n.º de apto./lote)	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
¿Desea recibir avisos por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, proporcione su dirección de correo electrónico:				

Puede nombrar a alguien fuera de su hogar para que sea su representante. Esta persona debe conocer la situación de su hogar lo suficientemente bien como para brindar cualquier información necesaria para determinar su elegibilidad para la SNAP. Usted es responsable de la información proporcionada por cualquier persona que actúe como su representante autorizado, incluida cualquier información que pueda ser incorrecta.

Nombre del representante: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del representante: _____ Número de teléfono: _____

Solo los ciudadanos estadounidenses y extranjeros calificados son elegibles para recibir beneficios de SNAP. Cualquier extranjero que no sea ciudadano o no califique puede quedar excluido de su solicitud de asistencia. No se denunciará a dichas personas ante la Agencia de Inmigración y Control de Aduanas (Immigration and Customs Enforcement, ICE). La elegibilidad de los no ciudadanos incluidos en su solicitud se determinará en virtud de las reglamentaciones de SNAP. Se considerarán los ingresos y recursos de todas las personas en su hogar para determinar la elegibilidad de las personas incluidas en la solicitud de SNAP.

Certifico que cada solicitante incluido en mi hogar es ciudadano de los EE. UU. o extranjero en estado migratorio legal y que la información provista es verdadera a mi leal saber y entender. Doy permiso para que el Departamento de Servicios Humanos realice una revisión completa de mi caso y cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones. Doy mi consentimiento al MDHS para la divulgación de la verificación de ingresos. Sé que podría recibir sanciones si doy información falsa intencionalmente. Certifico que recibí el folleto de Derechos y Responsabilidades de esta agencia.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del testigo si firma con una marca

Fecha

Díganos quién vive con usted. Coloque sus datos (o los del solicitante) en la primera línea.

Nombre (de pila, apellido)	Relación con la persona nombrada en la línea 1	Número de seguridad social * Refiérase a la explicación	Fecha de nacimiento:	Edad	Sexo	** Opcional		Ciudadano de los EE. UU. Sí o No
						Raza	hispanica ***	
1.	Jefe del hogar							
2.								
3.								
4.								

* **ADVERTENCIA SOBRE PENALIDADES:** Se debe proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona para la que se solicita asistencia en virtud de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008. Los SSN se verificarán y se utilizarán para generar correspondencias de datos federales y estatales, que incluyen, entre otros, Seguridad Social, Servicio de Impuestos Internos, Asuntos de Veteranos, Departamento de Seguridad de Empleo de Mississippi, verificaciones de recursos o ingresos, descalificaciones del programa, y para el cobro de deudas por fraude. Las leyes estatales y federales prevén multas, encarcelamiento o ambos para cualquier persona culpable de obtener asistencia para la cual no tiene derecho mediante la retención deliberada de información o la provisión de información falsa. La información se puede verificar a través de contactos colaterales cuando se encuentren discrepancias. El estado de extranjero está sujeto a verificación con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (States Citizenship and Immigration Services, USCIS) y requerirá el envío de cierta información de esta solicitud al USCIS.
 ** La información relacionada con el origen étnico y la raza no es obligatoria y no se utilizará para determinar su elegibilidad o nivel de beneficio. Esta información se utilizará para ayudar a determinar qué tan efectivo es el programa para llegar a la población elegible.
 *** (Elija uno o más) Códigos de raza: **AL:** nativo americano o nativo de Alaska; **AS:** asiático; **AW:** asiático y blanco; **BL:** negro o afroamericano; **BW:** negro o afroamericano y blanco; **HP:**-hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico; **IB:** nativo americano o nativo de Alaska y negro; **IW:** nativo americano o nativo de Alaska y blanco; **OT:** otras combinaciones raciales; **WH:** blanco

Debe responder a cada una de las siguientes preguntas:

- ¿Usted o algún miembro de su hogar está actualmente cumpliendo una descalificación del SNAP debido a fraude? Sí No:
 En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por intercambiar beneficios de SNAP por medicamentos después del 08/22/1996?
 Sí No. En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender beneficios de SNAP de más de \$500 después del 08/22/1996? Sí No: En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por recibir fraudulentamente beneficios duplicados de SNAP en cualquier estado después del 08/22/1996? Sí No: En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por intercambiar beneficios de SNAP por armas, municiones o explosivos después del 08/22/1996? Sí No:
 En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Usted o algún miembro de su hogar se esconde o huye de la ley para evitar el enjuiciamiento, ser puesto bajo custodia o ir a la cárcel por un delito grave o intento de delito grave, o por violar una condición de libertad condicional? Sí No: En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Es usted o algún miembro de su hogar residente de una pensión comercial (establecimiento que ofrece comidas y alojamiento como compensación con la intención de obtener ganancias)? Sí No: En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Está usted o algún miembro de su hogar en huelga? Sí No: En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____
- ¿Usted o algún miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP en otro estado? Sí No. En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____ ¿En qué estado? _____
- ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por alguno de los siguientes delitos después del 02/07/2014? (seleccione todos los que correspondan): abuso sexual agravado, explotación sexual y otros abusos de niños, agresión sexual, homicidio? En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____

Responda las siguientes preguntas para ver si puede obtener beneficios de SNAP dentro de los siete días:

1. ¿Usted o algún miembro de su hogar obtuvo algún ingreso (dinero, cheques, regalos, etc.) este mes?
 Sí No. En caso afirmativo, ¿cuánto? _____ ¿Cuándo? _____
2. ¿Algún miembro de su hogar espera recibir más dinero este mes? Sí No. En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____ ¿Cuánto? _____ ¿Cuándo? _____
3. ¿Cuánto dinero tiene su hogar entre efectivo, cuenta corriente y cuenta de ahorros? _____
4. Indique los importes de gastos reales: Renta/Hipoteca \$ _____ Electricidad \$ _____ Gas \$ _____
 Agua \$ _____ Teléfono \$ _____

Cuéntenos sobre los ingresos que recibe su hogar:

Los tipos de ingresos pueden incluir beneficios del Seguro Social, SSI, pensiones, beneficios para veteranos, manutención de menores, contribuciones en efectivo, seguro de desempleo, jubilación ferroviaria, dividendos, intereses y cualquier otro ingreso no derivado del trabajo. Si recibe algún tipo de ingreso por trabajo, como salarios, propinas, bonos o trabajo por cuenta propia, no es elegible para recibir los beneficios de SNAP a través de la ESAP y puede solicitar los beneficios a través de la oficina local del MDHS del condado.

Tipo de ingreso	¿Quién lo recibe?	Ingreso mensual bruto (antes de impuestos)

Debe proporcionar la verificación de cualquier ingreso que no pueda verificarse mediante correspondencia con una computadora. Los ingresos que pueden verificarse por correspondencia con computadora incluyen el Seguro Social, SSI y los pagos de manutención infantil recibidos a través del Departamento de Servicios Humanos de Mississippi.

Cuéntenos sobre los recursos que posee su hogar:

Los tipos de recursos pueden incluir efectivo en caja, efectivo en una cuenta corriente o de ahorro, una cuenta IRA, monedas valiosas, certificados de ahorro, acciones o bonos, pagos de sumas globales no recurrentes, vehículos recreativos (embarcaciones, vehículos de 4 ruedas, vehículos todo terreno), propiedad personal, edificios y ciertos terrenos, y propiedades recreativas.

Tipo de recurso	¿Quién lo posee?	Valor del recurso

Cuéntenos sobre sus gastos de vivienda:

	Sí	No	En caso afirmativo, indique el
¿Su hogar paga una hipoteca?			
¿Su hogar paga alquiler (parte que realmente paga)?			
¿Su hogar paga impuestos sobre la propiedad de su casa aparte de su hipoteca?			
¿Su hogar paga seguro de propietario aparte de su hipoteca?			

Cuéntenos sobre sus gastos de servicios públicos:

	Sí	No	
¿Paga su hogar gas, electricidad, queroseno, carbón o madera para calefacción o tiene aires acondicionados centrales o en las ventanas?			
Si su hogar no paga costos de calefacción o refrigeración, ¿paga otros servicios públicos?			En caso afirmativo, enumere los costos de servicios públicos y los importes que paga a continuación.
¿Electricidad? _____ ¿Gas? _____ ¿Agua? _____ ¿Teléfono? _____ ¿Cloacas?			
¿Residuos? _____ ¿Otros? _____			

Debe proporcionar la verificación de sus costos de vivienda y gastos de servicios públicos para recibir una deducción. Los ejemplos de documentos de verificación incluyen declaraciones de hipoteca, recibos de renta, recibos de impuestos a la propiedad, pólizas de seguro de vivienda, facturas de servicios públicos, etc. No se puede permitir una deducción por gastos pagados por un tercero, como el alquiler pagado por HUD.

Cuéntenos sobre sus gastos médicos:

¿Su hogar paga gastos médicos de su bolsillo de más de \$35.00 por mes? Sí No En caso afirmativo, complete el siguiente recuadro. Los ejemplos de gastos médicos permitidos incluyen los siguientes: Visitas al dentista y al médico, incluidos especialistas, psicoterapia, servicios de rehabilitación y diálisis; hospitalización o tratamiento ambulatorio, atención de enfermería y atención en hogares de ancianos; medicamentos recetados y otros medicamentos de venta libre (incluida la insulina), suministros médicos, equipo de enfermería, como camas de hospital y sillas de ruedas (alquiladas o compradas) u otro equipo recetado cuando lo apruebe un profesional de la salud con licencia; dentaduras postizas, audífonos y prótesis; anteojos o lentes de contacto; primas de pólizas de seguro de salud y hospitalización; primas de Medicare; seguro y manutención de animales de servicio, como perros guía, incluido el costo de los alimentos y la atención veterinaria; costo razonable de transporte y alojamiento para obtener tratamiento o servicios médicos, incluida la compra de medicamentos, dentaduras postizas, anteojos, equipo de enfermería, etc. (esto incluye pagarle a un amigo, familiar, vecino o cualquier otra persona para que lo lleve); pago a un asistente, ama de casa, asistente de salud en el hogar o ama de llaves si es necesario debido a la edad, dolencia o enfermedad. Los productos alimenticios que se pueden comprar con los beneficios de SNAP no califican como gastos médicos, incluso si los recomienda un profesional de la salud. La marihuana medicinal no califica como gasto médico.

Nombre	Tipo de gasto	Importe

Debe proporcionar la verificación de sus gastos médicos para recibir una deducción. Los ejemplos de documentos de verificación incluirían impresiones de la farmacia para medicamentos recetados, facturas detalladas de su médico u hospital, estados de cuenta de primas de seguro de salud, etc. Tenga en cuenta que las deducciones solo pueden permitirse para gastos que no son pagados por Medicare, Medicaid u otro seguro de salud.

¿Alguien en su hogar paga manutención infantil requerida por ley a alguien que vive fuera del hogar? Sí No. En caso afirmativo, proporcione el nombre: _____

Importe de manutención infantil pagado mensualmente: _____.

Para recibir una deducción para los pagos de manutención infantil, debe proporcionar una verificación de la obligación legal y el importe de manutención infantil que realmente se paga cada mes, a menos que los pagos se realicen a través del Departamento de Servicios Humanos de Mississippi.

¿Necesita una tarjeta EBT? Sí No

Puede designar a alguien fuera de su hogar para que tenga acceso a los beneficios SNAP de su hogar en la cuenta de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT). A esta persona se le emitirá una tarjeta EBT que le permite el uso total de su cuenta sin su consentimiento inmediato. Los beneficios mal utilizados por estas personas no pueden reemplazarse.

Nombre del representante: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del representante: _____ Número de teléfono: _____

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría registrarse aquí hoy?

Sí, envíeme una solicitud por correo. No

Si no marca una casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento. Su solicitud de registro o rechazo del registro para votar no afectará el importe de asistencia que le brindará esta agencia. Si se niega a registrarse para votar, este hecho será confidencial. Si se registra para votar, la oficina donde presentó su solicitud se mantendrá confidencial y se utilizará solo para fines de registro de votantes.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro del votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si se registra o solicita registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante: Secretario de Estado de Mississippi, División Electoral, P. O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

¿Es sordo, tiene problemas de audición o necesita servicios de intérprete? Sí No

Entiendo que puedo recibir una copia de esta solicitud de SNAP completa. Elijo:

una copia en papel una copia electrónica, o no quiero una copia.

Si necesita servicios legales gratuitos, llame sin cargo a este número 1-800-498-1804.

Para solicitar una audiencia imparcial, llame de manera gratuita a la Unidad de ESAP al 1-800-948-4060.

ADVERTENCIA SOBRE PENALIDADES DE SNAP

Si su hogar recibe beneficios de SNAP, debe cumplir las siguientes reglas. Cualquier miembro de su hogar que viole cualquiera de estas reglas a propósito puede ser excluido de SNAP por 1 año por la primera infracción, 2 años por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción; puede recibir una multa de hasta \$250,000, ir a prisión por hasta 20 años o ambos; y quedar sujeto a enjuiciamiento en virtud de otras leyes federales.

NO brinde información falsa ni oculte información para obtener o continuar obteniendo beneficios de SNAP. NO intercambie ni venda tarjetas EBT. NO modifique las tarjetas EBT para obtener beneficios de SNAP que no tiene derecho a recibir. NO use los beneficios de SNAP para comprar artículos no elegibles como alcohol y tabaco o para pagar cuentas de crédito de alimentos. NO use los beneficios de SNAP o la tarjeta EBT de otra persona para su hogar.

Las personas que un tribunal determine que han cometido las siguientes infracciones del programa estarán sujetas a las siguientes sanciones:

- Si se descubre que usó o recibió beneficios en una transacción que involucra la venta de una sustancia controlada, no será elegible para recibir beneficios de SNAP por un período de dos años por el primer delito y de forma permanente después del segundo delito.
- Si se descubre que usó o recibió beneficios en una transacción que implica la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, no tendrá derecho a recibir beneficios de SNAP de forma permanente tras la primera ocasión de dicha violación.
- Si se lo ha declarado culpable de haber traficado con beneficios por un importe total de \$500 o más, no tendrá derecho a recibir beneficios de SNAP de forma permanente tras la primera ocasión de dicha violación.
- Si se descubre que hizo una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad o lugar de residencia para recibir múltiples beneficios de SNAP simultáneamente, no será elegible para participar en el Programa por un período de 10 años.

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas a todas las preguntas sobre cada miembro del hogar, incluidas aquellas sobre ciudadanía o estado de extranjero, son correctas y completas.

Firma o marca del miembro del hogar (X): _____ Fecha: _____

Firma del testigo si se firma con una marca: _____ Fecha: _____

Declaración de no discriminación del USDA

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o tomar represalias por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para acceder a la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su carta o formulario completo al USDA por:

- (1) Correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 202509410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

Si devuelve esta solicitud por correo, utilice la siguiente dirección:

**Departamento de Servicios Humanos de Mississippi
Unidad de ESAP
P. O. Box 352
Jackson, MS 39205**

CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG

Mã Số Trường Hợp:

Ngày

Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
ĐƠN ĐĂNG KÝ ĐƠN GIẢN CHO NGƯỜI CAO TUỔI (ELDERLY SIMPLIFIED APPLICATION, ESAP)

Đơn đăng ký này được dùng cho những người đăng ký SNAP mà:

- Mọi người trong hộ gia đình đều từ 60 tuổi trở lên hoặc tất cả các thành viên trong hộ gia đình từ 60 tuổi trở lên đều mua và chuẩn bị thức ăn riêng với các thành viên còn lại trong hộ gia đình và
- Không có thành viên nào trong hộ gia đình có thu nhập từ việc làm

Quý vị có thể nộp đơn đăng ký này bằng cách điền thông tin, tối thiểu gồm họ tên, địa chỉ của quý vị và ký vào biểu mẫu. Nếu quý vị cần được giúp đỡ để hoàn thiện đơn đăng ký này, hãy gọi đến số điện thoại miễn phí 1-800-948-4060.

Hãy cho chúng tôi biết về quý vị và nơi quý vị sinh sống. Chúng tôi phải liên lạc được với quý vị qua điện thoại.

Họ:	Tên:	Chữ Đầu Tên	Số Điện Thoại Liên Lạc của Quý Vị: Nhà Riêng: Di Động:	
Địa Chỉ Cư Trú (bao gồm Số Căn Hộ/Lô)	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:	Quận:
Địa Chỉ Nhận Thư (bao gồm Số Căn Hộ/Lô)	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Zip:	
Quý vị có muốn nhận thông báo qua email không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Nếu có, vui lòng cho biết địa chỉ email:		

Quý vị có thể chỉ định người nào đó ngoài hộ gia đình quý vị làm người đại diện của quý vị. Người này cần biết đủ rõ về tình hình của hộ gia đình quý vị để đưa ra bất kỳ thông tin nào cần thiết để xác định quý vị có hội đủ điều kiện tham gia SNAP hay không. Quý vị chịu trách nhiệm về những thông tin do bất kỳ người nào là người đại diện được ủy quyền của quý vị cung cấp, bao gồm mọi thông tin có thể không chính xác.

Tên Người Đại Diện: _____ Số Điện Thoại: _____

Tên Người Đại Diện: _____ Số Điện Thoại: _____

Chỉ có công dân Mỹ và người nước ngoài đủ tiêu chuẩn mới hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). Bất kỳ người nào không phải là công dân hoặc là người nước ngoài không đủ tiêu chuẩn sẽ bị loại khỏi đơn xin trợ cấp của quý vị. Chúng tôi sẽ không báo cáo những người đó cho Sở Di Trú và Hải Quan. Những người không phải công dân trong đơn đăng ký của quý vị sẽ được xác định có hội đủ điều kiện hay không theo các quy tắc của SNAP. Thu nhập và nguồn lực của tất cả mọi người trong hộ gia đình quý vị sẽ được xem xét để xác định những người trong đơn đăng ký SNAP có hội đủ điều kiện hay không.

Tôi xác nhận rằng tất cả người đăng ký trong hộ gia đình tôi đều là công dân Hoa Kỳ hoặc người nước ngoài có tình trạng nhập cư hợp pháp và những thông tin được cung cấp là đúng theo tất cả những gì tôi biết. Tôi cho phép Sở Dịch Vụ Nhân Sinh tiến hành đánh giá đầy đủ về trường hợp của tôi và liên lạc với bất kỳ người nào cần thiết để xác minh các tuyên bố của tôi. Tôi đồng ý tiết lộ xác minh thu nhập cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Mississippi (Mississippi Department of Human Services, MDHS). Tôi biết rằng tôi có thể bị phạt nếu cố ý cung cấp thông tin sai sự thật. Tôi xác nhận là đã nhận được tờ rơi về Các Quyền và Trách Nhiệm từ cơ quan này.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn

Ngày

Chữ ký của người làm chứng nếu ký bằng cách đánh dấu

Chữ Ký của Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Ngày

Chữ ký của người làm chứng nếu ký bằng cách đánh dấu

MS-MDHS-21-0341-B-000111

Hãy cho chúng tôi biết quý vị sống cùng ai. Đề nghị ghi tên quý vị (hoặc người nộp đơn) trên dòng đầu tiên.

Họ Tên (Tên, Họ)	Quan Hệ với Người có Tên trên Dòng 1	Số An Sinh Xã Hội *Xem phần giải thích	Ngày Sinh	Tuổi	Giới Tính	**Không bắt buộc		Công Dân Hoa Kỳ C hoặc
						Tây Ban Nha	Chủng Tộc ***	
1.	Chủ Hộ							
2.								
3.								
4.								

***CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT:** Phải cung cấp hoặc áp dụng một Số An Sinh Xã Hội (Social Security Number, SSN) cho mỗi người yêu cầu trợ cấp theo Đạo Luật Thực Phẩm và Dinh Dưỡng năm 2008. Chúng tôi sẽ xác minh và sử dụng SSN để khớp với dữ liệu của Liên Bang và Tiểu Bang, bao gồm nhưng không chỉ gồm An Sinh Xã Hội, Sở Thuế Vụ, Sở Cựu Chiến Binh (Veteran Affairs, VA), Sở Bảo Đảm Việc Làm MS, xác minh nguồn lực/thu nhập, các điều kiện mất tư cách tham gia chương trình và để thu các khoản nợ gian lận. Luật tiểu bang và liên bang quy định về tiền phạt, phạt tù hoặc cả hai đối với bất kỳ người nào xin trợ cấp mà người đó không có quyền hưởng thông qua việc cố ý không cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật. Chúng tôi có thể xác minh thông tin thông qua các nguồn thông tin đáng tin cậy về quý vị khi phát hiện có sai lệch. Chúng tôi sẽ xác minh tình trạng người nước ngoài với Sở Nhập Tịch và Di Trú Hoa Kỳ (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) và sẽ cần gửi một số thông tin cụ thể từ đơn đăng ký này tới USCIS.

**Thông tin liên quan đến Dân Tộc và Chủng Tộc là không bắt buộc và sẽ không được sử dụng để xác định quý vị có hội đủ điều kiện hay không hoặc mức độ phúc lợi của quý vị. Những thông tin này sẽ được sử dụng để giúp xác định hiệu quả của chương trình trong việc tiếp cận nhóm đối tượng hội đủ điều kiện.

***(Chọn một hoặc nhiều phương án) Mã Chủng Tộc: **AL**-Người Thổ Dân Da Đỏ hoặc Người Bán Địa Alaska; **AS**-Người Châu Á; **AW**-Người Châu Á Da Trắng; **BL**-Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi; **BW**-Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Da Trắng; **HP**-Người Hawaii hoặc Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác; **IB**-Người Thổ Dân Da Đỏ hoặc Người Bán Địa Alaska Da Đen; **IW**-Người Thổ Dân Da Đỏ hoặc Người Bán Địa Alaska Da Trắng; **OT**-Các Tổ Hợp Chủng Tộc Khác; **WH**-Người Da Trắng

Quý vị phải trả lời tất cả các câu hỏi sau:

1. Quý vị hoặc bất kỳ người nào trong hộ gia đình quý vị có bị mất tư cách tham gia SNAP do gian lận không? Có Không: Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
2. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có từng bị kết án giao dịch phúc lợi SNAP để lấy các loại thuốc sau ngày 22/08/1996 không? Có Không: Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
3. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có từng bị kết án mua hoặc bán phúc lợi SNAP trên \$500 sau ngày 22/08/1996 không? Có Không: Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
4. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong gia đình của quý vị có từng bị kết án gian lận nhận trùng phúc lợi SNAP tại bất kỳ tiểu bang nào sau ngày 22/08/1996 không? Có Không: Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
5. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có từng bị kết án giao dịch phúc lợi SNAP để lấy súng, đạn dược hoặc chất nổ sau ngày 22/08/1996 không? Có Không: Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
6. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có đang lẩn trốn hoặc trốn tránh pháp luật để tránh bị truy tố, bị bắt giam hoặc đi tù vì một trọng tội hoặc cố gắng phạm trọng tội hoặc vi phạm điều kiện để được tha hoặc thử thách không? Có Không: Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
7. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình của quý vị có phải là cư dân tại một khu nhà trọ kinh doanh (cơ sở cung cấp bữa ăn, chỗ ở và thu tiền với mục đích tạo ra lợi nhuận) không? Có Không: Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
8. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có tham gia đình công không? Có Không: Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____
9. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có đang nhận các phúc lợi SNAP ở tiểu bang khác không? Có Không: Nếu có, vui lòng cho biết họ tên: _____ Ở tiểu bang nào? _____

10. Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có từng bị kết án bất kỳ tội nào dưới đây sau ngày 07/02/2014 không (chọn tất cả các ô thích hợp): lạm dụng tình dục nghiêm trọng, bóc lột tình dục và lạm dụng khác đối với trẻ em, tấn công tình dục, giết người? Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____

Hãy trả lời các câu hỏi sau để xem liệu quý vị có thể nhận các phúc lợi SNAP trong vòng bảy ngày hay không:

- Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có nhận được bất kỳ khoản thu nhập (tiền, séc, quà tặng, v.v.) nào trong tháng này tính đến thời điểm hiện tại không?
 Có Không Nếu có thì bao nhiêu? _____ Khi nào? _____
- Có bất kỳ người nào trong hộ gia đình quý vị dự kiến sẽ nhận được thêm bất kỳ khoản tiền nào trong tháng này không?
 Có Không Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____ Bao nhiêu? _____ Khi nào? _____
- Hộ gia đình quý vị có bao nhiêu tiền mặt, bao nhiêu trong tài khoản séc và tài khoản tiết kiệm? _____
- Đề nghị cho biết cho các khoản chi phí thực tế: Tiền Thuê/Thế Chấp Nhà \$ _____ Điện \$ _____ Ga \$ _____ Nước \$ _____ Điện Thoại \$ _____

Hãy cho chúng tôi biết về thu nhập mà hộ gia đình quý vị nhận được:

Các loại thu nhập có thể bao gồm phúc lợi An Sinh Xã Hội, Thu Nhập Đảm Bảo Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI), lương hưu, trợ cấp Cựu Chiến Binh, cấp dưỡng nuôi con, đóng góp bằng tiền mặt, trợ cấp thất nghiệp, trợ cấp hưu trí ngành đường sắt, cô tức, tiền lãi và bất kỳ thu nhập nào khác không phải do lao động. Nếu đang nhận bất kỳ loại thu nhập nào do lao động (từ việc làm), ví dụ như tiền lương, tiền hoa, tiền thưởng hoặc tự doanh, quý vị sẽ không hội đủ điều kiện để nhận các phúc lợi SNAP qua ESAP và quý vị có thể đăng ký nhận phúc lợi thông qua văn phòng MDHS quận tại địa phương của quý vị.

Loại Thu Nhập	Người Nhận Thu Nhập?	Thu Nhập Gộp Hàng Tháng (Trước Thuế)

Quý vị phải cung cấp bằng chứng xác minh cho bất kỳ khoản thu nhập nào không thể xác minh bằng cách khớp dữ liệu trên máy tính. Thu nhập có thể xác minh bằng cách khớp dữ liệu trên máy tính bao gồm An Sinh Xã Hội, SSI và các khoản thanh toán cấp dưỡng nuôi con được nhận thông qua Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Mississippi.

Hãy cho chúng tôi về bất kỳ nguồn lực nào thuộc sở hữu của hộ gia đình quý vị:

Các loại nguồn lực có thể bao gồm tiền mặt sẵn có, được ghi trên séc hoặc tài khoản tiết kiệm, tài khoản Hưu Trí Cá Nhân (Individual Retirement Account, IRA), tiền xu có giá trị, chứng nhận tiết kiệm, cổ phiếu hoặc trái phiếu, các khoản thanh toán trọn gói một lần, phương tiện giải trí (thuyền, xe 4 bánh, xe địa hình), tài sản cá nhân, các tòa nhà và khu đất nhất định và bất động sản giải trí.

Loại Nguồn Lực	Ai Sở Hữu Nguồn Lực?	Giá Trị của Nguồn Lực

Hãy cho chúng tôi về chi phí chỗ ở của quý vị:

	Có	Không	Nếu có, hãy nêu số tiền hàng tháng/hàng năm.
Hộ gia đình quý vị có trả thế chấp không?			
Hộ gia đình quý vị có trả tiền thuê nhà không (phần quý vị thực sự phải trả)?			
Hộ gia đình quý vị có nộp thuế bất động sản tính trên ngôi nhà của quý vị và được trả riêng rẽ với khoản thế chấp của quý vị không?			
Hộ gia đình quý vị có trả phí bảo hiểm cho chủ nhà riêng rẽ với khoản thế chấp của quý vị không?			

Hãy cho chúng tôi biết chi phí tiện ích của quý vị:

	Có	Không	
Hộ gia đình quý vị có trả phí ga, điện, dầu hỏa, than đá hoặc gỗ để sưởi ấm hay quý vị có điều hòa không khí trung tâm hoặc gắn cửa sổ không?			
Nếu hộ gia đình quý vị không trả chi phí sưởi ấm hoặc làm mát thì có trả các chi phí tiện ích khác không?			Nếu có, hãy liệt kê các chi phí tiện ích mà quý vị trả và số tiền quý vị trả bên dưới.
Điện? _____ Ga? _____ Nước? _____ Điện Thoại? _____ Thoát Nước? _____			
Rác? _____ Tiện Ích Khác? _____			

Quý vị phải cung cấp bằng chứng xác minh chi phí chỗ ở và chi phí tiện ích để được khấu trừ. Ví dụ về tài liệu xác minh bao gồm báo cáo thể chấp, biên nhận tiền thuê nhà, biên nhận thuế bất động sản, hợp đồng bảo hiểm của chủ nhà, hóa đơn tiện ích, v.v. Không được khấu trừ các chi phí do một bên thứ ba chi trả, ví dụ như tiền thuê nhà do Bộ Gia Cư và Phát Triển Đô Thị (Department of Housing and Urban Development, HUD) chi trả.

Hãy cho chúng tôi biết chi phí y tế của quý vị:

hộ gia đình quý vị có trả chi phí y tế tự trả trên \$35.00 mỗi tháng không? Có Không Nếu có, hãy điền vào bảng bên dưới. Ví dụ về chi phí y tế được cho phép bao gồm: Thăm khám nha sĩ và bác sĩ, bao gồm các chuyên gia, liệu pháp tâm lý, các dịch vụ phục hồi chức năng và thẩm tách; nhập viện hoặc điều trị ngoại trú, chăm sóc điều dưỡng và chăm sóc điều dưỡng tại nhà; thuốc theo toa và thuốc không cần toa khác (trong đó có insulin), vật tư y tế, thiết bị phòng bệnh, ví dụ như giường bệnh và xe lăn (thuê hoặc mua) hoặc thiết bị theo toa khác khi được chuyên gia chăm sóc sức khỏe có giấy phép hành nghề phê duyệt; răng giả, dụng cụ trợ thính và chân tay giả; kính mắt hoặc kính áp tròng; phí bảo hiểm y tế và nằm viện; phí bảo hiểm Medicare; động vật bảo vệ và hỗ trợ, ví dụ như chó dẫn đường cho người khiếm thị hoặc khiếm thính, bao gồm cả chi phí thức ăn và chăm sóc thú y; chi phí đi lại và lưu trú hợp lý để được điều trị hoặc nhận dịch vụ y tế, bao gồm mua thuốc, răng giả, kính mắt, thiết bị phòng bệnh, v.v. (trong đó bao gồm cả khoản tiền trả cho bạn bè, thành viên trong gia đình, hàng xóm hoặc bất kỳ người nào khác đưa đón quý vị); trả tiền cho người phục vụ, người nội trợ, người hỗ trợ y tế tại nhà hoặc người dọn dẹp nhà cửa nếu cần thiết do tuổi tác, thương tật hoặc bệnh tật. Các sản phẩm thực phẩm có thể được mua bằng phúc lợi SNAP không đủ tiêu chuẩn là chi phí y tế ngay cả khi do chuyên gia y tế khuyến nghị. Cần sa y tế không đủ tiêu chuẩn là chi phí y tế.

Họ Tên	Loại Chi Phí	Số Tiền

Quý vị phải cung cấp bằng chứng xác minh các chi phí y tế của mình để được khấu trừ. Ví dụ về tài liệu xác minh bao gồm bản in từ các hiệu thuốc đối với thuốc theo toa, hóa đơn liệt kê từng mục từ bác sĩ của quý vị hoặc bệnh viện, báo cáo cho phí bảo hiểm y tế, v.v. Xin lưu ý chỉ cho phép khấu trừ đối với các chi phí không phải do Medicare, Medicaid, hoặc bảo hiểm y tế khác chi trả.

Có bất kỳ người nào trong hộ gia đình quý vị trả tiền cấp dưỡng nuôi con theo quy định của pháp luật cho người nào đó sống ngoài nhà quý vị không? Có Không

Nếu có, vui lòng cho biết tên: _____

Số tiền cấp dưỡng nuôi con trả hàng tháng: _____

Để được khấu trừ cho các khoản thanh toán cấp dưỡng nuôi con, quý vị phải cung cấp bằng chứng xác minh cho cả nghĩa vụ pháp lý và số tiền cấp dưỡng nuôi con thực tế trả mỗi tháng, trừ khi các khoản thanh toán được thực hiện thông qua Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Mississippi.

Quý vị có cần thẻ Chuyển Khoản Phúc Lợi Điện Tử (Electronic Benefit Transfer, EBT) không?

Có Không

Quý vị có thể chỉ định người nào đó ngoài hộ gia đình của mình được tiếp cận các phúc lợi SNAP của hộ gia đình quý vị trong Tài Khoản Chuyển Khoản Phúc Lợi Điện Tử (EBT). Người này sẽ được cấp một thẻ EBT, cho phép họ sử dụng toàn bộ tài khoản của quý vị mà không cần quý vị đồng ý tức thì. Các phúc lợi mà (những) người này lạm dụng sẽ không được thay mới.

Tên Người Đại Diện: _____ Số Điện Thoại: _____

Tên Người Đại Diện: _____ Số Điện Thoại: _____

Nếu chưa đăng ký bỏ phiếu tại nơi đang sinh sống, quý vị có muốn ghi danh bỏ phiếu tại đây ngay hôm nay không? Có, vui lòng gửi cho tôi đơn đăng ký qua thư. Không

Nếu không đánh dấu ô nào, quý vị sẽ được coi là đã quyết định không ghi danh bỏ phiếu tại thời điểm này. Việc đăng ký ghi danh hoặc từ chối ghi danh bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà cơ quan này cấp cho quý vị. Nếu quý vị từ chối ghi danh bỏ phiếu, quyết định đó của quý vị sẽ được giữ kín. Nếu quý vị ghi danh bỏ phiếu, văn phòng nơi quý vị gửi đơn đăng ký sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích ghi danh cử tri.

Nếu quý vị muốn được giúp đỡ điền biểu mẫu đăng ký ghi danh cử tri, chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị. Quý vị có quyền quyết định có nhờ hoặc chấp nhận sự giúp đỡ hay không. Quý vị có thể điền biểu mẫu đăng ký một cách bí mật.

Nếu quý vị tin rằng đã có người cản trở quyền ghi danh hoặc từ chối ghi danh bỏ phiếu, quyền riêng tư để quyết định có ghi danh hoặc nộp đơn đăng ký ghi danh bỏ phiếu hay không hoặc quyền chọn đảng chính trị riêng hay ưu tiên chính trị khác của quý vị, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại tới: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

Quý vị có khiếm thính, lãng tai hoặc cần dịch vụ thông dịch không? Có Không

Tôi hiểu rằng mình có thể nhận một bản sao của đơn đăng ký SNAP đã điền này. Tôi chọn:

bản giấy bản điện tử hoặc tôi từ chối nhận bản sao.

Nếu quý vị cần dịch vụ pháp lý miễn phí, hãy gọi đến số điện thoại miễn phí 1-800-498-1804.

Để yêu cầu một phiên điều trần công bằng, hãy gọi số điện thoại miễn phí 1-800-948-4060 của Đơn Vị ESAP.

CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT CỦA SNAP

Nếu hộ gia đình quý vị nhận phúc lợi SNAP thì phải tuân thủ các quy tắc được liệt kê dưới đây. Bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị cố tình vi phạm bất kỳ quy tắc nào dưới đây có thể bị cấm tham gia SNAP trong 1 năm nếu vi phạm lần đầu, 2 năm nếu vi phạm lần thứ hai và vĩnh viễn nếu vi phạm lần thứ ba; bị phạt lên đến \$250,000, bị phạt tù lên đến 20 năm hoặc cả hai hình phạt; đồng thời bị truy tố theo các luật liên bang khác.

KHÔNG cung cấp thông tin sai sự thật hoặc che giấu thông tin để nhận hoặc tiếp tục nhận các phúc lợi SNAP. **KHÔNG** giao dịch hoặc bán thẻ Chuyển Khoản Phúc Lợi Điện Tử (Electronic Benefit Transfer, EBT). **KHÔNG** thay đổi thẻ EBT để nhận các phúc lợi SNAP mà quý vị không có quyền nhận. **KHÔNG** sử dụng các phúc lợi SNAP để mua những mặt hàng không hội đủ điều kiện như rượu và thuốc lá hoặc để thanh toán cho các tài khoản tín dụng thực phẩm. **KHÔNG** sử dụng các phúc lợi SNAP hoặc thẻ EBT của người khác cho hộ gia đình quý vị. Những người bị tòa án phán quyết là đã có những hành vi vi phạm chương trình sau đây sẽ bị phạt như sau:

- Nếu bị phát hiện đã sử dụng hoặc nhận các phúc lợi trong một giao dịch liên quan đến việc bán một chất bị kiểm soát, thì quý vị sẽ không hội đủ điều kiện để nhận các phúc lợi SNAP trong thời gian hai năm nếu vi phạm lần đầu và vĩnh viễn nếu vi phạm lần thứ hai.
- Nếu bị phát hiện đã sử dụng hoặc nhận các phúc lợi trong một giao dịch liên quan đến việc bán vũ khí, đạn dược hoặc chất nổ, quý vị sẽ vĩnh viễn không hội đủ điều kiện để nhận các phúc lợi SNAP ngay sau lần vi phạm đầu tiên.
- Nếu bị phát hiện có tội buôn lậu các phúc lợi với tổng số tiền \$500 trở lên, quý vị sẽ vĩnh viễn không hội đủ điều kiện để nhận các phúc lợi SNAP ngay sau lần vi phạm đầu tiên.
- Nếu bị phát hiện đã đưa ra tuyên bố hoặc cam đoan gian lận liên quan đến danh tính hoặc nơi cư trú của quý vị để nhận đồng thời nhiều phúc lợi SNAP, quý vị sẽ không hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình trong thời gian 10 năm.

Tôi xác nhận theo hình phạt về tội khai man rằng câu trả lời của tôi cho tất cả những câu hỏi về mỗi thành viên trong hộ gia đình, kể cả các câu hỏi về quốc tịch hoặc tình trạng người nước ngoài, là chính xác và đầy đủ.

Chữ ký của thành viên trong hộ gia đình hoặc đánh dấu (X): _____ Ngày: _____

Người làm chứng nêu ký bằng cách đánh dấu: _____ Ngày: _____

Tuyên Bố Không Phân Biệt Đối Xử của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ
(United States Department of Agriculture, USDA)

Theo luật dân quyền Liên Bang, các quy định và chính sách về dân quyền của Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ (USDA) thì USDA, các Cơ Quan, văn phòng, nhân viên và tổ chức của Bộ tham gia hoặc quản lý các chương trình của USDA đều bị cấm phân biệt đối xử trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tín ngưỡng tôn giáo, khuyết tật, tuổi tác, quan điểm chính trị hoặc trả thù hay trả đũa cho hoạt động dân quyền trước đó trong bất kỳ chương trình hoặc hoạt động nào do USDA tiến hành hoặc tài trợ.

Người khuyết tật cần các biện pháp liên lạc khác để biết về thông tin chương trình (ví dụ như chữ nổi Braille, chữ khổ lớn, băng ghi âm, Ngôn Ngữ Ký Hiệu Hoa Kỳ, v.v.) nên liên hệ với Cơ Quan (Tiểu Bang hoặc địa phương) nơi họ nộp đơn xin phúc lợi. Những người khiếm thính, lãng tai hoặc có khuyết tật về âm ngữ có thể liên lạc với USDA qua Dịch Vụ Chuyên Tiếp Liên Bang theo số (800) 877-8339. Ngoài ra, có thể có sẵn thông tin về chương trình bằng các ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh.

Để nộp đơn khiếu nại chương trình phân biệt đối xử, hãy điền Biểu Mẫu Khiếu Nại Chương Trình USDA Phân Biệt Đối Xử (AD-3027) trực tuyến tại: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html và tại bất kỳ văn phòng USDA nào hoặc viết một bức thư gửi tới USDA, trong đó cung cấp toàn bộ thông tin bắt buộc trong mẫu. Để yêu cầu một bản sao của biểu mẫu khiếu nại, hãy gọi số (866) 632-9992. Gửi biểu mẫu đã điền hoặc thư của quý vị tới USDA qua:

- (1) thư: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 202509410;
- (2) fax: (202) 690-7442 hoặc
- (3) email: program.intake@usda.gov.

Tổ chức này là nhà cung cấp cơ hội bình đẳng.

Nếu quý vị gửi lại đơn đăng ký này qua đường bưu điện, vui lòng sử dụng địa chỉ sau:

Mississippi Department of Human Services (Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Mississippi)
ESAP Unit (Đơn Vị ESAP)
P. O. Box 352
Jackson, MS 39205

Important - Please Read All Information Below:

In the past 12 months, has your household had a change to any of the following?

- Has your mailing address or telephone number changed? Yes No If yes, new address and/or telephone number: _____
- Has anyone moved in or out of your home? Yes No
- Has anyone in your household had a change in the kind of income being received? Yes No
- Has your household had a change of more than \$100.00 per month in the amount of income being received? Yes No
- Has anyone in your household started working (job or self-employed)? Yes No
- Has your residence address changed? Yes No. If yes, did this change of residence cause a change in your shelter costs (rent, mortgage, homeowner's insurance, and property taxes) or utility costs? Yes No
- Has there been a change in the amount of legally obligated child support paid by anyone in your household? Yes No
- Has anyone in your household had a change in medical expenses? Yes No. If yes, would you like to receive a deduction for these medical expenses? Yes No
- Has anyone in your household had a change in liquid resources, such as cash, stocks, bonds and bank accounts? Yes No
- If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today? Yes No

If you do not check a 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. If you decline to register to vote, this fact will remain confidential. If you do register to vote, the office where your application was submitted will be kept confidential, and it 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.

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: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

If you answered **YES** to any of these questions, please sign, date, and return to the ESAP Unit at P.O. Box 352, Jackson, MS 39205 or contact the ESAP Unit at 1-800-948-4060 to report these changes.

If you answered **NO** to all of these questions, you are not required to return this form and no action is necessary. You will continue to receive your SNAP benefits.

If you need free legal assistance, call this toll-free number 1-800-498-1804.

To request a fair hearing, call the ESAP Unit toll-free at 1-800-948-4060.

Signature: _____ Date: _____

SNAP PENALTY WARNING

If your household receives SNAP, it must follow the rules listed below. Any member of your household who breaks any of these rules on purpose can be barred from SNAP for 1 year for first offense, 2 years for second offense, and permanently for third offense; fined up to \$250,000, imprisoned up to 20 years or both; and subject to prosecution under other federal laws.

DO NOT give false information, or hide information to get or continue to get SNAP benefits. DO NOT trade or sell EBT cards. DO NOT alter EBT cards to get SNAP benefits you are not entitled to receive. DO NOT use SNAP benefits to buy ineligible items such as alcohol and tobacco or to pay food credit accounts. DO NOT use someone else's SNAP benefits or EBT card for your household.

Individuals determined by a court to have committed the following program violations will be subject to the following penalties:

- If you are found to have used or received benefits in a transaction involving the sale of a controlled substance, you will be ineligible to receive SNAP benefits for a period of two years for the first offense and permanently upon the second such offense.**
- If you are found to have used or received benefits in a transaction involving the sale of firearms, ammunition or explosives, you will be permanently ineligible to receive SNAP benefits upon the first occasion of such violation.**
- If you have been found guilty of having trafficked benefits for an aggregate amount of \$500 or more, you will be permanently ineligible to receive SNAP benefits upon the first occasion of such violation.**
- If you have been found to have made a fraudulent statement or representation with respect to your identity or place of residence in order to receive multiple SNAP benefits simultaneously, you will be ineligible to participate in the Program for a period of 10 years.**

Importante: lea toda la información a continuación.

En los últimos 12 meses, ¿ha cambiado su hogar en relación con alguno de los siguientes aspectos?

- ¿Ha cambiado su dirección postal o número de teléfono? Sí No En caso afirmativo, proporcione la nueva dirección o número de teléfono: _____
- ¿Alguien se mudó dentro o fuera de su casa? Sí No
- ¿Alguien en su hogar ha tenido un cambio en el tipo de ingreso que recibe? Sí No
- ¿Su hogar ha tenido un cambio de más de \$100.00 por mes en la cantidad de ingresos recibidos? Sí No
- ¿Alguien en su hogar comenzó a trabajar (como empleado o por cuenta propia)? Sí No
- ¿Ha cambiado su dirección de residencia? Sí No. En caso afirmativo, ¿este cambio de residencia causó un cambio en los costos de su vivienda (alquiler, hipoteca, seguro de vivienda e impuestos a la propiedad) o costos de servicios públicos? Sí No
- ¿Ha habido un cambio en el importe de manutención infantil requerida por ley de alguien en su hogar? Sí No
- ¿Alguien en su hogar ha tenido un cambio en los gastos médicos? Sí No. En caso afirmativo, ¿le gustaría recibir una deducción por estos gastos médicos? Sí No
- ¿Alguien en su hogar ha tenido un cambio en los recursos líquidos, como efectivo, acciones, bonos y cuentas bancarias? Sí No
- Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse aquí hoy? Sí No

Si no marca una casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento. Su solicitud de registro o rechazo del registro para votar no afectará el importe de asistencia que le brindará esta agencia. Si se niega a registrarse para votar, este hecho será confidencial. Si se registra para votar, la oficina donde presentó su solicitud se mantendrá confidencial y se utilizará solo para fines de registro de votantes.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro del votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse, puede solicitar ayuda a través de la línea de ayuda al consumidor al 1-800-392-1111.

la privacidad al decidir si se registra o solicita registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante: Secretario de Estado de Mississippi, División Electoral, P. O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

Si respondió **SÍ** a cualquiera de estas preguntas, firme, feche y devuelva a la Unidad de ESAP a P. O. Box 352, Jackson, MS 39205 o comuníquese con la Unidad de ESAP al 1-800-948-4060 para informar estos cambios.

Si respondió **NO** a todas estas preguntas, no está obligado a devolver este formulario ni es necesario que tome ninguna acción. Continuará recibiendo sus beneficios de SNAP.

Si necesita servicios legales gratuitos, llame sin cargo al 1-800-498-1804.

Para solicitar una audiencia imparcial, llame de manera gratuita a la Unidad de ESAP al 1-800-948-4060.

Firma: _____ Fecha: _____

ADVERTENCIA SOBRE PENALIDADES DE SNAP

Si su hogar recibe beneficios de SNAP, debe cumplir las siguientes reglas. Cualquier miembro de su hogar que viole cualquiera de estas reglas a propósito puede ser excluido de SNAP por 1 año por la primera infracción, 2 años por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción; puede recibir una multa de hasta \$250,000, ir a prisión por hasta 20 años o ambos; y quedar sujeto a enjuiciamiento en virtud de otras leyes federales.

NO brinde información falsa ni oculte información para obtener o continuar obteniendo beneficios de SNAP. NO intercambie ni venda tarjetas EBT. NO modifique las tarjetas EBT para obtener beneficios de SNAP que no tiene derecho a recibir. NO use los beneficios de SNAP para comprar artículos no elegibles como alcohol y tabaco o para pagar cuentas de crédito de alimentos. NO use los beneficios de SNAP o la tarjeta EBT de otra persona para su hogar.

Las personas que un tribunal determine que han cometido las siguientes infracciones del programa estarán sujetas a las siguientes sanciones:

- Si se descubre que usó o recibió beneficios en una transacción que involucra la venta de una sustancia controlada, no será elegible para recibir beneficios de SNAP por un período de dos años por el primer delito y de forma permanente después del segundo delito.**
- Si se descubre que usó o recibió beneficios en una transacción que implica la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, no tendrá derecho a recibir beneficios de SNAP de forma permanente tras la primera ocasión de dicha violación.**
- Si se lo ha declarado culpable de haber traficado con beneficios por un importe total de \$500 o más, no tendrá derecho a recibir beneficios de SNAP de forma permanente tras la primera ocasión de dicha violación.**
- Si se descubre que hizo una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad o lugar de residencia para recibir múltiples beneficios de SNAP simultáneamente, no será elegible para participar en el Programa por un período de 10 años.**

Lưu Ý Quan Trọng - Vui Lòng Đọc Toàn Bộ Thông Tin Dưới Đây:

Trong 12 tháng qua, hộ gia đình quý vị có bất kỳ thay đổi nào sau đây không?

- Địa chỉ nhận thư hoặc số điện thoại của quý vị đã thay đổi? Có Không Nếu có, hãy ghi địa chỉ và/hoặc số điện thoại mới: _____
- Có người nào chuyển vào hoặc chuyển ra khỏi nhà của quý vị không? Có Không
- Có bất kỳ người nào trong hộ gia đình quý vị có sự thay đổi về các loại thu nhập nhận được không? Có Không
- Số tiền thu nhập nhận được của hộ gia đình quý vị có thay đổi hơn \$100.00 mỗi tháng không? Có Không
- Có bất kỳ người nào trong hộ gia đình quý vị bắt đầu làm việc (làm thuê hoặc tự kinh doanh) không? Có Không
- Địa chỉ cư trú của quý vị có thay đổi không? Có Không. Nếu có, việc thay đổi nơi cư trú này có khiến chi phí chỗ ở (tiền thuê nhà, thế chấp nhà, bảo hiểm của chủ nhà và thuế bất động sản) hoặc chi phí tiện ích của quý vị thay đổi không? Có Không
- Số tiền cấp dưỡng nuôi con bắt buộc theo pháp luật mà bất kỳ người nào trong hộ gia đình quý vị phải trả có thay đổi không? Có Không
- Có bất kỳ người nào trong hộ gia đình quý vị có sự thay đổi về chi phí y tế không? Có Không. Nếu có, quý vị có muốn được khấu trừ các chi phí y tế đó không? Có Không
- Có bất kỳ người nào trong hộ gia đình quý vị có sự thay đổi về nguồn lực có tính thanh khoản, chẳng hạn như tiền mặt, cổ phiếu, trái phiếu và các tài khoản ngân hàng không? Có Không
- Nếu quý vị chưa ghi danh bỏ phiếu tại nơi đang sinh sống, quý vị có muốn đăng ký ghi danh bỏ phiếu tại đây ngay hôm nay không? Có Không

Nếu không đánh dấu ô nào, quý vị sẽ được coi là đã quyết định không ghi danh bỏ phiếu tại thời điểm này. Việc đăng ký ghi danh hoặc từ chối ghi danh bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà cơ quan này cấp cho quý vị. Nếu quý vị từ chối ghi danh bỏ phiếu, quyết định đó của quý vị sẽ được giữ kín. Nếu quý vị ghi danh bỏ phiếu, văn phòng nơi quý vị gửi đơn đăng ký sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích ghi danh cử tri.

Nếu quý vị muốn được giúp đỡ điền biểu mẫu đăng ký ghi danh cử tri, chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị. Quý vị có quyền quyết định có nhờ hoặc chấp nhận sự giúp đỡ hay không. Quý vị có thể điền biểu mẫu đăng ký một cách bí mật.

Nếu quý vị tin rằng đã có người cản trở quyền ghi danh hoặc từ chối ghi danh bỏ phiếu, quyền riêng tư để quyết định có ghi danh hoặc nộp đơn đăng ký ghi danh bỏ phiếu hay không hoặc quyền chọn đảng chính trị riêng hay ưu tiên chính trị

khác của quý vị, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại tới: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

Nếu quý vị trả lời **CÓ** cho bất kỳ câu hỏi nào trên đây, vui lòng ký, ghi ngày và gửi lại Đơn Vị ESAP tại địa chỉ P.O. Box 352, Jackson, MS 39205 hoặc liên hệ với Đơn Vị ESAP theo số 1-800-948-4060 để thông báo những thay đổi này.

Nếu quý vị trả lời **KHÔNG** cho tất cả những câu hỏi này, quý vị không cần gửi lại mẫu này và không cần làm gì cả. Quý vị sẽ tiếp tục nhận các phúc lợi SNAP của mình.

Nếu quý vị cần hỗ trợ pháp lý miễn phí, hãy gọi số điện thoại miễn phí 1-800-498-1804. Để yêu cầu một phiên điều trần công bằng, hãy gọi số điện thoại miễn phí 1-800-948-4060 của Đơn Vị ESAP.

Chữ Ký: _____ Ngày: _____

CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT CỦA SNAP

Nếu hộ gia đình quý vị nhận phúc lợi SNAP thì phải tuân thủ các quy tắc được liệt kê dưới đây. Bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị cố tình vi phạm bất kỳ quy tắc nào dưới đây có thể bị cấm tham gia SNAP trong 1 năm nếu vi phạm lần đầu, 2 năm nếu vi phạm lần thứ hai và vĩnh viễn nếu vi phạm lần thứ ba; bị phạt lên đến \$250,000, bị phạt tù lên đến 20 năm hoặc cả hai hình phạt; đồng thời bị truy tố theo các luật liên bang khác.

KHÔNG cung cấp thông tin sai sự thật hoặc che giấu thông tin để nhận hoặc tiếp tục nhận các phúc lợi SNAP. **KHÔNG** giao dịch hoặc bán thẻ Chuyển Khoản Phúc Lợi Điện Tử (Electronic Benefit Transfer, EBT). **KHÔNG** thay đổi thẻ EBT để nhận các phúc lợi SNAP mà quý vị không có quyền nhận. **KHÔNG** sử dụng các phúc lợi SNAP để mua những mặt hàng không hội đủ điều kiện như rượu và thuốc lá hoặc để thanh toán cho các tài khoản tín dụng thực phẩm. **KHÔNG** sử dụng các phúc lợi SNAP hoặc thẻ EBT của người khác cho hộ gia đình quý vị.

Những người bị tòa án phán quyết là đã có những hành vi vi phạm chương trình sau đây sẽ bị phạt như sau:

- Nếu bị phát hiện đã sử dụng hoặc nhận các phúc lợi trong một giao dịch liên quan đến việc bán một chất bị kiểm soát, thì quý vị sẽ không hội đủ điều kiện để nhận các phúc lợi SNAP trong thời gian hai năm nếu vi phạm lần đầu và vĩnh viễn nếu vi phạm lần thứ hai.
- Nếu bị phát hiện đã sử dụng hoặc nhận các phúc lợi trong một giao dịch liên quan đến việc bán vũ khí, đạn dược hoặc chất nổ, quý vị sẽ vĩnh viễn không hội đủ điều kiện để nhận các phúc lợi SNAP ngay sau lần vi phạm đầu tiên.
- Nếu bị phát hiện có tội buôn lậu các phúc lợi với tổng số tiền \$500 trở lên, quý vị sẽ vĩnh viễn không hội đủ điều kiện để nhận các phúc lợi SNAP ngay sau lần vi phạm đầu tiên.
- Nếu bị phát hiện đã đưa ra tuyên bố hoặc cam đoan gian lận liên quan đến danh tính hoặc nơi cư trú của quý vị để nhận đồng thời nhiều phúc lợi SNAP, quý vị sẽ không hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình trong thời gian 10 năm.

FOR OFFICE USE ONLY:
Case Number: _____ Date Received: _____
How Received: Mail Fax Walk-In Telephone CWP
Received By: _____



CHANGE REPORTING FORM

Name: _____ Case Number: _____ Contact Number: _____

NEW ADDRESS/PHONE NUMBER CHANGES

Home Address: _____ County: _____
Mailing Address: _____
Cell Phone Number: _____ Email Address: _____
Home Phone Number: _____

EXPENSE CHANGES – Attach Verification

Rent/Mortgage \$ _____ Lot Rent \$ _____
If paid separately from your mortgage: Home Insurance \$ _____ Property Taxes \$ _____
Has the expense: Started Stopped Changed Date of change: ___/___/___
How often billed: Daily Weekly Biweekly Semi-monthly Monthly
Name of Person Paying the Expense: _____
Do you pay a heating and/or cooling expense? Yes No
If you are not billed a heating and/or cooling expense, list the amounts you are billed, if any, for the following:
Electricity \$ _____ Gas \$ _____ Water \$ _____ Phone \$ _____ Garbage \$ _____ Other \$ _____
Name of Person Paying the Expense: _____

Medical \$ _____ (**Household member must be 60 or older or disabled to claim out of pocket medical expenses.**)
 Drugs Medical/Dental Hospital Bills Nursing Care Medicare Premium Transportation
 Medical Supplies/Equipment Eye Glasses/Contacts Other Medical _____
Has the expense: Started Stopped Changed Date of change: ___/___/___
How often billed: Daily Weekly Biweekly Semi-monthly Monthly
Name of Person Paying the Expense: _____

Child Support \$ _____ (**Must be court ordered and paid outside of the household.**)
Has the expense: Started Stopped Changed Date of change: ___/___/___
How often billed: Daily Weekly Biweekly Semi-Monthly Monthly
Name of Person Paying the Expense: _____

Child Care \$ _____
Has the expense: Started Stopped Changed Date of change: ___/___/___
How often billed: Daily Weekly Biweekly Semi-monthly Monthly
Name of Person Paying the Expense: _____

Other _____ \$ _____
Has the expense: Started Stopped Changed Date of change: ___/___/___
How often billed: Daily Weekly Biweekly Semi-monthly Monthly
Name of Person Paying the Expense: _____

INCOME CHANGES – Attach Verification

Name of Person Receiving Income Change: _____

Type of Income	Income	How Often Received	Total New Gross Per Pay Period
CHECK ONE BOX ONLY	CHECK ONE BOX ONLY	CHECK ONE BOX ONLY	Amount
<input type="checkbox"/> Employment <input type="checkbox"/> Pension	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Stopped	<input type="checkbox"/> Daily <input type="checkbox"/> Semi-	\$ _____
<input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> Disability	<input type="checkbox"/> Increase <input type="checkbox"/> Fired	<input type="checkbox"/> Biweekly <input type="checkbox"/> monthly	Hours per week employed
<input type="checkbox"/> Child Support <input type="checkbox"/> Cash Gift	<input type="checkbox"/> Decrease <input type="checkbox"/> Quit	<input type="checkbox"/> Weekly	_____
<input type="checkbox"/> Other _____	Date of change: _____	<input type="checkbox"/> Monthly	

Name of Person Receiving Income Change: _____

Type of Income	Income	How Often Received	Total New Gross Per Pay Period
CHECK ONE BOX ONLY	CHECK ONE BOX ONLY	CHECK ONE BOX ONLY	Amount
<input type="checkbox"/> Employment <input type="checkbox"/> Pension	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Stopped	<input type="checkbox"/> Daily <input type="checkbox"/> Semi-	\$ _____
<input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> Disability	<input type="checkbox"/> Increase <input type="checkbox"/> Fired	<input type="checkbox"/> Biweekly <input type="checkbox"/> monthly	Hours per week employed
<input type="checkbox"/> Child Support <input type="checkbox"/> Cash Gift	<input type="checkbox"/> Decrease <input type="checkbox"/> Quit	<input type="checkbox"/> Weekly	
<input type="checkbox"/> Other _____	Date of change: _____	<input type="checkbox"/> Monthly	



RESOURCE CHANGES – Attach Verification

Cash \$ _____ Stocks \$ _____ Bonds \$ _____
 Bank Accounts \$ _____ Other \$ _____
 Name of Person who Owns Resource: _____

LOTTERY/GAMING WINNINGS – Attach Verification

Date Money Received: _____ Amount Received: _____ Name of Winner: _____

HOUSEHOLD MEMBER CHANGES

PENALTY WARNING: *A Social Security Number (SSN) must be provided or applied for each person for whom assistance is requested per the Food and Nutrition Act of 2008. SSNs will be verified and used for Federal and State data matches, including but not limited to, Social Security, Internal Revenue Service, VA, MS Department of Employment Security, resource/income verifications, program disqualifications, and for collection of fraud debts. State and federal laws provide for fines, imprisonment or both for any person guilty of obtaining assistance to which he/she is not entitled by willfully withholding or giving false information. Information may be verified through collateral contacts when discrepancies are found. Alien status is subject to verification with United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) and will require submission of certain information from this application to USCIS. Only US citizens and qualified aliens are eligible for SNAP benefits. Any non-citizens or non-qualified aliens may be left out of your case. Such persons will not be reported to the Immigration and Customs Enforcement agency. Non-citizens included in your case will have eligibility determined under SNAP rules. The income and resources of all persons in your household will be considered in determining eligibility for persons included in your case.

Name (Last, First)	Moved		Relationship to Head of Household	Social Security Number *SEE DISCUSSION ABOVE	Date of Birth	Age	Sex	**Optional		US Citizen Y or N
	In	Out						Hispanic Y or N	*** Race Choose one or more	

**Information pertaining to Ethnicity and Race is not required and will not be used in determining your eligibility or benefit level. This information will be used to determine how effective the program is in reaching the eligible population.

*** Race Codes **AL** – American Indian/Alaska Native; **AS**-Asian; **BL**-Black or African American; **HP**-Hawaiian or Other Pacific Islander; **WH**-White; **OT**-Other

ADD A HOUSEHOLD MEMBER – For each child whose mother and/or father is absent from the home, enter the information below:

Child's Name	Absent Parent's Name	Absent Parent's Address	Absent Parent's SSN	Absent Parent's		
				DOB	Race	Sex

By signing and dating this form, I am giving consent for the attendance records of the children identified on this application to be disclosed by the Mississippi Department of Education to the Mississippi Department of Human Services for use by the Department of Human Services to determine compliance with school attendance requirements of the Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program. I certify that each person included in my household is a U.S. citizen or alien in lawful immigration status and that the information provided is true to the best of my knowledge. I give permission for the Department of Human Services to make a full review of my case and any necessary contacts to verify my statements. I know that I could be penalized if I knowingly give false information. I certify that I received the Rights and Responsibilities handout from this agency.

 Signature of Applicant/Person Reporting the Change

 Date

 ** Signature of Second Parent in TANF

 Date

 Signature of Witness, if Signed by Mark

 Date

****The signature of the
 TANF Payee and the
 Second Parent (if
 applicable) is required to
 add a household member
 to the TANF case.**



TANF PROTECTIVE PAYEE

Name _____ SSN _____ Date of Birth _____ Phone _____
Address _____ City _____ Zip _____
Signed by _____ Date _____

CRIMINAL HISTORY

Have you or any member of your household been convicted of any of the following after 02/07/14 (select all that apply):
 aggravated sexual abuse
 sexual exploitation and other abuse of children
 sexual assault
 murder
Name of Person who was Convicted: _____

Notes: _____

VOTER REGISTRATION

If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today? Yes No

If you do not check a 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. If you decline to register to vote, this fact will remain confidential. If you do register to vote, the office where your application was submitted will be kept confidential, and it 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.

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: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

USDA NONDISCRIMINATION STATEMENT

This institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex and in some cases religion or political beliefs.
The U.S. Department of Agriculture also prohibits discrimination based on race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.
Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027), found online at: http://www.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

For any other information dealing with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) issues, persons should either contact the USDA SNAP Hotline Number at (800) 221-5689, which is also in Spanish or call the [State Information/Hotline Numbers](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm) (click the link for a listing of hotline numbers by State); found online at: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

To file a complaint of discrimination regarding a program receiving Federal financial assistance through the U.S. Department of Health and Human Services (HHS), write: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or (800) 537-7697 (TTY).

This institution is an equal opportunity provider.

FORMULARIO DE INFORME DE CAMBIOS

Nombre: _____ Número de caso: _____ Número de contacto: _____

NUEVA DIRECCIÓN/CAMBIO DE NÚMERO TELEFÓNICO

Dirección residencial: _____ Condado: _____

Dirección postal: _____

Número de teléfono móvil: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono fijo: _____

CAMBIO EN LOS GASTOS: adjuntar verificación

Renta/Hipoteca \$ _____ Renta de terreno \$ _____

Si se paga por separado de su hipoteca: Seguro del hogar \$ _____ Impuestos de la propiedad \$ _____

El gasto ha comenzado finalizado cambiado Fecha del cambio: ____/____/____

¿Cón qué frecuencia se factura? Diaria Semanal Quincenal Semimensual Mensual

Nombre de la persona que paga el gasto: _____

¿Paga un gasto de calefacción o aire acondicionado? Sí No

Si no se le factura un gasto de calefacción o aire acondicionado, indique los importes que se le facturan, si corresponde, por lo siguiente:
Electricidad \$ _____ Gas \$ _____ Agua \$ _____ Teléfono \$ _____ Basura \$ _____ Otros \$ _____

Nombre de la persona que paga el gasto: _____

Médico \$ _____ **(el miembro del hogar debe tener 60 años o más o estar discapacitado para reclamar gastos médicos de bolsillo).**

Medicamentos Médico/odontólogo Facturas del hospital Cuidado de enfermería Prima de Medicare Transporte

Equipos/Suministros médicos Lentes/lentes de contacto Otros gastos médicos _____

El gasto ha comenzado finalizado cambiado Fecha del cambio: ____/____/____

¿Cón qué frecuencia se factura? Diaria Semanal Quincenal Semimensual Mensual

Nombre de la persona que paga el gasto: _____

Manutención de hijos \$ _____ **(debe ser ordenada por un tribunal y pagada a alguien que vive fuera del hogar).**

El gasto ha comenzado finalizado cambiado Fecha del cambio: ____/____/____

¿Cón qué frecuencia se factura? Diaria Semanal Quincenal Semimensual Mensual

Nombre de la persona que paga el gasto: _____

Manutención infantil \$ _____

El gasto ha comenzado finalizado cambiado Fecha del cambio: ____/____/____

¿Cón qué frecuencia se factura? Diaria Semanal Quincenal Semimensual Mensual

Nombre de la persona que paga el gasto: _____

Otros \$ _____

El gasto ha comenzado finalizado cambiado Fecha del cambio: ____/____/____

¿Cón qué frecuencia se factura? Diaria Semanal Quincenal Semimensual Mensual

Nombre de la persona que paga el gasto: _____

CAMBIO EN LOS INGRESOS: adjuntar verificación

Nombre de la persona que recibe cambios en los ingresos: _____

Tipo de ingreso	Ingreso	Frecuencia con que se recibe	Salario bruto nuevo por período de pago
ELIJA SOLO UNA OPCIÓN <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Regalo en efectivo <input type="checkbox"/> Otros _____	ELIJA SOLO UNA OPCIÓN <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Finalización <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Disminución <input type="checkbox"/> Renuncia Fecha del cambio: _____	ELIJA SOLO UNA OPCIÓN <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semimensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	Importe \$ _____
			Horas de trabajo semanales _____
Nombre de la persona que recibe cambios en los ingresos: _____			
ELIJA SOLO UNA OPCIÓN <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Regalo en efectivo <input type="checkbox"/> Otros _____	ELIJA SOLO UNA OPCIÓN <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Finalización <input type="checkbox"/> Aumento <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Disminución <input type="checkbox"/> Renuncia Fecha del cambio: _____	ELIJA SOLO UNA OPCIÓN <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semimensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual	Importe \$ _____
			Horas de trabajo semanales _____

CAMBIO EN LOS RECURSOS: adjuntar verificación

Efectivo \$ _____ Acciones \$ _____ Bonos \$ _____
 Cuentas bancarias \$ _____ Otros \$ _____
 Nombre del dueño del recurso: _____

GANANCIAS DE LOTERÍA/JUEGOS: adjuntar verificación

Fecha de recepción del dinero: _____ Importe recibido: _____ Nombre del ganador: _____

CAMBIOS EN LOS MIEMBROS DEL HOGAR

ADVERTENCIA SOBRE PENALIDADES: * Se debe proporcionar o solicitar un Número de Seguro Social (SSN) para cada persona para la que se solicita asistencia en virtud de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008. Los SSN se verificarán y se utilizarán para generar correspondencias de datos federales y estatales, que incluyen, entre otros, Seguridad Social, Servicio de Impuestos Internos, Asuntos de Veteranos, Departamento de Seguridad de Empleo de Mississippi, verificaciones de recursos o ingresos, descalificaciones del programa, y para el cobro de deudas por fraude. Las leyes estatales y federales prevén multas, encarcelamiento o ambos para cualquier persona culpable de obtener asistencia para la cual no tiene derecho mediante la retención deliberada de información o la provisión de información falsa. La información se puede verificar a través de contactos colaterales cuando se encuentren discrepancias. El estado de extranjero está sujeto a verificación con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (States Citizenship and Immigration Services, USCIS) y requerirá el envío de cierta información de esta solicitud al USCIS. HO los ciudadanos estadounidenses y extranjeros calificados son elegibles para recibir beneficios de SNAP. Cualquier extranjero que no sea ciudadano o no califique puede excluirse de su caso. No se denunciará a dichas personas ante la Agencia de Inmigración y Control de Aduanas (Immigration and Customs Enforcement, ICE). La elegibilidad de los no ciudadanos incluidos en su caso se determinará en virtud de las reglamentaciones de SNAP. Se considerarán los ingresos y recursos de todas las personas en su hogar para determinar la elegibilidad de las personas incluidas en su caso.

Nombre (de pila, apellido)	Mudanza		Relación con el jefe del hogar	Número de seguridad social * VEA LA EXPLICACIÓN ANTERIOR	Fecha de nacimiento :	Edad	Sexo	** Opcional		Ciudadano de los Estados Unidos Sí o No
	Dentro	Fuera						Raza Sí o No	*** Raza Elija una o más	

** La información relacionada con el origen étnico y la raza no es obligatoria y no se utilizará para determinar su elegibilidad o nivel de beneficio. Esta información se utilizará para determinar qué tan efectivo es el programa para llegar a la población elegible.

*** Códigos de raza **AL:** nativo americano/nativo de Alaska; **AS:** asiático; **BL:** negro o afroamericano; **HP:** hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico; **WH:** blanco; **OT:** otro

AGREGUE UN MIEMBRO DEL HOGAR: para cada niño cuyo progenitor, sea madre o padre, esté ausente de la casa, ingrese la siguiente información:

Nombre del niño o la niña	Nombre del progenitor ausente	Dirección del progenitor ausente	SSN del progenitor ausente	Fecha de nacimiento		
				del progenitor ausente	Raza	Sexo

Al firmar y fechar este formulario, doy mi consentimiento para que los registros de asistencia de los niños identificados en esta solicitud sean divulgados por el Departamento de Educación de Mississippi al Departamento de Servicios Humanos de Mississippi para uso del Departamento de Servicios Humanos a fin de determinar el cumplimiento de requisitos de asistencia escolar del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). Certifico que cada individuo incluido en mi hogar es ciudadano de los EE. UU. o es extranjero en estado migratorio legal y que la información provista es verdadera a mi leal saber y entender. Doy permiso para que el Departamento de Servicios Humanos realice una revisión completa de mi caso y cualquier contacto necesario para verificar mis declaraciones. Sé que podría recibir sanciones si doy información falsa intencionalmente. Certifico que recibí el folleto de Derechos y Responsabilidades de esta agencia.

 Firma del solicitante/persona que informa el cambio

 Fecha

 ** Firma del segundo progenitor en TANF

 Fecha

**** Se requiere la firma del beneficiario de TANF y el segundo progenitor (si corresponde) para agregar un miembro del hogar al**

 Firma del testigo si se firma con una marca

 Fecha MS-MDHS-21-0344-B-00126

BENEFICIARIO PROTECTOR DE TANF

Nombre _____ SSN _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____
Firmado por _____ Fecha _____

ANTECEDENTES PENALES

¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por alguno de los siguientes delitos después del 02/07/2014? (seleccione todos los que correspondan):

- abuso sexual agravado, explotación sexual y otros abusos de niños
 agresión sexual homicidio

Nombre del dueño del recurso: _____

Notas: _____

REGISTRO PARA VOTAR

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse aquí hoy? Sí No

Si no marca una casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento. Su solicitud de registro o rechazo del registro para votar no afectará el importe de asistencia que le brindará esta agencia. Si se niega a registrarse para votar, este hecho será confidencial. Si se registra para votar, la oficina donde presentó su solicitud se mantendrá confidencial y se utilizará solo para fines de registro de votantes.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro del votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si se registra o solicita registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante: Secretario de Estado de Mississippi, División Electoral, P. O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN DEL USDA

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas y las represalias por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para acceder a la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con dificultades auditivas o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el [Formulario de queja por discriminación en un programa del USDA](#) (AD-3027), que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA donde proporcione toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992.

Envíe su carta o formulario completo al USDA por:

- (1) correo: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener cualquier otra información relacionada con problemas con el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP), las personas deben comunicarse con el número de la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a [los números de información/línea directa del estado](#) (haga clic en el enlace para visualizar una lista de números de línea directa por estado); puede encontrarlos en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja de discriminación en relación con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EE. UU., escriba a: Director del HHS, Oficina de Derechos Civiles, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o por teléfono al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

BIỂU MẪU BÁO CÁO THAY ĐỔI

Họ Tên: _____ Mã Số Trường Hợp: _____ Số Liên Lạc: _____

THAY ĐỔI ĐỊA CHỈ/SỐ ĐIỆN THOẠI MỚI

Địa Chỉ Nhà Riêng: _____	Quận: _____
Địa Chỉ Nhận Thư: _____	
Số Điện Thoại Di Động: _____	Địa Chỉ Email: _____
Số Điện Thoại Nhà Riêng: _____	

THAY ĐỔI CHI PHÍ – Đính Kèm Bằng Chứng Xác Minh

Tiền Thuê/Thế Chấp Nhà \$ _____ Tiền Thuê Lô Đất \$ _____
Nếu thanh toán riêng rẽ với khoản thế chấp của quý vị: Bảo Hiểm Nhà Cửa \$ _____ Thuế Bất Động Sản \$ _____
Chi phí đó: Đã bắt đầu Đã dừng Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____
Tần suất thanh toán: Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng
Tên Người Thanh Toán Chi Phí: _____

Quý vị có thanh toán chi phí sưởi ấm và/hoặc làm mát không? Có Không
Nếu quý vị không phải thanh toán chi phí sưởi ấm và/hoặc làm mát, hãy liệt kê những khoản tiền quý vị phải thanh toán, nếu có, cho những tiện ích sau:
Điện \$ _____ Ga \$ _____ Nước \$ _____ Điện Thoại \$ _____ Rác \$ _____ Tiện Ích Khác \$ _____
Tên Người Thanh Toán Chi Phí: _____

Y Tế \$ _____ (Thành viên trong hộ gia đình phải từ 60 tuổi trở lên hoặc có khuyết tật mới được yêu cầu thanh toán chi phí y tế tự trả.)

Thuốc Nội Khoa/Nha Khoa Hóa Đơn Bệnh Viện Chăm Sóc Điều Dưỡng Phí Bảo Hiểm Medicare Đi Lại
 Vật Tư/Thiết Bị Y Tế Kính Mắt/Kính Áp Tròng Chi Phí Y Tế Khác _____
Chi phí đó: Đã bắt đầu Đã dừng Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____
Tần suất thanh toán: Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng
Tên Người Thanh Toán Chi Phí: _____

Cấp Dưỡng Nuôi Con \$ _____ (Phải theo lệnh của tòa án và thanh toán ngoài hộ gia đình.)

Chi phí đó: Đã bắt đầu Đã dừng Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____
Tần suất thanh toán: Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng
Tên Người Thanh Toán Chi Phí: _____

Chăm Sóc Con Cái \$ _____

Chi phí đó: Đã bắt đầu Đã dừng Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____
Tần suất thanh toán: Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng
Tên Người Thanh Toán Chi Phí: _____

Chi Phí Khác _____ \$ _____

Chi phí đó: Đã bắt đầu Đã dừng Đã thay đổi Ngày thay đổi: ____/____/____
Tần suất thanh toán: Hàng ngày Hàng tuần Hai tuần một lần Hai lần một tháng Hàng tháng
Tên Người Thanh Toán Chi Phí: _____

THAY ĐỔI THU NHẬP – Đính Kèm Bằng Chứng Xác Minh

Tên Người Nhận Thu Nhập Thay Đổi: _____

Loại Thu Nhập	Thu Nhập	Tần Suất Nhận	Tổng Thu Nhập Gộp Mới Mỗi Kỳ Thanh Toán
CHỈ ĐÁNH DẤU MỘT Ô <input type="checkbox"/> Việc Làm <input type="checkbox"/> Lương Hưu <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Thất Nghiệp <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Khuyết Tật <input type="checkbox"/> Cấp Dưỡng Nuôi Con <input type="checkbox"/> Quà Tặng Bằng Tiền Mặt <input type="checkbox"/> Thu Nhập Khác _____	CHỈ ĐÁNH DẤU MỘT Ô <input type="checkbox"/> Mới <input type="checkbox"/> Đã dừng <input type="checkbox"/> Tăng <input type="checkbox"/> Bị sa thải <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Bỏ việc Ngày thay đổi: _____	CHỈ ĐÁNH DẤU MỘT Ô <input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hai lần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng	Số Tiền \$ _____
			Số giờ làm việc mỗi tuần _____

Tên Người Nhận Thu Nhập Thay Đổi: _____

CHỈ ĐÁNH DẤU MỘT Ô <input type="checkbox"/> Việc Làm <input type="checkbox"/> Lương Hưu <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Thất Nghiệp <input type="checkbox"/> Trợ Cấp Khuyết Tật <input type="checkbox"/> Cấp Dưỡng Nuôi Con <input type="checkbox"/> Quà Tặng Bằng Tiền Mặt <input type="checkbox"/> Thu Nhập Khác _____	CHỈ ĐÁNH DẤU MỘT Ô <input type="checkbox"/> Mới <input type="checkbox"/> Đã dừng <input type="checkbox"/> Tăng <input type="checkbox"/> Bị sa thải <input type="checkbox"/> Giảm <input type="checkbox"/> Bỏ việc Ngày thay đổi: _____	CHỈ ĐÁNH DẤU MỘT Ô <input type="checkbox"/> Hàng ngày <input type="checkbox"/> Hai lần <input type="checkbox"/> Hai tuần một lần <input type="checkbox"/> một tháng <input type="checkbox"/> Hàng tuần <input type="checkbox"/> Hàng tháng	Số Tiền \$ _____
			Số giờ làm việc mỗi tuần _____

THAY ĐỔI NGUỒN LỰC – Đính Kèm Bằng Chứng Xác Minh

Tiền Mặt \$ _____ Cổ Phiếu \$ _____ Trái Phiếu \$ _____
 Tài Khoản Ngân Hàng \$ _____ Nguồn Lực Khác \$ _____

Tên Người Sở Hữu Nguồn Lực: _____

TRÚNG XỔ SỐ/THẮNG BẠC – Đính Kèm Bằng Chứng Xác Minh

Ngày Nhận Tiền: _____ Số Tiền Đã Nhận: _____ Tên Người Thắng Cuộc: _____

THAY ĐỔI THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH

CẢNH BÁO VỀ HÌNH PHẠT: *Theo Đạo Luật Thực Phẩm và Dinh Dưỡng năm 2008, phải cung cấp hoặc áp dụng một số An Sinh Xã Hội (Social Security Number, SSN) cho từng người yêu cầu trợ cấp. Chúng tôi sẽ xác minh và sử dụng SSN để khớp với dữ liệu của Liên Bang và Tiểu Bang, bao gồm nhưng không chỉ gồm An Sinh Xã Hội, Sở Thuế Vụ, Sở Cựu Chiến Binh (Veteran Affairs, VA), Sở Bảo Đảm Việc Làm MS, xác minh nguồn lực/thu nhập, các điều kiện mất tư cách tham gia chương trình và để thu các khoản nợ gian lận. Luật tiểu bang và liên bang quy định về tiền phạt, phạt tù hoặc cả hai đối với bất kỳ người nào xin trợ cấp mà người đó không có quyền được hưởng bằng cách cố ý không cung cấp thông tin hoặc cung cấp thông tin sai sự thật. Chúng tôi có thể xác minh thông tin thông qua các nguồn thông tin đáng tin cậy về quý vị khi phát hiện có sai lệch. Chúng tôi sẽ xác minh tình trạng người nước ngoài với Sở Nhập Tịch và Di Trú Hoa Kỳ (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) và sẽ cần gửi một số thông tin cụ thể từ đơn đăng ký này tới USCIS. Chỉ có công dân Mỹ và người nước ngoài đủ tiêu chuẩn mới hội đủ điều kiện hưởng các phúc lợi Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP). Bất kỳ người nào không phải là công dân hoặc là người nước ngoài không đủ tiêu chuẩn sẽ bị loại khỏi trường hợp của quý vị. Chúng tôi sẽ không báo cáo những người đó cho Sở Di Trú và Hải Quan. Những người không phải công dân trong trường hợp của quý vị sẽ được xác định có hội đủ điều kiện hay không theo các quy tắc của SNAP. Thu nhập và nguồn lực của tất cả mọi người trong hộ gia đình quý vị sẽ được xem xét để xác định những người trong trường hợp của quý vị có hội đủ điều kiện hay không.

Họ Tên (Họ, Tên)	Đã Chuyển		Quan Hệ với Chủ Hộ	Số An Sinh Xã Hội *XEM THẢO LUẬN TRÊN ĐÂY	Ngày Sinh	Tuổi	Giới Tính	**Không bắt buộc		Công Dân Hoa Kỳ Có hoặc Không
	Vào	Ra						Tây Ban Nha Có hoặc Không	***Chủng Tộc Chọn một hoặc nhiều	

**Thông tin liên quan đến Dân Tộc và Chủng Tộc là không bắt buộc và sẽ không được sử dụng để xác định quý vị có hội đủ điều kiện hay không hoặc mức độ phúc lợi của quý vị. Những thông tin này sẽ được sử dụng để xác định hiệu quả của chương trình trong việc tiếp cận nhóm đối tượng hội đủ điều kiện.

*** Mã Chủng Tộc **AL** – Người Thổ Dân Da Đỏ/Người Bản Địa Alaska; **AS**-Người Châu Á; **BL**-Người Da Đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi; **HP**-Người Hawaii hoặc Người Dân Đảo Thái Bình Dương Khác; **WH**-Người Da Trắng; **OT**-Chủng Tộc Khác

THÊM THÀNH VIÊN TRONG HỘ GIA ĐÌNH – Đối với mỗi trẻ có mẹ và/hoặc cha không ở nhà, hãy điền các thông tin dưới đây:

Tên của Trẻ	Tên của Cha/Mẹ Không Ở Nhà	Địa Chỉ của Cha/Mẹ Không Ở Nhà	SSN của Cha/Mẹ Không Ở Nhà	Ngày Sinh của		
				Cha/Mẹ Không Ở Nhà	Chủng Tộc	Giới Tính

Khi ký tên và ghi ngày vào biểu mẫu này, tôi đồng ý cho phép Sở Giáo Dục Mississippi tiết lộ hồ sơ chuyên cần của những trẻ được nêu trong đơn đăng ký này cho Sở Dịch Vụ Nhân Sinh Mississippi để Sở Dịch Vụ Nhân Sinh sử dụng nhằm xác định tình hình tuân thủ các yêu cầu đi học chuyên cần của Chương Trình Hỗ Trợ Tạm Thời cho Hộ Nghèo (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). Tôi xác nhận rằng tất cả mọi người trong hộ gia đình của tôi đều là công dân Hoa Kỳ hoặc người nước ngoài có tình trạng nhập cư hợp pháp và những thông tin được cung cấp là đúng theo tất cả những gì tôi biết. Tôi cho phép Sở Dịch Vụ Nhân Sinh tiến hành đánh giá đầy đủ về trường hợp của tôi và liên lạc với bất kỳ người nào cần thiết để xác minh các tuyên bố của tôi. Tôi biết rằng tôi có thể bị phạt nếu cố ý cung cấp thông tin sai sự thật. Tôi xác nhận là đã nhận được tờ rơi về Các Quyền và Trách Nhiệm từ cơ quan này.

Chữ Ký của Người Nộp Đơn/Người Thông Báo Thay Đổi

Ngày

** Chữ Ký của Phụ Huynh Thứ Hai trong TANF

Ngày

Chữ Ký của Người Làm Chứng, nếu Ký bằng cách Đánh Dấu

Ngày

****Bắt buộc phải có chữ ký của Người Thụ Hưởng TANF và Phụ Huynh Thứ Hai (nếu có) để thêm một thành viên trong hộ gia đình cho trường hợp TANF.**

NGƯỜI THỤ HƯỞNG BẢO VỆ TANF

Họ Tên _____ SSN _____ Ngày Sinh _____ Điện Thoại _____
Địa Chỉ _____ Thành Phố _____ Mã Zip _____
Người Ký _____ Ngày _____

LÝ LỊCH TƯ PHÁP

Quý vị hoặc bất kỳ thành viên nào trong hộ gia đình quý vị có từng bị kết án bất kỳ tội nào sau đây sau ngày 07/02/2014 không (chọn tất cả các ô thích hợp):

- lạm dụng tình dục nghiêm trọng bóc lột tình dục và lạm dụng khác đối với trẻ em
 tấn công tình dục giết người

Tên Người bị Kết Án: _____

Lưu Ý: _____

GHI DANH CỬ TRI

Nếu quý vị chưa ghi danh bỏ phiếu tại nơi đang sinh sống, quý vị có muốn đăng ký ghi danh bỏ phiếu tại đây ngay hôm nay không? Có Không

Nếu không đánh dấu ô nào, quý vị sẽ được coi là đã quyết định không ghi danh bỏ phiếu tại thời điểm này. Việc đăng ký ghi danh hoặc từ chối ghi danh bỏ phiếu sẽ không ảnh hưởng đến số tiền trợ cấp mà cơ quan này cấp cho quý vị. Nếu quý vị từ chối ghi danh bỏ phiếu, quyết định đó của quý vị sẽ được giữ kín. Nếu quý vị ghi danh bỏ phiếu, văn phòng nơi quý vị gửi đơn đăng ký sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích ghi danh cử tri.

Nếu quý vị muốn được giúp đỡ điền biểu mẫu đăng ký ghi danh cử tri, chúng tôi sẽ trợ giúp quý vị. Quý vị có quyền quyết định có nhờ hoặc chấp nhận sự giúp đỡ hay không. Quý vị có thể điền biểu mẫu đăng ký một cách bí mật.

Nếu quý vị tin rằng đã có người cản trở quyền ghi danh hoặc từ chối ghi danh bỏ phiếu, quyền riêng tư để quyết định có ghi danh hoặc nộp đơn đăng ký ghi danh bỏ phiếu hay không hoặc quyền chọn đảng chính trị riêng hay ưu tiên chính trị khác của quý vị, thì quý vị có thể nộp đơn khiếu nại tới: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

TUYÊN BỐ KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ CỦA BỘ NÔNG NGHIỆP HOA KỲ (UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE, USDA)

Tổ chức này bị cấm phân biệt đối xử dựa trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, khuyết tật, tuổi tác, giới tính và tôn giáo hay quan điểm chính trị trong một số trường hợp.

Bộ Nông Nghiệp Hoa Kỳ cũng cấm phân biệt đối xử dựa trên cơ sở chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, giới tính, tín ngưỡng tôn giáo, khuyết tật, tuổi tác, quan điểm chính trị hoặc trả thù hay trả đũa cho hoạt động dân quyền trước đó trong bất kỳ chương trình hoặc hoạt động nào do USDA tiến hành hoặc tài trợ.

Người khuyết tật cần các biện pháp liên lạc khác để biết về thông tin chương trình (ví dụ như chữ nổi Braille, chữ khổ lớn, băng ghi âm, Ngôn Ngữ Ký Hiệu Hoa Kỳ, v.v.) nên liên hệ với Cơ Quan (Tiểu Bang hoặc địa phương) nơi họ nộp đơn xin phúc lợi. Những người khiếm thính, lãng tai hoặc có khuyết tật về âm ngữ có thể liên lạc với USDA qua Dịch Vụ Chuyển Tiếp Liên Bang theo số (800) 877-8339. Ngoài ra, có thể có sẵn thông tin về chương trình bằng các ngôn ngữ khác ngoài Tiếng Anh.

Để nộp đơn khiếu nại chương trình phân biệt đối xử, hãy điền [Biểu Mẫu Khiếu Nại Chương Trình USDA Phân Biệt Đối Xử \(AD-3027\)](#), trực tuyến tại địa chỉ: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html và tại bất kỳ văn phòng USDA nào hoặc viết một bức thư gửi tới USDA, trong đó cung cấp toàn bộ thông tin bắt buộc trong biểu mẫu. Để yêu cầu một bản sao của biểu mẫu khiếu nại, hãy gọi số (866) 632-9992. Gửi biểu mẫu đã điền hoặc thư của quý vị tới USDA qua:

- (1) thư: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442 hoặc
- (3) email: program.intake@usda.gov.

Để biết bất kỳ thông tin nào khác về các vấn đề của Chương Trình Hỗ Trợ Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP), mọi người nên liên hệ theo Số Đường Dây Nóng SNAP của USDA (800) 221-5689 có dịch vụ bằng tiếng Tây Ban Nha hoặc gọi tới [Số Đường Dây Nóng/Cung Cấp Thông Tin của Tiểu Bang](#) (nhấp vào liên kết để biết danh sách các số đường dây nóng của Tiểu bang); có trên mạng tại: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Để nộp đơn khiếu nại phân biệt đối xử liên quan đến một chương trình nhận hỗ trợ tài chính Liên Bang thông qua Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh (Health and Human Services, HHS) Hoa Kỳ, hãy gửi thư tới: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 hoặc gọi số (202) 619-0403 (thoại) hoặc (800) 537-7697 (TTY).

Tổ chức này là nhà cung cấp cơ hội bình đẳng.

MS-MDHS-21-0341-B-000133

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR DECEMBER 2019

01/01/20 14:45:18

FULL SERVICE OFFICE	*N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
-----------------------	---	---	-------

010	ADAMS COUNTY DHS	107 191 1 9 289 1	299
020	ALCORN COUNTY DHS	115 160 0 6 251 18	275
030	AMITE COUNTY DHS	21 71 1 5 88 0	93
040	ATTALA COUNTY DHS	67 133 0 4 196 0	200
050	BENTON COUNTY DHS	21 55 0 8 68 0	76
060	EAST BOLIVAR COUNTY DHS	110 311 0 8 395 18	421
070	CALHOUN COUNTY DHS	44 73 0 1 116 0	117
080	CARROLL COUNTY DHS	18 22 0 0 40 0	40
090	EAST CHICKASAW COUNTY DHS	65 93 0 0 158 0	158
100	CHOCTAW COUNTY DHS	25 48 0 2 71 0	73
110	CLAIBORNE COUNTY DHS	46 142 0 3 182 3	188
120	CLARKE COUNTY DHS	73 90 0 7 156 0	163
130	CLAY COUNTY DHS	97 196 0 10 283 0	293
140	COAHOMA COUNTY DHS	153 371 0 4 516 4	524
150	COPIAH COUNTY DHS	152 250 0 11 391 0	402
160	COVINGTON COUNTY DHS	93 136 0 7 222 0	229
170	DESOTO COUNTY DHS	427 593 0 51 937 32	1020
180	FORREST COUNTY DHS	394 613 0 5 816 186	1007
190	FRANKLIN COUNTY DHS	24 50 0 1 73 0	74
200	GEORGE COUNTY DHS	110 120 0 9 197	329



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR DECEMBER 2019

01/01/20 14:45:18

FULL SERVICE OFFICE	*N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
210 GREENE COUNTY DHS	70 46 0	0 108 8	116
220 GRENADA COUNTY DHS	88 132 2	20 202 0	222
230 HANCOCK COUNTY DHS	211 197 0	41 364 3	408
240 HARRISON COUNTY DHS	1430 1584 0	155 2853 6	3014
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	1181 1848 1	130 2730 170	3030
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	33 58 0	6 83 2	91
260 HOLMES COUNTY DHS	85 184 0	14 255 0	269
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	77 178 6	3 257 1	261
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	4 6 0	0 10 0	10
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	56 64 0	3 117 0	120
300 JACKSON COUNTY DHS	719 700 0	61 1355 3	1419
310 JASPER COUNTY DHS	59 116 0	0 175 0	175
320 JEFFERSON COUNTY DHS	50 91 0	1 128 12	141
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	54 92 0	4 142 0	146
340 JONES COUNTY DHS	286 338 1	18 603 4	625
350 KEMPER COUNTY DHS	23 61 1	2 83 0	85
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	121 111 0	13 219 0	232
370 LAMAR COUNTY DHS	246 198 0	3 433 8	444
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	308 457 0	50 715 0	765
390 LAWRENCE COUNTY DHS	71 74 0	1 144	145

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR DECEMBER 2019

01/01/20 14:45:19

*F U L L S E R V I C E O F F I C E *	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
400 LEAKE COUNTY DHS	59 105 4	4 163 1	168
410 LEE COUNTY DHS	251 315 0	33 531 2	566
420 LEFLORE COUNTY DHS	131 410 2	11 509 23	543
430 LINCOLN COUNTY DHS	186 192 0	15 360 3	378
440 LOWNDES COUNTY DHS	213 446 0	45 614 0	659
450 MADISON COUNTY DHS	249 332 0	12 569 0	581
460 MARION COUNTY DHS	122 205 0	0 327 0	327
470 MARSHALL COUNTY DHS	84 136 0	5 215 0	220
480 MONROE COUNTY DHS	90 193 0	5 278 0	283
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	27 67 0	1 86 7	94
500 NESHOPA COUNTY DHS	97 251 1	12 337 0	349
510 NEWTON COUNTY DHS	70 109 0	9 170 0	179
520 NOXUBEE COUNTY DHS	52 131 0	0 181 2	183
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	158 246 0	25 378 1	404
540 PANOLA COUNTY DHS	108 265 0	11 362 0	373
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	224 318 0	15 520 7	542
560 PERRY COUNTY DHS	65 86 0	1 150 0	151
570 PIKE COUNTY DHS	179 319 0	39 456 3	498
580 PONTOTOC COUNTY DHS	105 121 0	4 222 0	226
590 PRENTISS COUNTY DHS	60 87 0	0 147 0	147

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR DECEMBER 2019

01/01/20 14:45:20

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
600 QUITMAN COUNTY DHS	30 64 0	7 87 0	94
610 RANKIN COUNTY DHS	305 342 0	19 628 0	647
620 SCOTT COUNTY DHS	127 132 0	9 250 0	259
630 SHARKEY COUNTY DHS	26 69 0	0 95 0	95
640 SIMPSON COUNTY DHS	101 161 0	11 251 0	262
650 SMITH COUNTY DHS	39 50 0	1 88 0	89
660 STONE COUNTY DHS	88 101 0	14 146 29	189
670 SUNFLOWER COUNTY DHS- I	90 264 0	4 350 0	354
671 SUNFLOWER COUNTY DHS- R	44 85 0	1 127 1	129
680 TALLAHATCHIE COUNTY DHS	41 93 1	0 135 0	135
690 TATE COUNTY DHS	58 120 0	7 171 0	178
700 TIPPAAH COUNTY DHS	49 74 0	4 116 3	123
710 TISHOMINGO COUNTY DHS	52 42 0	2 92 0	94
720 TUNICA COUNTY DHS	66 133 0	13 186 0	199
730 UNION COUNTY DHS	33 88 0	4 116 1	121
740 WALTHALL COUNTY DHS	35 79 0	2 112 0	114
750 WARREN COUNTY DHS	192 429 0	20 600 1	621
760 WASHINGTON COUNTY DHS	204 666 0	15 803 52	870
770 WAYNE COUNTY DHS	119 221 1	8 333 0	341
780 WEBSTER COUNTY DHS	26 80 1	1 106 0	107

MS-MDHS-21-0341-B-000137

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	24 98 0	0 122 0	122
800 WINSTON COUNTY DHS	81 138 0	9 210 0	219
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	39 118 0	0 157 0	157
820 YAZOO COUNTY DHS	152 295 0	0 447 0	447
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	34 59 0	4 89 0	93
860 MSCAP UNIT	54 64 0	3 111 4	118
861 ESAP UNIT	342 310 0	16 606 30	652
862 KLLM UNIT	15 0 0	1 12 2	15
STATEWIDE TOTALS	12330 18962 23	1098 29542 675	31315

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR DECEMBER 2020

01/01/21 14:21:33

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
010 ADAMS COUNTY DHS	190 251 0	3 437 1	441
020 ALCORN COUNTY DHS	197 210 0	2 386 19	407
030 AMITE COUNTY DHS	34 103 0	0 137 0	137
040 ATTALA COUNTY DHS	100 172 0	4 268 0	272
050 BENTON COUNTY DHS	43 41 0	1 83 0	84
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	245 341 1	6 299 282	587
070 CALHOUN COUNTY DHS	77 78 0	4 151 0	155
080 CARROLL COUNTY DHS	28 33 0	2 59 0	61
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	106 122 0	15 213 0	228
100 CHOCTAW COUNTY DHS	51 24 0	1 74 0	75
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	63 140 0	1 202 0	203
120 CLARKE COUNTY DHS	129 166 0	6 267 22	295
130 CLAY COUNTY DHS	191 179 0	17 353 0	370
140 COAHOMA COUNTY DHS	244 393 0	5 631 1	637
150 COPIAH COUNTY DHS	175 286 0	8 453 0	461
160 COVINGTON COUNTY DHS	170 198 0	12 356 0	368
170 DESOTO COUNTY DHS	833 704 0	31 1473 33	1537
180 FORREST COUNTY DHS	710 598 0	17 1264 27	1308
190 FRANKLIN COUNTY DHS	47 50 1	1 97 0	98
200 GEORGE COUNTY DHS	221 145 1	16 300	367



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR DECEMBER 2020

01/01/21 14:21:33

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
210 GREENE COUNTY DHS	61 94 0	0 155 0	155
220 GRENADA COUNTY DHS	135 128 0	2 261 0	263
230 HANCOCK COUNTY DHS	323 223 0	17 528 1	546
240 HARRISON COUNTY DHS	1848 1750 0	92 3495 11	3598
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	2150 1792 0	130 3745 67	3942
260 HOLMES COUNTY DHS	130 188 0	2 314 2	318
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	97 212 1	1 309 0	310
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	10 12 0	0 22 0	22
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	154 114 0	4 264 0	268
300 JACKSON COUNTY DHS	1149 788 0	51 1810 76	1937
310 JASPER COUNTY DHS	101 162 0	1 262 0	263
320 JEFFERSON COUNTY DHS	82 103 0	0 107 78	185
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	87 92 0	8 171 0	179
340 JONES COUNTY DHS	442 406 0	16 823 9	848
350 KEMPER COUNTY DHS	57 97 0	0 153 1	154
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	247 164 0	4 404 3	411
370 LAMAR COUNTY DHS	482 223 0	2 702 1	705
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	496 634 0	34 1094 2	1130
390 LAWRENCE COUNTY DHS	79 103 0	0 182 0	182
400 LEAKE COUNTY DHS	118 132 2	3 249	252



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR DECEMBER 2020

01/01/21 14:21:34

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
410 LEE COUNTY DHS	487 315 2	42 762 0	804
420 LEFLORE COUNTY DHS	289 386 0	15 619 41	675
430 LINCOLN COUNTY DHS	215 280 0	7 477 11	495
440 LOWNDES COUNTY DHS	356 446 0	9 790 3	802
450 MADISON COUNTY DHS	409 407 0	4 809 3	816
460 MARION COUNTY DHS	251 221 0	0 472 0	472
470 MARSHALL COUNTY DHS	179 210 0	11 377 1	389
480 MONROE COUNTY DHS	177 228 0	22 382 1	405
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	53 73 0	1 123 2	126
500 NESHOPA COUNTY DHS	167 301 0	8 460 0	468
510 NEWTON COUNTY DHS	115 145 2	4 258 0	262
520 NOXUBEE COUNTY DHS	91 169 0	0 257 3	260
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	367 302 0	26 643 0	669
540 PANOLA COUNTY DHS	238 254 0	6 486 0	492
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	428 388 0	39 777 0	816
560 PERRY COUNTY DHS	87 66 0	0 153 0	153
570 PIKE COUNTY DHS	295 412 0	15 686 6	707
580 PONTOTOC COUNTY DHS	147 111 0	0 258 0	258
590 PRENTISS COUNTY DHS	75 70 1	1 144 1	146
600 QUITMAN COUNTY DHS	51 68 0	4 115	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR DECEMBER 2020

01/01/21 14:21:35

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
610 RANKIN COUNTY DHS	522 476 0	8 985 5	998
620 SCOTT COUNTY DHS	224 168 1	9 383 1	393
630 SHARKEY COUNTY DHS	38 103 0	0 141 0	141
640 SIMPSON COUNTY DHS	148 113 0	16 245 0	261
650 SMITH COUNTY DHS	76 76 0	4 148 0	152
660 STONE COUNTY DHS	93 133 0	17 147 62	226
670 SUNFLOWER COUNTY DHS- I	197 305 0	3 499 0	502
671 SUNFLOWER COUNTY DHS- R	63 136 0	0 199 0	199
680 TALLAHATCHIE COUNTY DHS	68 92 0	1 159 0	160
690 TATE COUNTY DHS	129 189 0	1 316 1	318
700 TIPPAH COUNTY DHS	110 55 0	0 165 0	165
710 TISHOMINGO COUNTY DHS	99 94 0	5 188 0	193
720 TUNICA COUNTY DHS	103 130 0	12 221 0	233
730 UNION COUNTY DHS	112 97 0	1 207 1	209
740 WALTHALL COUNTY DHS	98 99 0	1 196 0	197
750 WARREN COUNTY DHS	356 449 0	13 792 0	805
760 WASHINGTON COUNTY DHS	398 770 0	21 1083 64	1168
770 WAYNE COUNTY DHS	211 325 1	17 520 0	537
780 WEBSTER COUNTY DHS	68 88 2	0 158 0	158
790 WILKINSON COUNTY DHS	54 87 0	0 141 0	141



F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL	
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK	
800 WINSTON COUNTY DHS	126	167	0	293
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	60	106	0	166
820 YAZOO COUNTY DHS	220	286	1	507
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	36	89	0	125
860 MSCAP UNIT	65	78	0	143
861 ESAP UNIT	792	659	0	1451
STATEWIDE TOTALS	21045	21873	16	42934

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR FEBRUARY 2019

03/01/19 23:35:33

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
010 ADAMS COUNTY DHS	50 183 0	13 220 0	233
020 ALCORN COUNTY DHS	67 168 0	15 220 0	235
030 AMITE COUNTY DHS	23 71 1	7 88 0	95
040 ATTALA COUNTY DHS	46 157 0	2 201 0	203
050 BENTON COUNTY DHS	22 67 0	1 88 0	89
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	91 354 2	17 424 6	447
070 CALHOUN COUNTY DHS	27 89 0	1 115 0	116
080 CARROLL COUNTY DHS	11 37 0	1 47 0	48
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	46 100 0	4 142 0	146
100 CHOCTAW COUNTY DHS	17 63 0	5 75 0	80
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	53 135 0	4 109 75	188
120 CLARKE COUNTY DHS	50 206 0	12 244 0	256
130 CLAY COUNTY DHS	62 169 0	2 229 0	231
140 COAHOMA COUNTY DHS	77 413 0	5 477 8	490
150 COPIAH COUNTY DHS	101 245 0	8 338 0	346
160 COVINGTON COUNTY DHS	55 168 0	14 208 1	223
170 DESOTO COUNTY DHS	443 675 0	41 964 113	1118
180 FORREST COUNTY DHS	337 591 0	28 759 141	928
190 FRANKLIN COUNTY DHS	14 51 0	0 65 0	65
200 GEORGE COUNTY DHS	98 168 0	12 245	

MS-MDHS-21-0341-B-000144

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR FEBRUARY 2019

03/01/19 23:35:33

FULL SERVICE OFFICE	*N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
210 GREENE COUNTY DHS	72 107 0	9 170 0	179
220 GRENADA COUNTY DHS	61 153 1	15 200 0	215
230 HANCOCK COUNTY DHS	165 254 0	39 379 1	419
240 HARRISON COUNTY DHS	1023 1723 0	132 2597 17	2746
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	970 2077 0	168 2838 41	3047
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	23 74 0	3 94 0	97
260 HOLMES COUNTY DHS	76 234 0	11 299 0	310
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	43 161 1	2 203 0	205
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	7 11 0	0 18 0	18
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	44 61 0	7 98 0	105
300 JACKSON COUNTY DHS	564 846 0	61 1349 0	1410
310 JASPER COUNTY DHS	26 159 0	1 184 0	185
320 JEFFERSON COUNTY DHS	27 110 0	1 122 14	137
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	31 70 0	0 101 0	101
340 JONES COUNTY DHS	195 447 1	35 606 2	643
350 KEMPER COUNTY DHS	12 68 0	1 79 0	80
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	94 140 0	23 211 0	234
370 LAMAR COUNTY DHS	223 278 0	3 493 5	501
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	197 489 1	44 643 0	687
390 LAWRENCE COUNTY DHS	37 101 0	2 136	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR FEBRUARY 2019

03/01/19 23:35:34

*F U L L S E R V I C E O F F I C E *	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL				
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK				
400 LEAKE COUNTY DHS	57	97	2	8	148	0	156
410 LEE COUNTY DHS	232	283	0	38	472	5	515
420 LEFLORE COUNTY DHS	91	389	1	14	451	16	481
430 LINCOLN COUNTY DHS	119	214	0	11	313	9	333
440 LOWNDES COUNTY DHS	169	460	0	22	607	0	629
450 MADISON COUNTY DHS	181	345	0	16	510	0	526
460 MARION COUNTY DHS	113	251	0	0	364	0	364
470 MARSHALL COUNTY DHS	86	183	0	6	263	0	269
480 MONROE COUNTY DHS	113	171	0	4	280	0	284
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	15	62	0	1	75	1	77
500 NESHOPA COUNTY DHS	79	228	0	16	291	0	307
510 NEWTON COUNTY DHS	48	115	0	6	157	0	163
520 NOXUBEE COUNTY DHS	37	170	0	1	141	65	207
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	128	290	0	24	393	1	418
540 PANOLA COUNTY DHS	74	241	0	9	306	0	315
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	231	334	0	5	557	3	565
560 PERRY COUNTY DHS	68	128	0	2	193	1	196
570 PIKE COUNTY DHS	145	374	0	21	497	1	519
580 PONTOTOC COUNTY DHS	69	156	0	3	222	0	225
590 PRENTISS COUNTY DHS	35	79	2	6	108		

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	

600	QUITMAN COUNTY DHS	32 78 0 11 99 0	110
610	RANKIN COUNTY DHS	211 372 0 27 556 0	583
620	SCOTT COUNTY DHS	88 172 0 10 250 0	260
630	SHARKEY COUNTY DHS	26 86 0 0 112 0	112
640	SIMPSON COUNTY DHS	80 110 0 12 178 0	190
650	SMITH COUNTY DHS	39 75 0 3 111 0	114
660	STONE COUNTY DHS	57 105 0 12 149 1	162
670	SUNFLOWER COUNTY DHS- I	71 234 0 3 302 0	305
671	SUNFLOWER COUNTY DHS- R	20 113 0 2 131 0	133
680	TALLAHATCHIE COUNTY DHS	23 91 0 1 113 0	114
690	TATE COUNTY DHS	69 139 0 6 202 0	208
700	TIPPAH COUNTY DHS	44 91 0 7 72 56	135
710	TISHOMINGO COUNTY DHS	34 62 1 7 90 0	97
720	TUNICA COUNTY DHS	47 147 0 33 161 0	194
730	UNION COUNTY DHS	41 93 0 5 129 0	134
740	WALTHALL COUNTY DHS	29 101 0 0 130 0	130
750	WARREN COUNTY DHS	157 420 0 14 562 1	577
760	WASHINGTON COUNTY DHS	153 735 0 35 764 89	888
770	WAYNE COUNTY DHS	46 297 1 11 333 0	344
780	WEBSTER COUNTY DHS	13 74 0 3 84	



F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL				
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK				
790 WILKINSON COUNTY DHS	25	59	0	1	83	0	84
800 WINSTON COUNTY DHS	50	171	0	10	211	0	221
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	43	100	0	0	143	0	143
820 YAZOO COUNTY DHS	88	292	6	1	385	0	386
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	14	85	0	2	97	0	99
860 MSCAP UNIT	24	31	0	4	47	4	55
861 ESAP UNIT	313	324	0	26	566	45	637
862 KLLM UNIT	27	4	0	2	29	0	31
STATEWIDE TOTALS	9534	20904	20	1210	28515	733	30458

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR FEBRUARY 2020

03/01/20 09:06:09

*F U L L S E R V I C E	O F F I C E *	* N V R A	T Y	P E *	*N V R	A	C	O D E*	TOTAL
		APPLICATION	RECERTIFICATION	CHANGE	REGISTERED	DECLINED	LEFT	BLANK	
010	ADAMS COUNTY DHS	108	220	0	17	311	0		328
020	ALCORN COUNTY DHS	124	184	0	6	288	14		308
030	AMITE COUNTY DHS	29	67	0	4	92	0		96
040	ATTALA COUNTY DHS	55	133	0	2	186	0		188
050	BENTON COUNTY DHS	20	52	0	3	69	0		72
060	EAST BOLIVAR COUNTY DHS	135	350	2	12	463	12		487
070	CALHOUN COUNTY DHS	48	70	0	4	114	0		118
080	CARROLL COUNTY DHS	25	33	0	1	57	0		58
090	EAST CHICKASAW COUNTY DHS	55	112	0	1	166	0		167
100	CHOCTAW COUNTY DHS	45	38	0	4	79	0		83
110	CLAIBORNE COUNTY DHS	56	134	0	3	187	0		190
120	CLARKE COUNTY DHS	94	126	0	5	215	0		220
130	CLAY COUNTY DHS	81	179	0	9	251	0		260
140	COAHOMA COUNTY DHS	134	376	0	7	503	0		510
150	COPIAH COUNTY DHS	126	234	0	7	353	0		360
160	COVINGTON COUNTY DHS	91	145	0	14	222	0		236
170	DESOTO COUNTY DHS	599	630	0	76	1118	35		1229
180	FORREST COUNTY DHS	461	515	0	6	920	50		976
190	FRANKLIN COUNTY DHS	29	50	0	1	78	0		79
200	GEORGE COUNTY DHS	98	88	0	3	174			186

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR FEBRUARY 2020

03/01/20 09:06:10

FULL SERVICE OFFICE	* NVRA APPLICATION	* TY RECERTIFICATION	* PE CHANGE	* NVRA REGISTERED	* AC DECLINED	* OD LEFT	* DE BLANK	TOTAL
210 GREENE COUNTY DHS	62	53	0	0	114	1		115
220 GRENADA COUNTY DHS	74	144	1	15	204	0		219
230 HANCOCK COUNTY DHS	196	215	0	39	369	3		411
240 HARRISON COUNTY DHS	1259	1722	1	150	2823	9		2982
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	1338	2076	0	164	3052	198		3414
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	47	68	0	8	107	0		115
260 HOLMES COUNTY DHS	87	204	0	10	281	0		291
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	58	175	5	1	237	0		238
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	4	13	0	0	17	0		17
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	58	69	0	2	125	0		127
300 JACKSON COUNTY DHS	795	772	1	69	1492	7		1568
310 JASPER COUNTY DHS	79	128	0	2	205	0		207
320 JEFFERSON COUNTY DHS	37	129	0	8	140	18		166
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	57	58	0	0	115	0		115
340 JONES COUNTY DHS	285	333	0	21	595	2		618
350 KEMPER COUNTY DHS	20	54	3	2	75	0		77
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	122	126	0	13	235	0		248
370 LAMAR COUNTY DHS	278	222	0	10	489	1		500
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	284	468	0	43	709	0		752
390 LAWRENCE COUNTY DHS	47	83	0	0	129			

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR FEBRUARY 2020

03/01/20 09:06:10

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
400 LEAKE COUNTY DHS	78 114 2	6 188 0	194
410 LEE COUNTY DHS	286 313 0	45 553 1	599
420 LEFLORE COUNTY DHS	128 397 2	24 488 15	527
430 LINCOLN COUNTY DHS	211 169 0	16 359 5	380
440 LOWNDES COUNTY DHS	200 440 0	38 602 0	640
450 MADISON COUNTY DHS	229 390 0	8 611 0	619
460 MARION COUNTY DHS	161 194 0	5 350 0	355
470 MARSHALL COUNTY DHS	102 155 0	10 246 1	257
480 MONROE COUNTY DHS	118 161 0	4 275 0	279
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	25 56 0	1 79 1	81
500 NESHOPA COUNTY DHS	101 205 0	7 299 0	306
510 NEWTON COUNTY DHS	65 99 0	7 156 1	164
520 NOXUBEE COUNTY DHS	61 152 0	2 209 2	213
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	197 263 0	21 438 1	460
540 PANOLA COUNTY DHS	118 243 0	6 355 0	361
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	271 368 0	21 616 2	639
560 PERRY COUNTY DHS	71 80 0	4 147 0	151
570 PIKE COUNTY DHS	177 369 0	30 512 4	546
580 PONTOTOC COUNTY DHS	89 98 0	2 185 0	187
590 PRENTISS COUNTY DHS	59 76 0	3 132	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR FEBRUARY 2020

03/01/20 09:06:11

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK
600 QUITMAN COUNTY DHS	38 44	0 4	78 0 82
610 RANKIN COUNTY DHS	275 383	0 24	632 2 658
620 SCOTT COUNTY DHS	111 177	0 9	279 0 288
630 SHARKEY COUNTY DHS	25 84	0 0	109 0 109
640 SIMPSON COUNTY DHS	119 125	0 6	238 0 244
650 SMITH COUNTY DHS	50 50	0 2	98 0 100
660 STONE COUNTY DHS	78 114	0 4	144 44 192
670 SUNFLOWER COUNTY DHS- I	93 246	0 6	333 0 339
671 SUNFLOWER COUNTY DHS- R	20 134	0 1	153 0 154
680 TALLAHATCHIE COUNTY DHS	45 54	1 0	100 0 100
690 TATE COUNTY DHS	87 140	0 7	220 0 227
700 TIPPAAH COUNTY DHS	48 54	0 4	98 0 102
710 TISHOMINGO COUNTY DHS	41 65	0 6	100 0 106
720 TUNICA COUNTY DHS	63 95	0 12	146 0 158
730 UNION COUNTY DHS	51 71	0 5	117 0 122
740 WALTHALL COUNTY DHS	49 84	0 2	131 0 133
750 WARREN COUNTY DHS	206 416	0 20	602 0 622
760 WASHINGTON COUNTY DHS	243 645	0 19	828 41 888
770 WAYNE COUNTY DHS	89 261	0 6	344 0 350
780 WEBSTER COUNTY DHS	45 81	0 0	126 0 126

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	32 75 0	3 104 0	107
800 WINSTON COUNTY DHS	80 107 1	6 182 0	188
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	34 95 0	0 129 0	129
820 YAZOO COUNTY DHS	192 304 3	0 499 0	499
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	24 86 0	6 104 0	110
860 MSCAP UNIT	57 69 0	10 110 6	126
861 ESAP UNIT	455 845 0	22 1196 82	1300
862 KLLM UNIT	12 2 0	2 12 0	14
STATEWIDE TOTALS	13009 20096 22	1188 31371 568	33127

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JANUARY 2019

02/01/19 23:15:49

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
010 ADAMS COUNTY DHS	111 208 0	17 302 0	319
020 ALCORN COUNTY DHS	124 194 0	26 288 4	318
030 AMITE COUNTY DHS	32 110 0	0 142 0	142
040 ATTALA COUNTY DHS	71 146 0	2 212 3	217
050 BENTON COUNTY DHS	40 55 0	5 90 0	95
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	187 481 1	26 634 9	669
070 CALHOUN COUNTY DHS	63 102 0	9 156 0	165
080 CARROLL COUNTY DHS	22 47 0	2 67 0	69
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	46 145 0	0 191 0	191
100 CHOCTAW COUNTY DHS	33 69 0	1 101 0	102
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	91 187 2	5 140 135	280
120 CLARKE COUNTY DHS	88 154 0	6 236 0	242
130 CLAY COUNTY DHS	105 235 0	8 332 0	340
140 COAHOMA COUNTY DHS	174 556 0	12 703 15	730
150 COPIAH COUNTY DHS	132 293 0	5 420 0	425
160 COVINGTON COUNTY DHS	83 183 0	16 250 0	266
170 DESOTO COUNTY DHS	604 808 0	38 1248 126	1412
180 FORREST COUNTY DHS	511 732 0	31 1030 182	1243
190 FRANKLIN COUNTY DHS	24 76 0	3 97 0	100
200 GEORGE COUNTY DHS	137 169 0	11 287	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JANUARY 2019

02/01/19 23:15:49

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL				
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK				
210 GREENE COUNTY DHS	99	142	2	6	237	0	243
220 GRENADA COUNTY DHS	95	166	1	23	238	1	262
230 HANCOCK COUNTY DHS	220	238	0	32	426	0	458
240 HARRISON COUNTY DHS	1486	1904	1	173	3211	7	3391
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	1637	2466	0	213	3829	61	4103
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	36	66	0	4	98	0	102
260 HOLMES COUNTY DHS	133	262	0	11	384	0	395
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	85	223	2	8	302	0	310
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	6	18	0	0	24	0	24
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	64	96	0	12	148	0	160
300 JACKSON COUNTY DHS	765	1011	1	67	1709	1	1777
310 JASPER COUNTY DHS	60	186	1	0	247	0	247
320 JEFFERSON COUNTY DHS	33	97	0	1	117	12	130
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	67	108	0	3	172	0	175
340 JONES COUNTY DHS	331	447	2	36	744	0	780
350 KEMPER COUNTY DHS	22	74	4	5	94	1	100
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	142	157	4	20	282	1	303
370 LAMAR COUNTY DHS	305	280	0	4	570	11	585
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	329	652	0	64	917	0	981
390 LAWRENCE COUNTY DHS	52	87	0	1	134		

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JANUARY 2019

02/01/19 23:15:50

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
400 LEAKE COUNTY DHS	93 111 2	12 194 0	206
410 LEE COUNTY DHS	275 375 0	66 584 0	650
420 LEFLORE COUNTY DHS	195 454 1	27 580 43	650
430 LINCOLN COUNTY DHS	171 291 0	13 442 7	462
440 LOWNDES COUNTY DHS	235 707 0	29 912 1	942
450 MADISON COUNTY DHS	319 553 0	22 850 0	872
460 MARION COUNTY DHS	172 209 0	2 379 0	381
470 MARSHALL COUNTY DHS	113 195 0	4 304 0	308
480 MONROE COUNTY DHS	133 182 0	4 311 0	315
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	26 90 0	1 114 1	116
500 NESHOPA COUNTY DHS	152 292 0	18 426 0	444
510 NEWTON COUNTY DHS	84 109 0	12 180 1	193
520 NOXUBEE COUNTY DHS	64 209 0	0 186 87	273
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	242 374 0	38 575 3	616
540 PANOLA COUNTY DHS	143 314 0	16 441 0	457
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	315 422 0	4 732 1	737
560 PERRY COUNTY DHS	110 138 0	2 246 0	248
570 PIKE COUNTY DHS	197 417 0	27 587 0	614
580 PONTOTOC COUNTY DHS	70 145 0	0 215 0	215
590 PRENTISS COUNTY DHS	61 103 1	5 160	165

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JANUARY 2019

02/01/19 23:15:51

FULL SERVICE OFFICE	* NVRA APPLICATION	* NVRA RECERTIFICATION	* PE CHANGE	* NVRA REGISTERED	* NVRA DECLINED	* NVRA LEFT BLANK	TOTAL
-----------------------	--------------------	------------------------	-------------	-------------------	-----------------	-------------------	-------

600	QUITMAN COUNTY DHS	52	99	0	9	142	0	151
610	RANKIN COUNTY DHS	311	444	0	39	716	0	755
620	SCOTT COUNTY DHS	136	206	0	17	325	0	342
630	SHARKEY COUNTY DHS	57	79	0	0	136	0	136
640	SIMPSON COUNTY DHS	118	140	0	17	241	0	258
650	SMITH COUNTY DHS	54	82	0	4	132	0	136
660	STONE COUNTY DHS	88	123	0	10	200	1	211
670	SUNFLOWER COUNTY DHS- I	143	395	0	8	530	0	538
671	SUNFLOWER COUNTY DHS- R	55	108	0	5	158	0	163
680	TALLAHATCHIE COUNTY DHS	55	131	0	0	186	0	186
690	TATE COUNTY DHS	103	162	1	12	254	0	266
700	TIPPAH COUNTY DHS	55	132	0	2	105	80	187
710	TISHOMINGO COUNTY DHS	42	60	0	6	96	0	102
720	TUNICA COUNTY DHS	81	209	0	68	221	1	290
730	UNION COUNTY DHS	58	134	0	6	186	0	192
740	WALTHALL COUNTY DHS	64	107	0	5	166	0	171
750	WARREN COUNTY DHS	265	494	0	17	741	1	759
760	WASHINGTON COUNTY DHS	385	869	0	55	1141	58	1254
770	WAYNE COUNTY DHS	121	233	4	11	346	1	358
780	WEBSTER COUNTY DHS	27	113	0	0	140		



F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	34 89 0	4 119 0	123
800 WINSTON COUNTY DHS	81 178 1	8 252 0	260
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	55 94 0	0 149 0	149
820 YAZOO COUNTY DHS	273 354 2	1 628 0	629
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	44 96 0	10 130 0	140
860 MSCAP UNIT	35 18 0	4 47 2	53
861 ESAP UNIT	364 410 0	28 693 53	774
862 KLLM UNIT	37 6 0	3 40 0	43
STATEWIDE TOTALS	15008 24885 33	1557 37447 922	39926

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
010 ADAMS COUNTY DHS	160 226 0	11 375 0	386
020 ALCORN COUNTY DHS	146 189 0	12 305 18	335
030 AMITE COUNTY DHS	50 103 0	9 144 0	153
040 ATTALA COUNTY DHS	83 135 0	8 210 0	218
050 BENTON COUNTY DHS	32 45 0	7 70 0	77
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	170 383 0	19 527 7	553
070 CALHOUN COUNTY DHS	83 59 0	1 141 0	142
080 CARROLL COUNTY DHS	20 49 0	3 66 0	69
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	79 125 0	0 204 0	204
100 CHOCTAW COUNTY DHS	51 46 0	3 94 0	97
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	82 170 0	3 247 2	252
120 CLARKE COUNTY DHS	80 206 0	16 270 0	286
130 CLAY COUNTY DHS	102 186 0	13 275 0	288
140 COAHOMA COUNTY DHS	179 441 0	6 612 2	620
150 COPIAH COUNTY DHS	192 270 0	9 453 0	462
160 COVINGTON COUNTY DHS	141 142 0	12 271 0	283
170 DESOTO COUNTY DHS	598 640 1	77 1120 42	1239
180 FORREST COUNTY DHS	500 697 0	25 1055 117	1197
190 FRANKLIN COUNTY DHS	45 43 0	3 85 0	88
200 GEORGE COUNTY DHS	144 143 0	9 266	411



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JANUARY 2020

02/01/20 20:02:57

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
210 GREENE COUNTY DHS	55 66 0	0 120 1	121
220 GRENADA COUNTY DHS	89 140 0	26 203 0	229
230 HANCOCK COUNTY DHS	225 212 0	33 403 1	437
240 HARRISON COUNTY DHS	1509 1773 0	160 3111 11	3282
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	1771 2224 0	198 3595 202	3995
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	40 58 0	4 82 12	98
260 HOLMES COUNTY DHS	131 252 0	7 376 0	383
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	81 222 3	1 305 0	306
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	4 15 0	0 19 0	19
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	69 91 0	4 156 0	160
300 JACKSON COUNTY DHS	955 967 0	70 1849 3	1922
310 JASPER COUNTY DHS	72 171 0	3 240 0	243
320 JEFFERSON COUNTY DHS	50 102 0	3 127 22	152
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	56 91 0	0 147 0	147
340 JONES COUNTY DHS	393 376 3	32 738 2	772
350 KEMPER COUNTY DHS	36 66 3	3 100 2	105
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	146 121 0	14 253 0	267
370 LAMAR COUNTY DHS	365 210 0	7 567 1	575
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	414 612 0	49 977 0	1026
390 LAWRENCE COUNTY DHS	78 71 0	1 148	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JANUARY 2020

02/01/20 20:02:57

*F U L L S E R V I C E O F F I C E *	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	

400 LEAKE COUNTY DHS	90	107	2	8	191	0	199
410 LEE COUNTY DHS	360	417	0	60	715	2	777
420 LEFLORE COUNTY DHS	202	406	2	22	564	24	610
430 LINCOLN COUNTY DHS	284	228	0	27	481	4	512
440 LOWNDES COUNTY DHS	308	603	0	50	861	0	911
450 MADISON COUNTY DHS	244	390	1	8	624	3	635
460 MARION COUNTY DHS	185	262	0	5	442	0	447
470 MARSHALL COUNTY DHS	139	152	0	9	282	0	291
480 MONROE COUNTY DHS	138	206	1	13	332	0	345
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	39	52	0	2	89	0	91
500 NESHOPA COUNTY DHS	132	230	0	7	355	0	362
510 NEWTON COUNTY DHS	95	108	1	14	190	0	204
520 NOXUBEE COUNTY DHS	64	202	1	5	261	1	267
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	216	358	0	25	548	1	574
540 PANOLA COUNTY DHS	167	247	0	13	401	0	414
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	279	333	0	17	593	2	612
560 PERRY COUNTY DHS	82	67	0	0	149	0	149
570 PIKE COUNTY DHS	214	381	0	40	552	3	595
580 PONTOTOC COUNTY DHS	106	149	0	3	252	0	255
590 PRENTISS COUNTY DHS	89	88	0	3	174		



F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	

600	QUITMAN COUNTY DHS	55 82 0 8 129 0	137
610	RANKIN COUNTY DHS	376 473 0 20 827 2	849
620	SCOTT COUNTY DHS	157 167 0 10 314 0	324
630	SHARKEY COUNTY DHS	54 92 0 0 146 0	146
640	SIMPSON COUNTY DHS	134 120 0 11 243 0	254
650	SMITH COUNTY DHS	60 56 0 0 116 0	116
660	STONE COUNTY DHS	97 96 0 9 161 23	193
670	SUNFLOWER COUNTY DHS- I	144 322 0 5 461 0	466
671	SUNFLOWER COUNTY DHS- R	55 147 1 1 202 0	203
680	TALLAHATCHIE COUNTY DHS	69 89 0 0 158 0	158
690	TATE COUNTY DHS	90 166 0 7 248 1	256
700	TIPPAH COUNTY DHS	61 72 0 7 126 0	133
710	TISHOMINGO COUNTY DHS	47 62 0 3 106 0	109
720	TUNICA COUNTY DHS	103 145 0 17 231 0	248
730	UNION COUNTY DHS	82 114 0 3 192 1	196
740	WALTHALL COUNTY DHS	62 85 0 5 142 0	147
750	WARREN COUNTY DHS	239 449 0 20 668 0	688
760	WASHINGTON COUNTY DHS	279 877 0 25 1059 72	1156
770	WAYNE COUNTY DHS	164 245 0 16 393 0	409
780	WEBSTER COUNTY DHS	48 77 0 1 124	



F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL	
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	55 77	0 3	129 0	132
800 WINSTON COUNTY DHS	73 149	1 4	219 0	223
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	47 97	0 0	144 0	144
820 YAZOO COUNTY DHS	201 356	6 6	557 0	563
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	35 73	0 4	104 0	108
860 MSCAP UNIT	61 62	1 5	115 4	124
861 ESAP UNIT	449 817	0 23	1170 73	1266
862 KLLM UNIT	29 4	0 1	32 0	33
STATEWIDE TOTALS	16235 22695	27 1406	36878 673	38957

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JULY 2019

08/02/19 03:57:29

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
010 ADAMS COUNTY DHS	145 217 1	21 342 0	363
020 ALCORN COUNTY DHS	129 178 1	22 276 10	308
030 AMITE COUNTY DHS	40 95 0	8 127 0	135
040 ATTALA COUNTY DHS	91 126 0	4 213 0	217
050 BENTON COUNTY DHS	34 48 0	6 76 0	82
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	162 307 0	18 444 7	469
070 CALHOUN COUNTY DHS	64 62 0	3 123 0	126
080 CARROLL COUNTY DHS	29 26 0	1 54 0	55
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	94 99 0	6 187 0	193
100 CHOCTAW COUNTY DHS	41 41 0	3 79 0	82
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	77 104 0	4 177 0	181
120 CLARKE COUNTY DHS	100 157 0	17 240 0	257
130 CLAY COUNTY DHS	149 202 0	16 335 0	351
140 COAHOMA COUNTY DHS	173 446 0	7 610 2	619
150 COPIAH COUNTY DHS	161 257 0	16 402 0	418
160 COVINGTON COUNTY DHS	135 129 0	16 248 0	264
170 DESOTO COUNTY DHS	636 539 0	60 1084 31	1175
180 FORREST COUNTY DHS	487 645 0	19 897 216	1132
190 FRANKLIN COUNTY DHS	40 48 0	1 87 0	88
200 GEORGE COUNTY DHS	159 116 0	8 243	375



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JULY 2019

08/02/19 03:57:30

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
210 GREENE COUNTY DHS	82 102 0	4 177 3	184
220 GRENADA COUNTY DHS	102 169 5	25 251 0	276
230 HANCOCK COUNTY DHS	215 220 0	53 380 2	435
240 HARRISON COUNTY DHS	1537 1678 0	212 2988 15	3215
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	1575 2336 0	271 3539 101	3911
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	46 64 0	3 107 0	110
260 HOLMES COUNTY DHS	108 226 0	18 316 0	334
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	65 177 5	2 245 0	247
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	8 7 0	0 15 0	15
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	81 52 0	4 129 0	133
300 JACKSON COUNTY DHS	895 768 0	84 1577 2	1663
310 JASPER COUNTY DHS	75 146 0	0 221 0	221
320 JEFFERSON COUNTY DHS	43 101 0	5 117 22	144
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	78 77 0	0 155 0	155
340 JONES COUNTY DHS	352 352 0	33 669 2	704
350 KEMPER COUNTY DHS	30 68 2	2 97 1	100
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	162 107 3	36 236 0	272
370 LAMAR COUNTY DHS	327 245 0	2 556 14	572
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	435 533 1	68 901 0	969
390 LAWRENCE COUNTY DHS	55 88 0	2 141	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JULY 2019

08/02/19 03:57:30

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
400 LEAKE COUNTY DHS	81 95 0	11 165 0	176
410 LEE COUNTY DHS	385 374 0	78 678 3	759
420 LEFLORE COUNTY DHS	188 412 0	26 532 42	600
430 LINCOLN COUNTY DHS	229 245 2	25 439 12	476
440 LOWNDES COUNTY DHS	301 465 0	47 719 0	766
450 MADISON COUNTY DHS	264 358 0	22 600 0	622
460 MARION COUNTY DHS	141 219 0	7 353 0	360
470 MARSHALL COUNTY DHS	107 162 0	7 262 0	269
480 MONROE COUNTY DHS	199 136 0	13 319 3	335
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	39 66 0	3 99 3	105
500 NESHOPA COUNTY DHS	144 216 0	24 336 0	360
510 NEWTON COUNTY DHS	97 104 0	9 192 0	201
520 NOXUBEE COUNTY DHS	62 165 1	2 167 59	228
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	252 284 0	36 495 5	536
540 PANOLA COUNTY DHS	182 238 0	10 410 0	420
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	335 315 0	12 633 5	650
560 PERRY COUNTY DHS	83 80 0	2 161 0	163
570 PIKE COUNTY DHS	249 336 0	39 544 2	585
580 PONTOTOC COUNTY DHS	118 134 0	9 243 0	252
590 PRENTISS COUNTY DHS	95 79 1	2 173	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JULY 2019

08/02/19 03:57:31

FULL SERVICE OFFICE	* NVRA APPLICATION	* NVRA RECERTIFICATION	* PE CHANGE	* NVRA REGISTERED	* NVRA DECLINED	* NVRA LEFT BLANK	TOTAL
-----------------------	--------------------	------------------------	-------------	-------------------	-----------------	-------------------	-------

600 QUITMAN COUNTY DHS	47	84	0	6	125	0	131
------------------------	----	----	---	---	-----	---	-----

610 RANKIN COUNTY DHS	445	432	2	39	840	0	879
-----------------------	-----	-----	---	----	-----	---	-----

620 SCOTT COUNTY DHS	119	198	0	20	297	0	317
----------------------	-----	-----	---	----	-----	---	-----

630 SHARKEY COUNTY DHS	30	79	0	1	108	0	109
------------------------	----	----	---	---	-----	---	-----

640 SIMPSON COUNTY DHS	140	146	0	19	267	0	286
------------------------	-----	-----	---	----	-----	---	-----

650 SMITH COUNTY DHS	57	72	0	8	121	0	129
----------------------	----	----	---	---	-----	---	-----

660 STONE COUNTY DHS	101	91	0	15	160	17	192
----------------------	-----	----	---	----	-----	----	-----

670 SUNFLOWER COUNTY DHS- I	139	298	0	1	436	0	437
-----------------------------	-----	-----	---	---	-----	---	-----

671 SUNFLOWER COUNTY DHS- R	66	105	0	4	167	0	171
-----------------------------	----	-----	---	---	-----	---	-----

680 TALLAHATCHIE COUNTY DHS	47	106	1	2	152	0	154
-----------------------------	----	-----	---	---	-----	---	-----

690 TATE COUNTY DHS	91	138	0	11	218	0	229
---------------------	----	-----	---	----	-----	---	-----

700 TIPPAAH COUNTY DHS	73	80	0	4	86	63	153
------------------------	----	----	---	---	----	----	-----

710 TISHOMINGO COUNTY DHS	52	57	0	6	103	0	109
---------------------------	----	----	---	---	-----	---	-----

720 TUNICA COUNTY DHS	86	122	1	17	192	0	209
-----------------------	----	-----	---	----	-----	---	-----

730 UNION COUNTY DHS	76	104	0	6	174	0	180
----------------------	----	-----	---	---	-----	---	-----

740 WALTHALL COUNTY DHS	61	85	0	5	141	0	146
-------------------------	----	----	---	---	-----	---	-----

750 WARREN COUNTY DHS	336	432	0	34	733	1	768
-----------------------	-----	-----	---	----	-----	---	-----

760 WASHINGTON COUNTY DHS	331	624	0	38	866	51	955
---------------------------	-----	-----	---	----	-----	----	-----

770 WAYNE COUNTY DHS	159	205	4	26	342	0	368
----------------------	-----	-----	---	----	-----	---	-----

780 WEBSTER COUNTY DHS	52	77	2	7	124		
------------------------	----	----	---	---	-----	--	--



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JULY 2019

08/02/19 03:57:31

FULL SERVICE OFFICE	*N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
790 WILKINSON COUNTY DHS	40 64 0	2 102 0	104
800 WINSTON COUNTY DHS	96 132 1	8 221 0	229
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	61 81 0	1 141 0	142
820 YAZOO COUNTY DHS	212 318 4	3 531 0	534
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	46 72 0	3 115 0	118
860 MSCAP UNIT	74 47 0	7 110 4	121
861 ESAP UNIT	444 337 0	35 709 37	781
862 KLLM UNIT	51 4 0	0 55 0	55
STATEWIDE TOTALS	16300 20431 37	1792 34217 759	36768

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JULY 2020

08/01/20 20:17:15

*F U L L S E R V I C E	O F F I C E *	* N V R A	T Y	P E *	*N V R	A	C	O D E*	TOTAL
		APPLICATION	RECERTIFICATION	CHANGE	REGISTERED	DECLINED	LEFT	BLANK	
010	ADAMS COUNTY DHS	107	203	0	7	303	0		310
020	ALCORN COUNTY DHS	127	118	0	1	225	19		245
030	AMITE COUNTY DHS	40	77	0	1	116	0		117
040	ATTALA COUNTY DHS	58	112	0	1	169	0		170
050	BENTON COUNTY DHS	37	49	0	3	83	0		86
060	EAST BOLIVAR COUNTY DHS	154	273	0	4	277	146		427
070	CALHOUN COUNTY DHS	39	55	0	2	92	0		94
080	CARROLL COUNTY DHS	42	29	0	0	71	0		71
090	EAST CHICKASAW COUNTY DHS	42	77	0	3	116	0		119
100	CHOCTAW COUNTY DHS	21	37	0	2	56	0		58
110	CLAIBORNE COUNTY DHS	54	79	0	1	132	0		133
120	CLARKE COUNTY DHS	88	167	0	3	192	60		255
130	CLAY COUNTY DHS	139	129	0	4	264	0		268
140	COAHOMA COUNTY DHS	155	225	0	8	371	1		380
150	COPIAH COUNTY DHS	126	212	2	5	335	0		340
160	COVINGTON COUNTY DHS	110	102	0	8	204	0		212
170	DESOTO COUNTY DHS	577	571	0	30	1085	33		1148
180	FORREST COUNTY DHS	505	462	0	27	905	35		967
190	FRANKLIN COUNTY DHS	47	34	0	2	79	0		81
200	GEORGE COUNTY DHS	179	99	0	10	246			288



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JULY 2020

08/01/20 20:17:16

*F U L L S E R V I C E O F F I C E *	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
210 GREENE COUNTY DHS	47 63 0	1 109 0	110
220 GRENADA COUNTY DHS	129 128 1	11 246 1	258
230 HANCOCK COUNTY DHS	207 148 0	28 320 7	355
240 HARRISON COUNTY DHS	1334 1192 0	110 2402 14	2526
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	1399 1400 0	58 2683 58	2799
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	18 47 0	0 62 3	65
260 HOLMES COUNTY DHS	116 192 0	1 305 2	308
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	56 183 10	0 249 0	249
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	6 13 0	0 19 0	19
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	78 51 0	2 127 0	129
300 JACKSON COUNTY DHS	868 560 0	67 1349 12	1428
310 JASPER COUNTY DHS	82 143 0	3 222 0	225
320 JEFFERSON COUNTY DHS	58 73 0	1 76 54	131
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	37 75 0	1 111 0	112
340 JONES COUNTY DHS	344 293 0	27 591 19	637
350 KEMPER COUNTY DHS	41 36 3	0 79 1	80
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	93 84 0	3 173 1	177
370 LAMAR COUNTY DHS	306 170 0	9 467 0	476
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	421 593 0	30 943 41	1014
390 LAWRENCE COUNTY DHS	63 53 0	1 114	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JULY 2020

08/01/20 20:17:16

*F U L L S E R V I C E O F F I C E *	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
400 LEAKE COUNTY DHS	128 84 0	4 208 0	212
410 LEE COUNTY DHS	364 311 1	39 634 3	676
420 LEFLORE COUNTY DHS	268 278 0	9 386 151	546
430 LINCOLN COUNTY DHS	210 222 0	8 416 8	432
440 LOWNDES COUNTY DHS	185 360 0	19 521 5	545
450 MADISON COUNTY DHS	299 363 0	5 656 1	662
460 MARION COUNTY DHS	167 173 0	1 336 3	340
470 MARSHALL COUNTY DHS	144 119 0	5 258 0	263
480 MONROE COUNTY DHS	148 137 0	4 280 1	285
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	33 46 0	0 77 2	79
500 NESHOPA COUNTY DHS	147 189 0	7 329 0	336
510 NEWTON COUNTY DHS	62 80 0	2 139 1	142
520 NOXUBEE COUNTY DHS	91 134 0	2 211 12	225
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	250 211 0	2 457 2	461
540 PANOLA COUNTY DHS	101 176 0	2 275 0	277
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	275 276 0	25 524 2	551
560 PERRY COUNTY DHS	103 53 0	1 154 1	156
570 PIKE COUNTY DHS	204 244 0	3 439 6	448
580 PONTOTOC COUNTY DHS	143 97 0	4 231 5	240
590 PRENTISS COUNTY DHS	80 54 0	7 126	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JULY 2020

08/01/20 20:17:17

FULL SERVICE OFFICE	* NVRA APPLICATION RECERTIFICATION	TOTAL							
-----------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-------

600	QUITMAN COUNTY DHS	55	70	0	7	118	0	125
610	RANKIN COUNTY DHS	322	301	0	7	600	16	623
620	SCOTT COUNTY DHS	165	165	0	22	306	2	330
630	SHARKEY COUNTY DHS	31	74	0	0	105	0	105
640	SIMPSON COUNTY DHS	97	131	0	17	211	0	228
650	SMITH COUNTY DHS	52	50	0	2	98	2	102
660	STONE COUNTY DHS	84	78	0	10	106	46	162
670	SUNFLOWER COUNTY DHS- I	119	229	0	2	345	1	348
671	SUNFLOWER COUNTY DHS- R	53	71	0	1	123	0	124
680	TALLAHATCHIE COUNTY DHS	46	75	0	3	118	0	121
690	TATE COUNTY DHS	125	125	0	4	246	0	250
700	TIPPAH COUNTY DHS	151	53	0	0	204	0	204
710	TISHOMINGO COUNTY DHS	60	62	0	7	115	0	122
720	TUNICA COUNTY DHS	54	59	0	11	102	0	113
730	UNION COUNTY DHS	92	97	0	2	186	1	189
740	WALTHALL COUNTY DHS	93	64	0	1	156	0	157
750	WARREN COUNTY DHS	309	263	0	19	551	2	572
760	WASHINGTON COUNTY DHS	242	565	0	10	711	86	807
770	WAYNE COUNTY DHS	130	190	0	22	296	2	320
780	WEBSTER COUNTY DHS	47	58	2	0	107		



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JULY 2020

08/01/20 20:17:17

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	38 64 0	2 98 2	102
800 WINSTON COUNTY DHS	60 127 0	8 179 0	187
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	62 88 0	0 150 0	150
820 YAZOO COUNTY DHS	211 223 0	2 432 0	434
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	33 54 0	1 85 1	87
860 MSCAP UNIT	60 43 0	5 96 2	103
861 ESAP UNIT	1000 510 0	28 1379 103	1510
STATEWIDE TOTALS	15543 16103 19	817 29848 1000	31665

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JUNE 2019

07/01/19 23:13:36

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
010 ADAMS COUNTY DHS	119 218 2	10 329 0	339
020 ALCORN COUNTY DHS	151 167 0	19 294 5	318
030 AMITE COUNTY DHS	29 84 0	6 107 0	113
040 ATTALA COUNTY DHS	58 146 0	7 197 0	204
050 BENTON COUNTY DHS	29 50 0	2 77 0	79
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	191 334 0	19 495 11	525
070 CALHOUN COUNTY DHS	61 107 0	3 165 0	168
080 CARROLL COUNTY DHS	23 50 0	2 71 0	73
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	80 113 1	11 183 0	194
100 CHOCTAW COUNTY DHS	33 66 0	1 98 0	99
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	74 106 0	3 177 0	180
120 CLARKE COUNTY DHS	109 228 0	18 312 7	337
130 CLAY COUNTY DHS	99 191 0	7 283 0	290
140 COAHOMA COUNTY DHS	181 357 0	11 509 18	538
150 COPIAH COUNTY DHS	133 265 0	9 389 0	398
160 COVINGTON COUNTY DHS	106 182 0	7 280 1	288
170 DESOTO COUNTY DHS	488 701 0	58 1055 76	1189
180 FORREST COUNTY DHS	480 661 0	32 875 234	1141
190 FRANKLIN COUNTY DHS	30 59 0	0 89 0	89
200 GEORGE COUNTY DHS	107 131 0	7 217	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JUNE 2019

07/01/19 23:13:36

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
210 GREENE COUNTY DHS	62 86 0	1 147 0	148
220 GRENADA COUNTY DHS	110 136 1	28 219 0	247
230 HANCOCK COUNTY DHS	196 225 0	45 375 1	421
240 HARRISON COUNTY DHS	1318 1674 1	174 2810 9	2993
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	1537 2146 0	208 3417 58	3683
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	21 59 0	7 73 0	80
260 HOLMES COUNTY DHS	117 215 0	14 318 0	332
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	81 191 3	3 272 0	275
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	6 8 0	0 14 0	14
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	69 124 0	18 175 0	193
300 JACKSON COUNTY DHS	802 748 0	86 1463 1	1550
310 JASPER COUNTY DHS	70 159 0	0 229 0	229
320 JEFFERSON COUNTY DHS	57 129 0	5 155 26	186
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	72 99 0	1 170 0	171
340 JONES COUNTY DHS	299 382 0	33 646 2	681
350 KEMPER COUNTY DHS	30 74 2	4 101 1	106
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	141 108 3	29 223 0	252
370 LAMAR COUNTY DHS	259 304 0	4 555 4	563
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	327 577 1	72 833 0	905
390 LAWRENCE COUNTY DHS	64 71 0	0 135 0	135

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JUNE 2019

07/01/19 23:13:37

FULL SERVICE OFFICE	*N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
400 LEAKE COUNTY DHS	91 112 2	10 195 0	205
410 LEE COUNTY DHS	338 387 0	69 656 0	725
420 LEFLORE COUNTY DHS	188 425 1	21 554 39	614
430 LINCOLN COUNTY DHS	193 254 0	23 423 1	447
440 LOWNDES COUNTY DHS	257 468 0	31 694 0	725
450 MADISON COUNTY DHS	278 359 0	22 615 0	637
460 MARION COUNTY DHS	133 248 0	0 381 0	381
470 MARSHALL COUNTY DHS	108 182 0	8 282 0	290
480 MONROE COUNTY DHS	161 174 0	10 325 0	335
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	27 52 0	1 75 3	79
500 NESHOPA COUNTY DHS	108 256 0	24 340 0	364
510 NEWTON COUNTY DHS	80 133 0	5 208 0	213
520 NOXUBEE COUNTY DHS	65 183 0	3 173 72	248
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	211 282 2	23 470 2	495
540 PANOLA COUNTY DHS	123 287 0	18 392 0	410
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	276 417 0	9 677 7	693
560 PERRY COUNTY DHS	76 88 0	2 161 1	164
570 PIKE COUNTY DHS	233 351 0	46 538 0	584
580 PONTOTOC COUNTY DHS	84 119 0	5 197 1	203
590 PRENTISS COUNTY DHS	74 94 3	2 169	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JUNE 2019

07/01/19 23:13:37

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL	
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK	
600 QUITMAN COUNTY DHS	36 70 0	3	103 0	106
610 RANKIN COUNTY DHS	322 438 0	40	720 0	760
620 SCOTT COUNTY DHS	132 146 3	13	268 0	281
630 SHARKEY COUNTY DHS	29 86 0	0	115 0	115
640 SIMPSON COUNTY DHS	110 142 0	16	236 0	252
650 SMITH COUNTY DHS	47 69 0	5	111 0	116
660 STONE COUNTY DHS	101 122 0	23	191 9	223
670 SUNFLOWER COUNTY DHS- I	114 272 0	4	382 0	386
671 SUNFLOWER COUNTY DHS- R	56 117 0	1	172 0	173
680 TALLAHATCHIE COUNTY DHS	48 115 0	0	163 0	163
690 TATE COUNTY DHS	76 149 0	4	221 0	225
700 TIPPAAH COUNTY DHS	56 95 0	2	76 73	151
710 TISHOMINGO COUNTY DHS	41 57 1	6	93 0	99
720 TUNICA COUNTY DHS	102 155 0	28	229 0	257
730 UNION COUNTY DHS	50 96 0	1	145 0	146
740 WALTHALL COUNTY DHS	39 102 0	3	138 0	141
750 WARREN COUNTY DHS	281 374 0	20	634 1	655
760 WASHINGTON COUNTY DHS	324 735 0	39	1002 18	1059
770 WAYNE COUNTY DHS	146 277 2	8	416 1	425
780 WEBSTER COUNTY DHS	40 95 0	5	130	

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	27 86 0	4 109 0	113
800 WINSTON COUNTY DHS	61 150 0	10 201 0	211
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	72 118 0	1 189 0	190
820 YAZOO COUNTY DHS	177 313 5	3 492 0	495
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	46 80 0	9 116 1	126
860 MSCAP UNIT	44 59 0	12 88 3	103
861 ESAP UNIT	347 316 0	20 609 34	663
862 KLLM UNIT	22 9 0	2 29 0	31
STATEWIDE TOTALS	14269 21445 33	1578 33435 734	35747

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JUNE 2020

07/02/20 00:25:35

FULL SERVICE OFFICE	* NVRA APPLICATION	* NVRA RECERTIFICATION	* PE * CHANGE	* NVRA REGISTERED	* NVRA DECLINED	* NVRA LEFT BLANK	TOTAL
010 ADAMS COUNTY DHS	93	30	0	2	121	0	123
020 ALCORN COUNTY DHS	102	7	1	2	105	3	110
030 AMITE COUNTY DHS	36	3	0	1	37	1	39
040 ATTALA COUNTY DHS	79	16	0	2	93	0	95
050 BENTON COUNTY DHS	48	1	0	5	44	0	49
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	112	19	3	6	105	23	134
070 CALHOUN COUNTY DHS	83	1	0	4	80	0	84
080 CARROLL COUNTY DHS	93	0	0	0	93	0	93
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	104	1	0	5	98	2	105
100 CHOCTAW COUNTY DHS	24	12	0	2	34	0	36
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	47	7	0	1	53	0	54
120 CLARKE COUNTY DHS	170	44	0	5	166	43	214
130 CLAY COUNTY DHS	229	11	0	5	234	1	240
140 COAHOMA COUNTY DHS	123	45	1	3	160	6	169
150 COPIAH COUNTY DHS	169	3	0	1	171	0	172
160 COVINGTON COUNTY DHS	108	2	0	3	106	1	110
170 DESOTO COUNTY DHS	438	80	0	20	471	27	518
180 FORREST COUNTY DHS	505	42	0	20	519	8	547
190 FRANKLIN COUNTY DHS	55	3	0	1	55	2	58
200 GEORGE COUNTY DHS	226	2	0	18	188		



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JUNE 2020

07/02/20 00:25:35

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
210 GREENE COUNTY DHS	77 9 0	3 83 0	86
220 GRENADA COUNTY DHS	224 2 1	6 219 2	227
230 HANCOCK COUNTY DHS	310 2 0	32 258 22	312
240 HARRISON COUNTY DHS	708 110 0	28 752 38	818
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	711 126 0	25 765 47	837
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	14 9 0	0 23 0	23
260 HOLMES COUNTY DHS	146 11 0	3 151 3	157
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	55 10 18	1 82 0	83
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	26 0 0	1 25 0	26
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	95 13 0	1 105 2	108
300 JACKSON COUNTY DHS	749 85 1	46 759 30	835
310 JASPER COUNTY DHS	87 10 0	0 96 1	97
320 JEFFERSON COUNTY DHS	157 2 0	2 76 81	159
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	65 3 0	1 66 1	68
340 JONES COUNTY DHS	397 28 0	14 342 69	425
350 KEMPER COUNTY DHS	55 15 1	2 66 3	71
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	81 2 0	0 82 1	83
370 LAMAR COUNTY DHS	317 11 0	6 321 1	328
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	418 80 0	8 479 11	498
390 LAWRENCE COUNTY DHS	97 3 0	7 89	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JUNE 2020

07/02/20 00:25:36

FULL SERVICE OFFICE	* NVRA TYPE *	* NVRA REGISTERED	* NVRA DECLINED	* NVRA LEFT BLANK	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	CHANGE			
400 LEAKE COUNTY DHS	165	2	0	6	161
410 LEE COUNTY DHS	364	32	0	27	367
420 LEFLORE COUNTY DHS	454	6	2	14	329
430 LINCOLN COUNTY DHS	300	6	1	21	277
440 LOWNDES COUNTY DHS	195	25	0	5	206
450 MADISON COUNTY DHS	410	34	0	7	433
460 MARION COUNTY DHS	226	0	2	2	226
470 MARSHALL COUNTY DHS	103	20	0	0	123
480 MONROE COUNTY DHS	186	36	0	5	214
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	41	9	0	0	49
500 NESHOPA COUNTY DHS	204	10	1	6	208
510 NEWTON COUNTY DHS	85	7	1	7	85
520 NOXUBEE COUNTY DHS	86	25	0	4	90
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	572	17	0	11	574
540 PANOLA COUNTY DHS	112	6	0	3	114
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	302	39	0	28	307
560 PERRY COUNTY DHS	140	13	0	5	148
570 PIKE COUNTY DHS	175	5	0	7	144
580 PONTOTOC COUNTY DHS	155	15	0	3	128
590 PRENTISS COUNTY DHS	52	1	0	2	48

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JUNE 2020

07/02/20 00:25:36

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	

600	QUITMAN COUNTY DHS	55 3 0 0 58 0	58
610	RANKIN COUNTY DHS	208 22 0 3 215 12	230
620	SCOTT COUNTY DHS	243 6 0 19 230 0	249
630	SHARKEY COUNTY DHS	41 2 0 1 42 0	43
640	SIMPSON COUNTY DHS	227 9 0 14 222 0	236
650	SMITH COUNTY DHS	48 2 0 3 47 0	50
660	STONE COUNTY DHS	267 7 0 15 226 33	274
670	SUNFLOWER COUNTY DHS- I	144 16 0 2 155 3	160
671	SUNFLOWER COUNTY DHS- R	82 7 0 4 83 2	89
680	TALLAHATCHIE COUNTY DHS	45 4 0 0 49 0	49
690	TATE COUNTY DHS	165 26 0 5 186 0	191
700	TIPPAH COUNTY DHS	195 2 0 1 195 1	197
710	TISHOMINGO COUNTY DHS	55 6 0 5 56 0	61
720	TUNICA COUNTY DHS	17 0 0 1 16 0	17
730	UNION COUNTY DHS	93 12 0 4 101 0	105
740	WALTHALL COUNTY DHS	102 3 0 2 103 0	105
750	WARREN COUNTY DHS	244 31 0 5 268 2	275
760	WASHINGTON COUNTY DHS	262 68 2 8 296 28	332
770	WAYNE COUNTY DHS	240 4 2 19 222 5	246
780	WEBSTER COUNTY DHS	65 2 0 0 66	



F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	51 4 0	1 50 4	55
800 WINSTON COUNTY DHS	48 7 1	0 56 0	56
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	102 6 0	0 108 0	108
820 YAZOO COUNTY DHS	149 19 1	2 165 2	169
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	35 1 0	1 34 1	36
860 MSCAP UNIT	79 3 0	2 78 2	82
861 ESAP UNIT	1052 62 0	22 1031 61	1114
STATEWIDE TOTALS	16274 1502 39	594 16361 860	17815

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MARCH 2019

04/01/19 23:44:00

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
010 ADAMS COUNTY DHS	85 252 0	10 327 0	337
020 ALCORN COUNTY DHS	90 179 0	19 248 2	269
030 AMITE COUNTY DHS	31 74 0	6 99 0	105
040 ATTALA COUNTY DHS	64 126 0	2 188 0	190
050 BENTON COUNTY DHS	25 59 0	4 80 0	84
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	129 336 1	26 431 9	466
070 CALHOUN COUNTY DHS	34 68 0	4 98 0	102
080 CARROLL COUNTY DHS	16 36 0	3 49 0	52
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	42 85 0	3 124 0	127
100 CHOCTAW COUNTY DHS	29 50 0	5 74 0	79
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	66 112 0	3 111 64	178
120 CLARKE COUNTY DHS	81 154 0	10 224 1	235
130 CLAY COUNTY DHS	80 174 0	4 250 0	254
140 COAHOMA COUNTY DHS	131 347 0	14 453 11	478
150 COPIAH COUNTY DHS	96 254 0	5 345 0	350
160 COVINGTON COUNTY DHS	105 187 0	10 282 0	292
170 DESOTO COUNTY DHS	469 749 1	65 1075 79	1219
180 FORREST COUNTY DHS	354 598 0	20 735 197	952
190 FRANKLIN COUNTY DHS	24 61 0	2 83 0	85
200 GEORGE COUNTY DHS	87 159 0	17 209	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MARCH 2019

04/01/19 23:44:00

*F U L L S E R V I C E O F F I C E *	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK
210 GREENE COUNTY DHS	68	137	2 1 205 1 207
220 GRENADA COUNTY DHS	73	168	2 27 215 1 243
230 HANCOCK COUNTY DHS	181	240	0 24 392 5 421
240 HARRISON COUNTY DHS	1096	1767	0 143 2709 11 2863
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	1317	1987	1 182 3068 55 3305
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	37	68	0 2 103 0 105
260 HOLMES COUNTY DHS	100	249	0 14 334 1 349
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	52	228	8 2 285 1 288
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	4	8	0 0 12 0 12
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	49	81	0 15 115 0 130
300 JACKSON COUNTY DHS	654	956	0 61 1549 0 1610
310 JASPER COUNTY DHS	67	147	0 1 213 0 214
320 JEFFERSON COUNTY DHS	25	86	0 0 102 9 111
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	50	99	0 1 147 1 149
340 JONES COUNTY DHS	228	393	0 22 599 0 621
350 KEMPER COUNTY DHS	17	71	1 4 85 0 89
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	110	140	0 16 234 0 250
370 LAMAR COUNTY DHS	244	263	1 1 495 12 508
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	290	560	0 49 801 0 850
390 LAWRENCE COUNTY DHS	60	78	0 3 135 0 138

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MARCH 2019

04/01/19 23:44:01

FULL SERVICE OFFICE	* NVRA APPLICATION	* TY RECERTIFICATION	* PE CHANGE	* NVRA REGISTERED	* AC DECLINED	* OD LEFT	* E* BLANK	TOTAL
400 LEAKE COUNTY DHS	68	106	3	6	171	0		177
410 LEE COUNTY DHS	208	315	0	39	481	3		523
420 LEFLORE COUNTY DHS	141	426	1	19	504	45		568
430 LINCOLN COUNTY DHS	131	242	1	11	351	12		374
440 LOWNDES COUNTY DHS	222	506	0	26	701	1		728
450 MADISON COUNTY DHS	205	395	0	12	588	0		600
460 MARION COUNTY DHS	116	205	0	0	321	0		321
470 MARSHALL COUNTY DHS	90	175	0	6	259	0		265
480 MONROE COUNTY DHS	113	165	0	1	277	0		278
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	17	76	0	0	90	3		93
500 NESHOPA COUNTY DHS	95	241	0	15	321	0		336
510 NEWTON COUNTY DHS	72	114	0	5	180	1		186
520 NOXUBEE COUNTY DHS	47	164	0	0	134	77		211
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	140	293	1	22	409	3		434
540 PANOLA COUNTY DHS	99	268	0	16	351	0		367
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	187	289	0	6	468	2		476
560 PERRY COUNTY DHS	78	124	0	0	201	1		202
570 PIKE COUNTY DHS	169	358	0	26	499	2		527
580 PONTOTOC COUNTY DHS	92	143	0	8	227	0		235
590 PRENTISS COUNTY DHS	62	98	3	6	156			163

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MARCH 2019

04/01/19 23:44:01

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	

600	QUITMAN COUNTY DHS	32 94 0	13 113 0	126
610	RANKIN COUNTY DHS	245 377 0	31 591 0	622
620	SCOTT COUNTY DHS	103 194 0	7 290 0	297
630	SHARKEY COUNTY DHS	29 89 0	1 117 0	118
640	SIMPSON COUNTY DHS	97 138 0	19 216 0	235
650	SMITH COUNTY DHS	33 80 0	6 107 0	113
660	STONE COUNTY DHS	57 98 0	21 134 0	155
670	SUNFLOWER COUNTY DHS- I	110 329 0	4 435 0	439
671	SUNFLOWER COUNTY DHS- R	38 100 0	5 133 0	138
680	TALLAHATCHIE COUNTY DHS	42 98 1	1 140 0	141
690	TATE COUNTY DHS	66 181 0	11 236 0	247
700	TIPPAH COUNTY DHS	44 74 0	1 48 69	118
710	TISHOMINGO COUNTY DHS	35 40 0	5 70 0	75
720	TUNICA COUNTY DHS	64 157 0	23 198 0	221
730	UNION COUNTY DHS	51 96 0	5 141 1	147
740	WALTHALL COUNTY DHS	43 102 0	4 141 0	145
750	WARREN COUNTY DHS	183 409 0	23 565 4	592
760	WASHINGTON COUNTY DHS	223 715 0	41 830 67	938
770	WAYNE COUNTY DHS	112 248 1	9 352 0	361
780	WEBSTER COUNTY DHS	26 93 2	4 117	



F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL	
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	25	84	0	109
800 WINSTON COUNTY DHS	54	113	0	167
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	39	85	0	124
820 YAZOO COUNTY DHS	138	314	1	453
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	30	63	0	93
860 MSCAP UNIT	38	20	0	58
861 ESAP UNIT	421	351	0	772
862 KLLM UNIT	32	4	0	36
STATEWIDE TOTALS	11522	21235	31	32788

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MARCH 2020

04/02/20 00:03:49

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
010 ADAMS COUNTY DHS	171 248 0	8 410 1	419
020 ALCORN COUNTY DHS	171 181 0	5 329 18	352
030 AMITE COUNTY DHS	42 75 0	6 111 0	117
040 ATTALA COUNTY DHS	84 125 1	3 207 0	210
050 BENTON COUNTY DHS	54 57 0	6 105 0	111
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	197 288 3	15 397 76	488
070 CALHOUN COUNTY DHS	59 66 0	5 119 1	125
080 CARROLL COUNTY DHS	40 40 0	0 80 0	80
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	126 104 0	1 229 0	230
100 CHOCTAW COUNTY DHS	45 51 0	6 90 0	96
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	81 139 0	4 216 0	220
120 CLARKE COUNTY DHS	167 127 0	8 286 0	294
130 CLAY COUNTY DHS	151 187 0	8 330 0	338
140 COAHOMA COUNTY DHS	227 338 0	8 557 0	565
150 COPIAH COUNTY DHS	250 248 0	21 477 0	498
160 COVINGTON COUNTY DHS	159 113 0	16 256 0	272
170 DESOTO COUNTY DHS	637 632 0	67 1171 31	1269
180 FORREST COUNTY DHS	698 572 0	26 1197 47	1270
190 FRANKLIN COUNTY DHS	36 43 0	4 75 0	79
200 GEORGE COUNTY DHS	193 135 0	14 303	328



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MARCH 2020

04/02/20 00:03:50

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
210 GREENE COUNTY DHS	60 64	0 1 123 0	124
220 GRENADA COUNTY DHS	122 143	2 13 254 0	267
230 HANCOCK COUNTY DHS	385 223	0 72 535 1	608
240 HARRISON COUNTY DHS	2444 1824	1 189 4066 14	4269
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	2349 1861	0 156 3904 150	4210
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	75 55	0 11 119 0	130
260 HOLMES COUNTY DHS	137 203	0 7 333 0	340
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	94 208	11 2 311 0	313
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	9 16	0 1 24 0	25
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	87 82	0 3 166 0	169
300 JACKSON COUNTY DHS	1452 705	0 91 2062 4	2157
310 JASPER COUNTY DHS	106 150	0 2 254 0	256
320 JEFFERSON COUNTY DHS	74 86	0 3 134 23	160
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	94 84	0 0 178 0	178
340 JONES COUNTY DHS	462 374	2 28 809 1	838
350 KEMPER COUNTY DHS	51 63	1 1 113 1	115
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	177 93	0 11 257 2	270
370 LAMAR COUNTY DHS	382 217	0 7 591 1	599
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	547 546	0 61 1032 0	1093
390 LAWRENCE COUNTY DHS	77 75	0 1 151	152

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MARCH 2020

04/02/20 00:03:50

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
400 LEAKE COUNTY DHS	98 103 2	11 192 0	203
410 LEE COUNTY DHS	437 332 0	53 714 2	769
420 LEFLORE COUNTY DHS	216 328 2	19 422 105	546
430 LINCOLN COUNTY DHS	321 193 0	11 494 9	514
440 LOWNDES COUNTY DHS	349 464 0	36 776 1	813
450 MADISON COUNTY DHS	359 390 0	18 729 2	749
460 MARION COUNTY DHS	200 218 0	0 418 0	418
470 MARSHALL COUNTY DHS	120 164 0	5 278 1	284
480 MONROE COUNTY DHS	177 186 0	5 358 0	363
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	55 76 0	3 125 3	131
500 NESHOPA COUNTY DHS	156 230 1	14 373 0	387
510 NEWTON COUNTY DHS	113 102 0	9 206 0	215
520 NOXUBEE COUNTY DHS	100 145 0	0 236 9	245
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	305 267 0	24 547 1	572
540 PANOLA COUNTY DHS	257 263 0	10 510 0	520
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	488 345 0	30 803 0	833
560 PERRY COUNTY DHS	80 78 0	1 157 0	158
570 PIKE COUNTY DHS	321 368 0	13 654 22	689
580 PONTOTOC COUNTY DHS	114 123 0	6 231 0	237
590 PRENTISS COUNTY DHS	81 86 0	4 162	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MARCH 2020

04/02/20 00:03:51

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	

600	QUITMAN COUNTY DHS	55 80 0 4 131 0	135
610	RANKIN COUNTY DHS	571 366 0 33 903 1	937
620	SCOTT COUNTY DHS	149 163 0 8 304 0	312
630	SHARKEY COUNTY DHS	38 83 0 0 121 0	121
640	SIMPSON COUNTY DHS	191 136 0 15 312 0	327
650	SMITH COUNTY DHS	70 47 0 2 115 0	117
660	STONE COUNTY DHS	146 101 0 17 200 30	247
670	SUNFLOWER COUNTY DHS- I	126 259 0 4 381 0	385
671	SUNFLOWER COUNTY DHS- R	39 97 0 0 136 0	136
680	TALLAHATCHIE COUNTY DHS	52 95 0 0 147 0	147
690	TATE COUNTY DHS	192 178 0 8 362 0	370
700	TIPPAH COUNTY DHS	97 53 0 13 134 3	150
710	TISHOMINGO COUNTY DHS	71 39 1 7 104 0	111
720	TUNICA COUNTY DHS	141 133 0 16 258 0	274
730	UNION COUNTY DHS	74 73 0 1 145 1	147
740	WALTHALL COUNTY DHS	64 99 0 0 163 0	163
750	WARREN COUNTY DHS	421 321 0 22 718 2	742
760	WASHINGTON COUNTY DHS	341 628 0 17 866 86	969
770	WAYNE COUNTY DHS	188 229 3 14 406 0	420
780	WEBSTER COUNTY DHS	61 60 0 0 121	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MARCH 2020

04/02/20 00:03:51

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	47 78	0 2 123 0	125
800 WINSTON COUNTY DHS	101 114	0 7 208 0	215
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	76 92	0 1 167 0	168
820 YAZOO COUNTY DHS	280 308	2 1 589 0	590
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	36 71	0 4 102 1	107
860 MSCAP UNIT	78 62	0 8 129 3	140
861 ESAP UNIT	755 693	0 27 1364 57	1448
STATEWIDE TOTALS	21579 19960	32 1394 39455 722	41571

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MAY 2019

06/01/19 17:59:10

FULL SERVICE OFFICE	* NVRA APPLICATION	* NVRA RECERTIFICATION	* PE * CHANGE	* NVRA REGISTERED	* NVRA DECLINED	* NVRA LEFT BLANK	TOTAL
010 ADAMS COUNTY DHS	105	215	0	15	304	1	320
020 ALCORN COUNTY DHS	92	171	0	12	250	1	263
030 AMITE COUNTY DHS	40	86	0	5	121	0	126
040 ATTALA COUNTY DHS	79	126	0	5	200	0	205
050 BENTON COUNTY DHS	39	45	0	5	79	0	84
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	144	328	6	13	454	11	478
070 CALHOUN COUNTY DHS	54	93	0	5	141	1	147
080 CARROLL COUNTY DHS	13	44	0	2	55	0	57
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	62	121	0	11	172	0	183
100 CHOCTAW COUNTY DHS	36	73	0	1	108	0	109
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	88	121	0	2	206	1	209
120 CLARKE COUNTY DHS	92	98	0	17	173	0	190
130 CLAY COUNTY DHS	95	217	0	9	303	0	312
140 COAHOMA COUNTY DHS	157	365	0	2	502	18	522
150 COPIAH COUNTY DHS	171	203	0	4	370	0	374
160 COVINGTON COUNTY DHS	102	130	0	11	221	0	232
170 DESOTO COUNTY DHS	569	596	0	60	1055	50	1165
180 FORREST COUNTY DHS	523	596	0	18	899	202	1119
190 FRANKLIN COUNTY DHS	32	53	0	5	80	0	85
200 GEORGE COUNTY DHS	131	115	0	9	223		



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MAY 2019

06/01/19 17:59:11

FULL SERVICE OFFICE	*N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
210 GREENE COUNTY DHS	80 118 0	4 194 0	198
220 GRENADA COUNTY DHS	103 128 3	23 211 0	234
230 HANCOCK COUNTY DHS	192 242 0	35 398 1	434
240 HARRISON COUNTY DHS	1355 1700 1	193 2852 11	3056
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	1574 1973 1	205 3297 46	3548
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	32 62 0	4 90 0	94
260 HOLMES COUNTY DHS	120 176 0	11 284 1	296
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	61 166 5	6 226 0	232
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	3 17 0	0 20 0	20
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	63 71 0	17 117 0	134
300 JACKSON COUNTY DHS	863 788 0	106 1542 3	1651
310 JASPER COUNTY DHS	80 110 0	0 190 0	190
320 JEFFERSON COUNTY DHS	67 102 0	4 158 7	169
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	75 74 0	2 147 0	149
340 JONES COUNTY DHS	326 302 2	32 596 2	630
350 KEMPER COUNTY DHS	22 79 2	2 101 0	103
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	135 112 0	10 237 0	247
370 LAMAR COUNTY DHS	309 224 0	12 505 16	533
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	376 452 1	56 773 0	829
390 LAWRENCE COUNTY DHS	56 71 0	3 122	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MAY 2019

06/01/19 17:59:11

*F U L L S E R V I C E O F F I C E *	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
400 LEAKE COUNTY DHS	88 110 1	9 190 0	199
410 LEE COUNTY DHS	359 332 0	55 635 1	691
420 LEFLORE COUNTY DHS	195 420 1	17 563 36	616
430 LINCOLN COUNTY DHS	196 262 0	19 434 5	458
440 LOWNDES COUNTY DHS	237 407 0	27 617 0	644
450 MADISON COUNTY DHS	286 301 0	18 568 1	587
460 MARION COUNTY DHS	164 181 0	1 343 1	345
470 MARSHALL COUNTY DHS	110 159 0	6 263 0	269
480 MONROE COUNTY DHS	136 147 1	2 282 0	284
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	48 50 0	3 88 7	98
500 NESHOPA COUNTY DHS	125 204 0	21 308 0	329
510 NEWTON COUNTY DHS	81 92 0	10 163 0	173
520 NOXUBEE COUNTY DHS	67 167 0	0 162 72	234
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	209 266 0	25 449 1	475
540 PANOLA COUNTY DHS	137 235 0	15 356 1	372
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	299 275 0	12 562 0	574
560 PERRY COUNTY DHS	94 81 0	3 172 0	175
570 PIKE COUNTY DHS	226 339 0	29 535 1	565
580 PONTOTOC COUNTY DHS	113 129 0	4 237 1	242
590 PRENTISS COUNTY DHS	88 85 1	6 168 0	174

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MAY 2019

06/01/19 17:59:12

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	

600	QUITMAN COUNTY DHS	43 60 0 5 98 0	103
610	RANKIN COUNTY DHS	361 402 0 25 738 0	763
620	SCOTT COUNTY DHS	167 177 1 15 330 0	345
630	SHARKEY COUNTY DHS	47 60 0 2 105 0	107
640	SIMPSON COUNTY DHS	116 108 0 12 212 0	224
650	SMITH COUNTY DHS	48 68 0 4 112 0	116
660	STONE COUNTY DHS	94 110 0 25 165 14	204
670	SUNFLOWER COUNTY DHS- I	132 283 0 6 407 2	415
671	SUNFLOWER COUNTY DHS- R	53 85 0 7 131 0	138
680	TALLAHATCHIE COUNTY DHS	55 109 0 3 161 0	164
690	TATE COUNTY DHS	83 138 0 7 214 0	221
700	TIPPAH COUNTY DHS	75 98 0 6 89 78	173
710	TISHOMINGO COUNTY DHS	53 64 0 5 112 0	117
720	TUNICA COUNTY DHS	98 147 0 28 217 0	245
730	UNION COUNTY DHS	63 75 0 2 136 0	138
740	WALTHALL COUNTY DHS	40 92 0 4 128 0	132
750	WARREN COUNTY DHS	272 385 0 28 629 0	657
760	WASHINGTON COUNTY DHS	307 767 0 51 969 54	1074
770	WAYNE COUNTY DHS	133 198 2 12 321 0	333
780	WEBSTER COUNTY DHS	48 65 0 6 107	



F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	54 72 0	5 121 0	126
800 WINSTON COUNTY DHS	88 139 1	9 219 0	228
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	59 95 0	2 152 0	154
820 YAZOO COUNTY DHS	196 273 3	3 469 0	472
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	43 61 0	4 100 0	104
860 MSCAP UNIT	50 30 0	7 72 1	80
861 ESAP UNIT	373 278 0	18 603 30	651
862 KLLM UNIT	41 5 0	3 42 1	46
STATEWIDE TOTALS	14966 19449 32	1522 32230 695	34447

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MAY 2020

06/02/20 00:30:29

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
010 ADAMS COUNTY DHS	147 18 0	3 160 2	165
020 ALCORN COUNTY DHS	184 15 0	1 186 12	199
030 AMITE COUNTY DHS	65 5 0	1 67 2	70
040 ATTALA COUNTY DHS	86 5 0	0 91 0	91
050 BENTON COUNTY DHS	40 4 0	2 42 0	44
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	187 71 0	7 206 45	258
070 CALHOUN COUNTY DHS	114 4 0	1 117 0	118
080 CARROLL COUNTY DHS	203 5 0	8 200 0	208
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	148 4 0	16 135 1	152
100 CHOCTAW COUNTY DHS	17 18 0	1 32 2	35
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	94 35 0	2 123 4	129
120 CLARKE COUNTY DHS	201 3 0	10 159 35	204
130 CLAY COUNTY DHS	347 15 0	3 355 4	362
140 COAHOMA COUNTY DHS	258 50 0	4 286 18	308
150 COPIAH COUNTY DHS	243 60 0	2 300 1	303
160 COVINGTON COUNTY DHS	98 14 0	5 104 3	112
170 DESOTO COUNTY DHS	928 124 0	26 968 58	1052
180 FORREST COUNTY DHS	592 56 0	7 622 19	648
190 FRANKLIN COUNTY DHS	114 9 1	1 123 0	124
200 GEORGE COUNTY DHS	260 16 0	7 207	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MAY 2020

06/02/20 00:30:30

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
210 GREENE COUNTY DHS	86 17 0	1 102 0	103
220 GRENADA COUNTY DHS	89 7 0	3 93 0	96
230 HANCOCK COUNTY DHS	332 9 0	29 268 44	341
240 HARRISON COUNTY DHS	985 277 0	21 1203 38	1262
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	1865 228 0	39 1856 198	2093
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	30 5 0	1 31 3	35
260 HOLMES COUNTY DHS	326 24 0	9 330 11	350
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	161 38 8	0 206 1	207
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	91 2 0	2 91 0	93
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	100 9 0	2 107 0	109
300 JACKSON COUNTY DHS	751 127 0	28 801 49	878
310 JASPER COUNTY DHS	89 16 0	1 104 0	105
320 JEFFERSON COUNTY DHS	198 6 0	2 90 112	204
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	99 15 0	2 109 3	114
340 JONES COUNTY DHS	568 26 2	20 450 126	596
350 KEMPER COUNTY DHS	47 11 0	0 58 0	58
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	157 5 0	4 157 1	162
370 LAMAR COUNTY DHS	386 16 0	3 396 3	402
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	407 60 0	8 454 5	467
390 LAWRENCE COUNTY DHS	105 5 0	4 104	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MAY 2020

06/02/20 00:30:30

*F U L L S E R V I C E O F F I C E *	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
400 LEAKE COUNTY DHS	148 10 3	2 159 0	161
410 LEE COUNTY DHS	716 14 3	23 692 18	733
420 LEFLORE COUNTY DHS	536 48 3	16 427 144	587
430 LINCOLN COUNTY DHS	394 46 3	14 382 47	443
440 LOWNDES COUNTY DHS	286 47 0	12 303 18	333
450 MADISON COUNTY DHS	560 54 0	6 605 3	614
460 MARION COUNTY DHS	339 33 1	1 368 4	373
470 MARSHALL COUNTY DHS	136 3 0	4 134 1	139
480 MONROE COUNTY DHS	296 19 0	5 308 2	315
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	60 8 0	2 62 4	68
500 NESHOPA COUNTY DHS	148 26 0	2 170 2	174
510 NEWTON COUNTY DHS	135 14 1	5 145 0	150
520 NOXUBEE COUNTY DHS	236 45 0	9 230 42	281
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	654 39 0	9 683 1	693
540 PANOLA COUNTY DHS	260 21 0	5 275 1	281
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	249 48 0	16 277 4	297
560 PERRY COUNTY DHS	167 16 0	6 174 3	183
570 PIKE COUNTY DHS	278 29 0	4 276 27	307
580 PONTOTOC COUNTY DHS	219 3 0	6 103 113	222
590 PRENTISS COUNTY DHS	83 9 3	3 83	85

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
600 QUITMAN COUNTY DHS	53 13 0	2 63 1	66
610 RANKIN COUNTY DHS	414 17 0	5 378 48	431
620 SCOTT COUNTY DHS	373 27 0	14 385 1	400
630 SHARKEY COUNTY DHS	96 10 0	1 105 0	106
640 SIMPSON COUNTY DHS	360 6 0	10 353 3	366
650 SMITH COUNTY DHS	78 4 0	3 79 0	82
660 STONE COUNTY DHS	173 17 0	12 162 16	190
670 SUNFLOWER COUNTY DHS- I	219 44 0	4 251 8	263
671 SUNFLOWER COUNTY DHS- R	114 17 0	1 128 2	131
680 TALLAHATCHIE COUNTY DHS	164 8 1	5 166 2	173
690 TATE COUNTY DHS	221 10 0	4 225 2	231
700 TIPPAAH COUNTY DHS	185 7 0	4 188 0	192
710 TISHOMINGO COUNTY DHS	66 9 0	1 72 2	75
720 TUNICA COUNTY DHS	54 1 0	4 49 2	55
730 UNION COUNTY DHS	103 4 0	0 107 0	107
740 WALTHALL COUNTY DHS	144 12 0	4 152 0	156
750 WARREN COUNTY DHS	510 52 1	6 553 4	563
760 WASHINGTON COUNTY DHS	309 70 0	9 334 36	379
770 WAYNE COUNTY DHS	174 47 1	9 210 3	222
780 WEBSTER COUNTY DHS	73 10 0	7 76	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR MAY 2020

06/02/20 00:30:31

FULL SERVICE OFFICE	*N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
790 WILKINSON COUNTY DHS	95 15 0	7 75 28	110
800 WINSTON COUNTY DHS	55 20 1	2 73 1	76
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	131 13 0	0 142 2	144
820 YAZOO COUNTY DHS	133 22 0	3 151 1	155
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	36 21 0	2 51 4	57
860 MSCAP UNIT	108 6 0	4 106 4	114
861 ESAP UNIT	973 417 0	14 1303 73	1390
STATEWIDE TOTALS	22512 2865 32	573 23286 1550	25409

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
-------------------------------------	--	---	-------

010	ADAMS COUNTY DHS	112 250 0 11 351 0	362
020	ALCORN COUNTY DHS	144 190 0 11 299 24	334
030	AMITE COUNTY DHS	31 65 0 5 91 0	96
040	ATTALA COUNTY DHS	64 115 0 7 172 0	179
050	BENTON COUNTY DHS	23 38 1 2 60 0	62
060	EAST BOLIVAR COUNTY DHS	131 318 0 13 426 10	449
070	CALHOUN COUNTY DHS	34 80 0 5 109 0	114
080	CARROLL COUNTY DHS	20 51 0 3 68 0	71
090	EAST CHICKASAW COUNTY DHS	85 88 0 0 173 0	173
100	CHOCTAW COUNTY DHS	27 52 0 1 78 0	79
110	CLAIBORNE COUNTY DHS	49 103 0 0 152 0	152
120	CLARKE COUNTY DHS	102 123 0 8 217 0	225
130	CLAY COUNTY DHS	98 172 0 4 266 0	270
140	COAHOMA COUNTY DHS	161 351 0 5 507 0	512
150	COPIAH COUNTY DHS	162 226 0 10 378 0	388
160	COVINGTON COUNTY DHS	112 133 0 5 240 0	245
170	DESOTO COUNTY DHS	526 603 0 67 1043 19	1129
180	FORREST COUNTY DHS	409 555 0 16 773 175	964
190	FRANKLIN COUNTY DHS	30 40 0 1 69 0	70
200	GEORGE COUNTY DHS	115 88 0 10 184	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR NOVEMBER 2019

12/01/19 09:31:46

FULL SERVICE OFFICE	*N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
210 GREENE COUNTY DHS	80 37 0	1 102 14	117
220 GRENADA COUNTY DHS	91 148 1	14 226 0	240
230 HANCOCK COUNTY DHS	212 214 0	28 397 1	426
240 HARRISON COUNTY DHS	1395 1576 0	141 2818 12	2971
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	1227 1683 1	171 2616 124	2911
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	50 62 0	4 108 0	112
260 HOLMES COUNTY DHS	87 183 0	9 259 2	270
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	56 114 5	4 171 0	175
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	2 13 0	0 15 0	15
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	54 58 1	6 107 0	113
300 JACKSON COUNTY DHS	845 701 0	47 1498 1	1546
310 JASPER COUNTY DHS	67 82 0	0 149 0	149
320 JEFFERSON COUNTY DHS	43 110 0	3 129 21	153
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	64 78 0	1 141 0	142
340 JONES COUNTY DHS	365 320 0	29 652 4	685
350 KEMPER COUNTY DHS	22 72 0	2 92 0	94
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	137 122 1	9 251 0	260
370 LAMAR COUNTY DHS	295 226 0	4 507 10	521
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	321 449 0	50 719 1	770
390 LAWRENCE COUNTY DHS	53 60 1	1 113	

MS-MDHS-21-0341-B-000205

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR NOVEMBER 2019

12/01/19 09:31:47

*F U L L S E R V I C E O F F I C E *	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
400 LEAKE COUNTY DHS	56 90 0	5 141 0	146
410 LEE COUNTY DHS	293 333 0	56 569 1	626
420 LEFLORE COUNTY DHS	191 365 0	11 523 22	556
430 LINCOLN COUNTY DHS	194 191 0	23 351 11	385
440 LOWNDES COUNTY DHS	229 338 0	32 535 0	567
450 MADISON COUNTY DHS	254 318 0	9 518 45	572
460 MARION COUNTY DHS	172 145 0	1 316 0	317
470 MARSHALL COUNTY DHS	90 137 0	7 220 0	227
480 MONROE COUNTY DHS	142 150 0	13 279 0	292
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	28 40 0	4 62 2	68
500 NESHOPA COUNTY DHS	97 192 0	9 280 0	289
510 NEWTON COUNTY DHS	93 88 0	18 163 0	181
520 NOXUBEE COUNTY DHS	44 164 0	1 200 7	208
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	200 292 0	32 459 1	492
540 PANOLA COUNTY DHS	148 229 0	19 358 0	377
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	271 281 0	28 524 0	552
560 PERRY COUNTY DHS	75 49 0	0 124 0	124
570 PIKE COUNTY DHS	166 388 0	22 529 3	554
580 PONTOTOC COUNTY DHS	128 122 0	5 245 0	250
590 PRENTISS COUNTY DHS	69 91 1	5 155	

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
600 QUITMAN COUNTY DHS	43 62 0	9 96 0	105
610 RANKIN COUNTY DHS	290 343 0	21 603 9	633
620 SCOTT COUNTY DHS	121 150 0	12 259 0	271
630 SHARKEY COUNTY DHS	29 43 0	0 72 0	72
640 SIMPSON COUNTY DHS	90 94 0	6 178 0	184
650 SMITH COUNTY DHS	40 51 0	2 89 0	91
660 STONE COUNTY DHS	93 90 0	8 147 28	183
670 SUNFLOWER COUNTY DHS- I	107 214 0	3 318 0	321
671 SUNFLOWER COUNTY DHS- R	49 88 0	1 136 0	137
680 TALLAHATCHIE COUNTY DHS	53 95 0	1 147 0	148
690 TATE COUNTY DHS	91 125 0	9 207 0	216
700 TIPPAAH COUNTY DHS	64 68 0	2 129 1	132
710 TISHOMINGO COUNTY DHS	46 51 0	8 89 0	97
720 TUNICA COUNTY DHS	62 125 0	8 179 0	187
730 UNION COUNTY DHS	66 68 0	8 125 1	134
740 WALTHALL COUNTY DHS	60 89 0	1 148 0	149
750 WARREN COUNTY DHS	209 325 0	14 520 0	534
760 WASHINGTON COUNTY DHS	251 681 0	23 862 47	932
770 WAYNE COUNTY DHS	147 196 1	14 330 0	344
780 WEBSTER COUNTY DHS	40 63 3	2 104	



F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK
790 WILKINSON COUNTY DHS	36 63 0	0 99 0	99
800 WINSTON COUNTY DHS	76 135 2	5 208 0	213
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	37 75 0	1 111 0	112
820 YAZOO COUNTY DHS	138 264 3	3 402 0	405
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	34 75 0	6 103 0	109
860 MSCAP UNIT	51 61 0	4 105 3	112
861 ESAP UNIT	384 264 0	12 614 22	648
862 KLLM UNIT	22 4 0	2 24 0	26
STATEWIDE TOTALS	13570 17914 21	1193 29681 631	31505

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR NOVEMBER 2020

12/02/20 01:02:01

FULL SERVICE OFFICE	* NVRA APPLICATION	* NVRA RECERTIFICATION	* PE CHANGE	* NVRA REGISTERED	* NVRA DECLINED	* NVRA LEFT BLANK	TOTAL
-----------------------	--------------------	------------------------	-------------	-------------------	-----------------	-------------------	-------

010	ADAMS COUNTY DHS	210	178	0	3	385	0	388
020	ALCORN COUNTY DHS	205	178	0	6	359	18	383
030	AMITE COUNTY DHS	44	71	0	0	115	0	115
040	ATTALA COUNTY DHS	100	135	0	2	233	0	235
050	BENTON COUNTY DHS	64	32	0	1	95	0	96
060	EAST BOLIVAR COUNTY DHS	208	209	1	4	231	183	418
070	CALHOUN COUNTY DHS	52	68	0	1	119	0	120
080	CARROLL COUNTY DHS	37	32	0	0	69	0	69
090	EAST CHICKASAW COUNTY DHS	128	70	0	14	184	0	198
100	CHOCTAW COUNTY DHS	63	25	0	1	87	0	88
110	CLAIBORNE COUNTY DHS	108	48	0	4	152	0	156
120	CLARKE COUNTY DHS	116	50	0	7	146	13	166
130	CLAY COUNTY DHS	144	153	0	19	278	0	297
140	COAHOMA COUNTY DHS	241	221	0	7	455	0	462
150	COPIAH COUNTY DHS	157	199	0	2	354	0	356
160	COVINGTON COUNTY DHS	136	121	0	5	252	0	257
170	DESOTO COUNTY DHS	764	622	0	20	1341	25	1386
180	FORREST COUNTY DHS	669	351	0	16	994	10	1020
190	FRANKLIN COUNTY DHS	41	45	0	1	84	1	86
200	GEORGE COUNTY DHS	236	64	0	15	271		



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR NOVEMBER 2020

12/02/20 01:02:02

FULL SERVICE OFFICE	* NVRA APPLICATION	* NVRA RECERTIFICATION	* PE CHANGE	* NVRA REGISTERED	* NVRA DECLINED	* NVRA LEFT BLANK	TOTAL
-----------------------	--------------------	------------------------	-------------	-------------------	-----------------	-------------------	-------

210	GREENE COUNTY DHS	87	24	0	1	110	0	111
220	GRENADA COUNTY DHS	107	104	1	1	210	1	212
230	HANCOCK COUNTY DHS	352	153	0	32	471	2	505
240	HARRISON COUNTY DHS	1930	1274	0	103	3083	18	3204
250	HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	2169	1341	0	117	3320	73	3510
260	HOLMES COUNTY DHS	128	138	0	1	265	0	266
270	HUMPHREYS COUNTY DHS	73	68	5	0	146	0	146
280	ISSAQUENA COUNTY DHS	8	5	0	0	13	0	13
290	ITAWAMBA COUNTY DHS	120	54	0	1	173	0	174
300	JACKSON COUNTY DHS	1211	550	0	47	1706	8	1761
310	JASPER COUNTY DHS	110	84	0	0	194	0	194
320	JEFFERSON COUNTY DHS	49	82	0	1	70	60	131
330	JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	94	64	0	4	154	0	158
340	JONES COUNTY DHS	418	320	0	13	722	3	738
350	KEMPER COUNTY DHS	73	74	4	0	151	0	151
360	LAFAYETTE COUNTY DHS	105	56	0	2	158	1	161
370	LAMAR COUNTY DHS	399	175	0	2	570	2	574
380	LAUDERDALE COUNTY DHS	438	363	0	22	777	2	801
390	LAWRENCE COUNTY DHS	80	59	0	0	139	0	139
400	LEAKE COUNTY DHS	108	101	2	3	208		



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR NOVEMBER 2020

12/02/20 01:02:02

*F U L L S E R V I C E O F F I C E *	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION CHANGE	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
410 LEE COUNTY DHS	451 216 0	30 637 0	667
420 LEFLORE COUNTY DHS	238 278 0	9 456 51	516
430 LINCOLN COUNTY DHS	207 223 0	11 410 9	430
440 LOWNDES COUNTY DHS	352 356 0	8 692 8	708
450 MADISON COUNTY DHS	350 388 0	6 723 9	738
460 MARION COUNTY DHS	258 150 0	1 407 0	408
470 MARSHALL COUNTY DHS	146 149 0	15 279 1	295
480 MONROE COUNTY DHS	196 102 0	4 294 0	298
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	55 46 0	0 98 3	101
500 NESHOPA COUNTY DHS	181 188 0	8 361 0	369
510 NEWTON COUNTY DHS	117 112 0	5 224 0	229
520 NOXUBEE COUNTY DHS	104 93 0	0 194 3	197
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	327 173 0	9 491 0	500
540 PANOLA COUNTY DHS	209 193 0	5 395 2	402
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	391 317 0	22 686 0	708
560 PERRY COUNTY DHS	83 69 0	1 150 1	152
570 PIKE COUNTY DHS	299 332 0	5 624 2	631
580 PONTOTOC COUNTY DHS	157 87 0	0 244 0	244
590 PRENTISS COUNTY DHS	94 46 0	1 139 0	140
600 QUITMAN COUNTY DHS	53 39 0	3 89	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR NOVEMBER 2020

12/02/20 01:02:03

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
610 RANKIN COUNTY DHS	571 351 0	5 911 6	922
620 SCOTT COUNTY DHS	182 172 1	4 350 1	355
630 SHARKEY COUNTY DHS	49 69 0	0 118 0	118
640 SIMPSON COUNTY DHS	146 79 0	13 212 0	225
650 SMITH COUNTY DHS	77 56 0	5 127 1	133
660 STONE COUNTY DHS	131 84 0	12 143 60	215
670 SUNFLOWER COUNTY DHS- I	140 216 0	0 356 0	356
671 SUNFLOWER COUNTY DHS- R	60 110 0	0 169 1	170
680 TALLAHATCHIE COUNTY DHS	80 76 0	3 153 0	156
690 TATE COUNTY DHS	122 125 0	0 247 0	247
700 TIPPAH COUNTY DHS	80 78 0	0 158 0	158
710 TISHOMINGO COUNTY DHS	81 62 0	11 132 0	143
720 TUNICA COUNTY DHS	98 87 0	4 181 0	185
730 UNION COUNTY DHS	131 68 0	4 193 2	199
740 WALTHALL COUNTY DHS	99 80 0	1 178 0	179
750 WARREN COUNTY DHS	349 310 0	14 644 1	659
760 WASHINGTON COUNTY DHS	378 439 0	17 750 50	817
770 WAYNE COUNTY DHS	184 206 0	11 379 0	390
780 WEBSTER COUNTY DHS	52 55 0	0 107 0	107
790 WILKINSON COUNTY DHS	70 66 0	0 136 0	136



F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL	
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK	
800 WINSTON COUNTY DHS	108	157	1 13 253 0	266
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	67	95	0 0 162 0	162
820 YAZOO COUNTY DHS	221	202	1 0 424 0	424
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	40	64	0 1 103 0	104
860 MSCAP UNIT	89	67	1 6 145 6	157
861 ESAP UNIT	799	410	0 14 1131 64	1209
STATEWIDE TOTALS	20454	15302	17 759 34299 715	35773

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JANUARY 2021

02/02/21 01:20:32

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
010 ADAMS COUNTY DHS	203 221 1	6 418 1	425
020 ALCORN COUNTY DHS	194 167 0	1 337 23	361
030 AMITE COUNTY DHS	49 118 0	0 167 0	167
040 ATTALA COUNTY DHS	118 159 0	1 276 0	277
050 BENTON COUNTY DHS	34 51 0	1 84 0	85
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	205 409 1	5 218 392	615
070 CALHOUN COUNTY DHS	73 62 0	5 130 0	135
080 CARROLL COUNTY DHS	36 51 0	2 85 0	87
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	96 110 0	9 197 0	206
100 CHOCTAW COUNTY DHS	64 15 0	2 77 0	79
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	84 139 0	2 221 0	223
120 CLARKE COUNTY DHS	133 214 0	6 341 0	347
130 CLAY COUNTY DHS	179 256 0	19 416 0	435
140 COAHOMA COUNTY DHS	336 451 0	8 778 1	787
150 COPIAH COUNTY DHS	206 321 0	4 523 0	527
160 COVINGTON COUNTY DHS	196 153 0	7 342 0	349
170 DESOTO COUNTY DHS	873 789 0	38 1587 37	1662
180 FORREST COUNTY DHS	814 622 0	18 1415 3	1436
190 FRANKLIN COUNTY DHS	54 39 0	3 90 0	93
200 GEORGE COUNTY DHS	225 151 0	6 327	376



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JANUARY 2021

02/02/21 01:20:32

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
210 GREENE COUNTY DHS	42 43 0	2 82 1	85
220 GRENADA COUNTY DHS	124 145 0	2 267 0	269
230 HANCOCK COUNTY DHS	281 178 0	12 446 1	459
240 HARRISON COUNTY DHS	2048 2249 0	91 4195 11	4297
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	2334 1923 0	130 4021 106	4257
260 HOLMES COUNTY DHS	166 292 0	2 456 0	458
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	100 244 3	0 347 0	347
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	12 12 0	0 24 0	24
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	145 142 0	0 287 0	287
300 JACKSON COUNTY DHS	1160 899 0	69 1963 27	2059
310 JASPER COUNTY DHS	110 199 0	2 307 0	309
320 JEFFERSON COUNTY DHS	114 95 0	0 124 85	209
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	91 90 0	0 181 0	181
340 JONES COUNTY DHS	475 398 0	15 842 16	873
350 KEMPER COUNTY DHS	40 107 0	0 145 2	147
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	218 146 0	5 358 1	364
370 LAMAR COUNTY DHS	414 243 0	3 654 0	657
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	568 686 0	27 1226 1	1254
390 LAWRENCE COUNTY DHS	76 76 0	0 152 0	152
400 LEAKE COUNTY DHS	133 149 1	9 274	282



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JANUARY 2021

02/02/21 01:20:33

FULL SERVICE OFFICE	*NVRA APPLICATION*	*TY RECERTIFICATION*	*PE CHANGE*	*NVRA REGISTERED*	*A DECLINED*	*O LEFT*	*D BLANK*	*E*	TOTAL
410 LEE COUNTY DHS	408	480	0	32	854	2			888
420 LEFLORE COUNTY DHS	311	385	0	13	626	57			696
430 LINCOLN COUNTY DHS	246	256	0	1	497	4			502
440 LOWNDES COUNTY DHS	398	558	0	16	935	5			956
450 MADISON COUNTY DHS	457	517	0	8	964	2			974
460 MARION COUNTY DHS	237	201	0	0	438	0			438
470 MARSHALL COUNTY DHS	182	219	0	13	387	1			401
480 MONROE COUNTY DHS	196	238	0	4	430	0			434
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	59	90	0	1	145	3			149
500 NESHOPA COUNTY DHS	212	336	0	20	528	0			548
510 NEWTON COUNTY DHS	151	150	0	1	299	1			301
520 NOXUBEE COUNTY DHS	117	180	0	1	293	3			297
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	307	343	0	30	620	0			650
540 PANOLA COUNTY DHS	212	280	0	4	486	2			492
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	472	410	0	21	859	2			882
560 PERRY COUNTY DHS	128	84	0	1	210	1			212
570 PIKE COUNTY DHS	393	394	0	12	773	2			787
580 PONTOTOC COUNTY DHS	143	147	0	0	290	0			290
590 PRENTISS COUNTY DHS	81	77	0	3	155	0			158
600 QUITMAN COUNTY DHS	70	55	0	7	118				125

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR JANUARY 2021

02/02/21 01:20:33

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	

610	RANKIN COUNTY DHS	518 413 0 2 907 22	931
620	SCOTT COUNTY DHS	249 174 0 4 418 1	423
630	SHARKEY COUNTY DHS	63 103 0 0 166 0	166
640	SIMPSON COUNTY DHS	158 130 0 8 280 0	288
650	SMITH COUNTY DHS	82 70 0 5 147 0	152
660	STONE COUNTY DHS	142 124 0 27 154 85	266
670	SUNFLOWER COUNTY DHS- I	206 334 0 1 537 2	540
671	SUNFLOWER COUNTY DHS- R	74 123 0 0 194 3	197
680	TALLAHATCHIE COUNTY DHS	96 125 1 3 219 0	222
690	TATE COUNTY DHS	146 198 0 3 341 0	344
700	TIPPAH COUNTY DHS	79 69 0 0 148 0	148
710	TISHOMINGO COUNTY DHS	102 89 0 5 186 0	191
720	TUNICA COUNTY DHS	139 190 0 12 317 0	329
730	UNION COUNTY DHS	112 118 0 0 230 0	230
740	WALTHALL COUNTY DHS	79 79 0 1 157 0	158
750	WARREN COUNTY DHS	355 550 0 22 882 1	905
760	WASHINGTON COUNTY DHS	433 691 0 16 1049 59	1124
770	WAYNE COUNTY DHS	188 303 1 10 482 0	492
780	WEBSTER COUNTY DHS	80 73 0 2 151 0	153
790	WILKINSON COUNTY DHS	54 66 0 0 120	



F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL	
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK	
800 WINSTON COUNTY DHS	142	208	0	350
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	63	107	0	170
820 YAZOO COUNTY DHS	251	392	3	646
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	53	84	0	137
860 MSCAP UNIT	58	36	0	94
861 ESAP UNIT	982	423	0	1405
STATEWIDE TOTALS	22507	23486	11	46004



DELBERT HOSEMAN
Secretary of State

NATIONAL VOTER REGISTRATION ACT AGENCY GUIDE AND TRAINING MANUAL

**Prepared by the
Mississippi Secretary of State's Office
Updated 2010**

OVERVIEW

Who is eligible: All Mississippians who apply for or receive services or benefits under one of the following agencies or programs:

Mississippi Department of Health
Division of Medicaid
Mississippi Department of Mental Health
Mississippi Department of Rehabilitation Services
Mississippi Department of Human Services

Services Provided: All Mississippians who apply or receive services from these agencies must be given the opportunity to register to vote or update voter registration data. Employees at agencies must provide a voter registration application and a declination form to every person who applies for benefits, renews or recertifies benefits, or reports a change of address in connection with benefits.

Why: Pursuant to the National Voter Registration Act, these voter registration services are required by federal law. The purpose of the law is to make voter registration tools more accessible to all eligible voters. Voter registration services at all voter registration agencies in Mississippi are applicable to all elections, not just federal elections.

How: Agencies and their staff are required to offer the applicant the opportunity to register to vote, and provide all necessary forms – voter registration applications and declination forms. Agency staff must also provide the same level of assistance in completion of the voter registration forms as would be offered in the completion of agency forms, unless the client declines such assistance. Completed voter registration forms must be transmitted by the agency within five business days to the appropriate county circuit clerk.

PROCEDURES FOR VOTER REGISTRATION AT DESIGNATED AGENCIES

Information contained in this section outlines the procedures for administering the agency voter registration program. Each subsection details the procedures for different situations. The term “client” in this manual refers to an applicant for or a client currently receiving services. It also refers to an adult applying for, or receiving services, on behalf of a child. The term “covered transaction” in this manual refers to a client who applies for benefits, renews, or recertifies benefits, or reports a change of address in connection with benefits.

If after reading the information here you have questions, or if a situation occurs for which there are no guidelines printed here, please contact the Mississippi Secretary of State’s Office Elections Division at 1-800-829-6786 or at www.sos.ms.gov.

A. How to Provide Voter Registration to Clients

(1) Initial Agency Communication With Clients

When an agency employee meets with or speaks by telephone with a client, he/ she must verbally ask:

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

(2) Delivery of Voter Registration and Declination Forms

Whenever a client applies for, recertifies, or changes an address in connection with benefits, the agency caseworker must provide both a voter registration application and a declination form (see below) to the client. This must be done whether the interview is conducted in person, or over the telephone, or by Internet. The caseworker must provide the same level of assistance to the client in completing the forms, just as he/ she would with any other benefits form. It should be made clear that the voter registration questions are clearly separated from the benefit eligibility process. It should also be made clear to the client that a decision to complete an application to register, or to decline to register, will in no way affect the services or benefits provided by the agency.

(3) How a Client Interacts With an Agency Does Not Alter Requirement to Provide Registration Opportunity

Clients who initiate a covered transaction by picking up a form and taking it home, or requesting the delivery of forms by mail, or even requesting a form to engage in a covered transaction by communicating with agency employees over the telephone or Internet, must receive voter registration materials when other agency materials are sent or provided to the client.

If a client initiates an application or recertification by mail, telephone, or Internet but must come into the office for a face-to-face interview as part of the application or recertification process, voter registration services should also be provided at the in-person interview. Similarly, if a client engages in an application, recertification, or change of address without coming into the office at any point, a voter registration application must be included in what is sent to the clients. (An agency contact name and toll-free number should be included in the mailing, so the client may call the agency if he or she has questions or needs help in completing the voter registration application.).

Finally, a voter registration application *must* be mailed to a client who contacts the office via phone, mail, or Internet to report a *change of address*. This is especially important because a change of address will often require the voter's registration address to be updated as well.

B. Voter Registration Declination Forms

Regardless of whether or not the client wishes to register, each client must complete a voter registration declination form. This form is also known as a "declination" form. This form records whether a client wishes either to register or not register to vote. Agency staff should remind clients that this form is only for voter registration purposes and has no effect on the client's eligibility to receive benefits. This form requires the client's signature.

Procedure for Completion of the Declination Form

- The client should check the box next to the appropriate answer to the question of whether he or she wishes to register to vote.
- The client should sign and date the form. It is also recommended that the client print his name beside his signature. If the client receives assistance from agency staff in completing the form, the staff person assisting should sign and date the form as well.
- If the client refuses to sign the declination form, the agency employee processing the form should print the client's name and date the form. The staff person should initial the form. The forms must be stored in a central location or in the client's file for 22 months.

C. Client Wishes to Complete a Voter Registration Application

Please remember that agency staff should provide assistance to clients in completing the voter registration form and ensuring that the required information has been provided (including signature), if assistance is requested.

D. Client wishes to register, but does not want to complete form at the agency office

If the client wants to register to vote but does not wish to complete the voter registration application at that time, offer the client the opportunity to take the application home to complete at a later time. Clients should not be discouraged from completing the form in the office, and should be informed that the agency will deliver completed applications to the circuit clerk.

Clients who want to complete the form at home should be told that the application can be returned in any of the following ways:

- 1) Mail the completed application to the circuit clerk of the county where the voter resides;
- 2) Hand deliver the application to the circuit clerk of the county where the voter resides;
- 3) Return the application to the agency office for transmittal to the circuit clerk's office.

E. Client is registered, but needs to update registration information

The client may use the voter registration application to update name and address information. If the client is updating registration data, Section II of the Voter Registration application should be completed with the old information. Section II should be completed *in addition to all other sections* of the Voter Registration Application.

F. Client does not wish to register at this time

When the client completes the declination form, he will indicate if he does not wish to register to vote. If the client does not wish to register, please reassure the client that declining to register to vote or applying to register to vote will have no effect on the services or benefits provided to them by the agency. Also reassure the client that the declination form is used only for voter registration purposes and serves to protect the client from any coercion.

G. Posters

All agency offices must prominently display posters announcing the availability of voter registration services at that location.

Completing the Agency Voter Registration Application/Update Form

Agency employees should use the information below to familiarize themselves with the voter registration application. Familiarity with the form will facilitate the application completion process for both the client and the agency.

Please note the statement above Section I which states: “***If this form is completed at an NVRA voter registration agency, record the name of the agency.***” It is extremely important that this information be completed by the agency employee or client. Those offices that have stamps for this purpose may use them. This will allow the county circuit clerk to account for the source of the application. This information may only be used by the agency and the circuit clerk for purposes of tracking the source of the registration. *The source of the registration is considered to be confidential pursuant to NVRA, and it should never be disclosed pursuant to a public records request. Should a public records request be submitted to an agency, the agency source, even if the information has been left blank, must be redacted prior to disclosing the application.*

Section 1. Application to Register to Vote

Clients should complete all questions in Section 1. Please make sure the client checks the appropriate box indicating whether the registration is new or an update. If the client does not answer questions 1 and 2 in the affirmative, they are not legally qualified to register to vote and should not complete the application. It is critical that the client provide a full legal name, physical address, mailing address, date of birth and either his Mississippi driver's license number or the last four digits of his social security number. If the client does not have either of these numbers, it should be left blank. *Please remember that pursuant to a public records request, date of birth and the last four digits of the social security number should be redacted as neither are considered public record under the Mississippi Elections Code.* When a client has completed the voter registration application, the agency caseworker **should** review it to ensure it is complete and has been signed. If it is not complete, the caseworker **should** return the form to the client so that he or she can include any missing information. Once the form is complete, it is ready for submission to the Circuit Clerk.

Please do not use Post Office Boxes or rural route addresses in the physical address section. If a client does not have a street address, they may draw a locational map or diagram outlining landmarks or roads near their home.

Section II. If You Were Previously Registered Under a Different Name or Address

This section should be completed if the client is completing the application to update registration information. Please have the client complete all items in Section II.

Section III. Voter Declaration

The client must read, sign and date the declaration. If the applicant is unable to sign, any person (*including agency employees*) assisting the applicant must also sign and date the application under the applicant's signature. The applicant must provide a telephone number where he can be reached in the event the application is incomplete. *Please remember that pursuant to a public records request, telephone numbers should be redacted as they are not considered public record under the Mississippi Elections Code.*

Agency Coordinator Duties and Responsibilities

To oversee and coordinate agency and local office compliance with the NVRA, each agency should designate an Agency NVRA Coordinator. The Agency NVRA Coordinator's responsibilities include:

1. Developing and maintaining an up-to-date list of Site NVRA Coordinators (see below).
2. Compiling and analyzing the voter registration data provided by the Site NVRA Coordinators.

3. Answering any questions from Site NVRA Coordinators regarding voter registration policies and procedures.
4. Serving as a liaison to the Secretary of State's office on issues of voter registration and NVRA compliance.
5. Ensuring that NVRA training materials are incorporated into Agency training materials and that staff are trained semi-annually in voter registration.
6. Ensuring that NVRA compliance is incorporated into standard monitoring procedures.
7. Ensuring that the agency offices have an adequate supply of voter registration materials at all times.

SITE COORDINATOR DUTIES AND RESPONSIBILITIES

In order to ensure the Agency Voter Registration Program is successful, each site providing voter registration services must designate a Site Coordinator. Agencies may use a district or county coordinator as a Site Coordinator if the agency determines this is adequate based upon the smaller size of the site.

The Site Coordinator has the following responsibilities:

1. Maintain adequate supplies, including:
 - Agency Voter Registration Applications;
 - Agency Declination Forms
 - Agency Transmittal Forms
 - Training materials, including the *National Voter Registration Act Agency Voter Registration Training Manual & Guide*
 - Posters announcing the availability of voter registration at the office
2. Train new or reassigned employees on voter registration duties immediately upon hiring or reassignment and ensure re-training twice annually.
3. Resolve site questions and problems relating to the voter registration process.
4. Monitor the administration of the program.
5. Ensure the timely and accurate transmittal of completed voter registration applications to the county circuit clerks within 5 business days of completion by the client.
6. Communicate with local and state election officials to ensure that materials are current.

7. Collect data (as listed below) and report it to the Secretary of State's office, with a copy to the Agency Coordinator, each month.
8. Serve as the contact person on voter registration matters for state and county elections officials.
9. Review completed voter registration applications and declination forms to ensure that the forms are being filled out completely. A review should be completed weekly.
10. Display NVRA posters and instructions in the office's lobby.

Training

All new employees should be provided a current manual on the voter registration procedures implemented at the agency location. To obtain copies of this training manual, please visit our website at www.sos.ms.gov. Each agency must train its employees on voter registration requirements on a semi-annual basis using this manual and the Power Point presentation attached. Each agency must also create its own agency-specific voter registration manual that is based on the Secretary of State's manual; the agency manual must be used in all agency NVRA trainings and must also be provided to all staff. In addition to holding semi-annual trainings, the agency must train all new employees, or those who have returned from leave, within one month. The Site Coordinator must compile a list of those employees who attended the training and forward it along to the Agency Site Coordinator (see below) within a month of the training date. Those employees whose names are not on the list must complete the training within a month of that list's date. (For training assistance, contact the Secretary of State's Office Elections Division at 1-800-829-6786 or 601-359-1350.)

Resolving Questions and Problems

Most questions and problems can be easily resolved on site by referring to the *National Voter Registration Act Agency Voter Registration Training Manual and Guide*. If issues persist or you are unable to resolve questions related to your registration duties, please contact the Elections Division of the Secretary of State's office at 1-800-829-6786 or 601-359-5137.

Monitor Administration

The Site Coordinator is responsible for supervising the daily voter registration activities at the location. The Site Coordinator should be well trained in the registration practices required of the agency. The Site Coordinator should monitor the agencies activities and quickly work with employees to resolve any noted deficiencies.

The Agency Coordinator will review the data compiled by Site Coordinators from the reports (see Attachment D) on a monthly basis to determine whether offices are performing their NVRA responsibilities. If a review of the numbers indicates that an office is underperforming in its obligations, as required by this manual, the Agency Coordinator shall require the Site Coordinator to take immediate action and submit a report on such follow-up measures within a

month of being notified by the Agency Coordinator. The Agency Coordinator shall forward copies of all such communications to the Secretary of State's office. If the Agency does not take appropriate remedial measures, the Secretary of State shall perform an audit of the office's voter registration practices.

NVRA performance should be included in all employees' evaluations.

Transmittal

All voter registration applications must be submitted to the circuit clerk's office of the county in which the client resides *within five business days* of completion of the application. This includes any applications completed to update an existing registration. When transmitting the applications you should use the transmittal form provided (Attachment C). This will allow you to keep a record and accounting of the number of forms sent to each circuit clerk's office.

Transmittal of Monthly Report to the Agency Coordinator and the Secretary of State's Office

Attachment D should be used to transmit your monthly registration report to the agency coordinator and the Secretary of State's office. This form should be completed and mailed, or emailed, to the Secretary of State on the first day of each month. This will allow our office to have a record of the number of applications transmitted by your agency to each circuit clerk's office.

REPORTING

Each local official should provide NVRA reports that memorialize NVRA activity at each agency. Site Coordinators must include the data outlined in Attachment D and forward the report, and any other information that is helpful in monitoring local office results, to the Agency Coordinator and Secretary of State's Office the first of each month.

TRACKING AND TRANSMITTING VOTER REGISTRATION APPLICATIONS

The timely delivery of voter registration applications to the appropriate circuit clerk is extremely important. Timely delivery will ensure that all individuals are properly registered to vote.

Transmitting Materials

Completed voter registration applications should be transmitted within 5 business days to the respective circuit clerk's office. Please follow the procedure outlined below when transmitting voter registration applications:

- All voter registration applications should be placed in a secure and sealed envelope. Date of birth, social security numbers, telephone numbers and the agency of registration are confidential and should be kept from public view.

- Please enclose with the applications the *NVRA Agency Voter Registration Application Transmittal Form*. (See Attachment C.) You should complete *all fields* on the form, and retain a copy of the form for your records.
- For every Mississippi election, the voter registration deadline falls 30 days prior to the election. Agency employees should be aware of these deadlines and transmit applications as soon as possible when a registration deadline is near.

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

1. Where are Voter Declination Forms kept on file?

Voter Declination Forms are kept in a central file at the local agency office where the form is completed.

2. Can the Secretary of State's office provide agency offices with a list of all circuit clerks and their contact information?

A current contact list of all county circuit clerks including the clerk's name, mailing address, telephone number and facsimile number can be found on the Secretary of State's website at www.sos.ms.gov. On the left side of the home page, click on "Mississippi Blue Book".

3. Who registers applicants to vote in Mississippi?

County circuit clerks register applicants. Circuit clerks receive voter registration applications and determine whether an applicant meets the registration requirements under State law. If an applicant's voter registration application is rejected, the applicant may appeal the matter to the county election commission. Agency personnel do not determine the eligibility of clients who apply to register to vote.

4. If a circuit clerk needs additional information before processing a voter registration application, will the circuit clerk contact the client or the agency?

The circuit clerk will contact the client. Only in rare situations will it be necessary for the circuit clerk to contact the agency taking the application. Please be sure to have the client provide a telephone number under the signature section of the application.

5. How will clients who complete applications know where to vote?

The county circuit clerk who receives the application will send the applicant a voter registration card once the application is processed. The voter registration card will contain a voter registration number and information regarding the voter's assigned precinct and polling place.

6. If the client prefers to take the application home and complete it, do we use the same application that is used for in agency registrations?

Yes, the application completed at the agency may also be used if the client prefers to complete the application outside of the agency. When the client completes the application he may mail or hand deliver it to the county circuit clerk where he resides, or the applicant may return it to agency.

7. Once a person is registered to vote, is there a need to re-register at any time?

If a voter has been removed from the voter roll for a reason specified in state or federal law, he will need to submit an application to re-register in order to vote again. If a voter moves to a new county, he must cancel any previous registration and submit an application to register in the new county. A client can accomplish both by completing the information on the voter registration application. If a client moves to another address in the same county the voter must update his physical address, but the client does not have to re-register. If a client is unsure of his registration status, he may complete the application and the county circuit clerk will determine if he is already registered. If the circuit clerk determines that the client is already a voter in the county, the clerk will not re-register the client.

8. Are agency employees required to offer clients under the age of 18 the opportunity to complete a voter registration application?

Yes. Mississippi law allows persons to vote in a primary election associated with a general election if the person will be 18 years of age on or before the date of the general election. Therefore, the agency employees may encounter circumstances where a 17-year-old is eligible to register to vote. If a 17-year-old will turn 18 before the general election date in November, that 17-year-old can register and vote in the primary election held earlier the same year.

9. Can homeless persons register to vote?

Yes. If the client resides at a non-traditional address, the client may provide a physical address by drawing a map of where he resides. The client should also provide a mailing address (or the address where the client receives mail). The circuit clerk must have an address where the client can receive mail.

10. Are polling places and voting machines accessible to voters with disabilities?

Under federal law, both polling places and voting machines must be accessible to the disabled. Clients who have concerns about accessibility should contact the circuit clerk's office of the county where the client votes or the Secretary of State's Office.

11. How do agency personnel assist a visually impaired client with completing the application?

The law requires that agency staff provide the same degree of assistance during the voter registration process as would be provided during the completion of standard agency forms and applications. In the case of a visually impaired client, it may be necessary for the agency employee to complete the application for the client (only providing answers as instructed by the client) and assist the client in making a mark in the signature block. The

agency employee providing assistance must sign in the place provided under the applicant's signature box.

12. What should an agency employee do if a client is unable to sign the application?

If a client is unable to sign the application, the client should attempt to make a mark in the signature block. If the client cannot make a mark, the employee may assist the client in signing. *The client must ask for assistance from the agency employee.* The client should be touching the pen as his name is written by the agency employee. The agency employee providing assistance must sign in the place provided under the applicant's signature box.

13. Can a disabled voter receive assistance at the polling place?

Yes. Any voter who is blind, physically disabled or unable to read or write may request assistance. Anyone can provide assistance other than the voter's employer, an agent of the voter's employer, or an officer or agent of the voter's union. *The voter must declare to the pollmanagers one of the reasons stated above in order to receive assistance. Please remind clients that accessible voting machines for voters with disabilities are located in every Mississippi polling place.*

14. Will agency voter registration offices be audited or monitored for following correct registration practices under this program?

When voter registration applications are processed by the county circuit clerk, the circuit clerk will record the agency from which the application originated. This data should be entered into the Statewide Elections Management System (the voter registration roll for the State of Mississippi), and it will allow the Secretary of State's office to verify that agencies are following appropriate procedures. We will also rely on feedback we receive from the public. Please note that failure to offer voter registration services to clients is a violation of the National Voter Registration Act.

15. If an agency client wishes to take the voter registration application outside of the agency to complete, who is responsible for paying the postage to mail it to the county circuit clerk?

If the client takes the application home to complete, he is responsible for the cost of postage required to return the application to the circuit clerk. The client may also hand deliver the application to the circuit clerk or return it to the agency. The agency is required to transmit the application to the circuit clerk if the client returns it to the agency.

16. Do agency offices serving more than one county register voters for each of those counties?

Yes. It is important to verify that applications are transmitted to the appropriate county circuit clerk for processing.

17. How does the agency comply with the 5 day transmittal deadline if the client completes the application at home?

The 5 day deadline begins to run from the date the completed application is received by the agency office.

18. How should an agency employee handle a situation where the client refuses to complete the declination form?

Before the client is asked to complete the form, it should be explained by the agency employee. If the client refuses to complete the form after a thorough explanation, the agency employee should enter the client's name, date the form, and sign under the client's name. You may tell them the form is required under National Voter Registration Act. Please inform the client that if they do not sign the form, they will be considered to have declined to register to vote.

19. What procedure should be followed if a client is unable to complete a voter declination or registration form at the time of application for services at the agency?

If a client presents at the agency in a condition that prohibits him from completing the transaction, the agency employee must use some discretion in determining if the client has the ability to complete the appropriate paperwork. If the agency employee determines the client is unable to complete the transaction (due to intoxication, mental deficiency or some other condition that might inhibit the client's competency), the transaction should be delayed. The agency employee should complete a declination form by entering the client's name, dating the form and signing the agency employee's name to the form. The agency employee should also include a brief explanation of circumstances that the required the employee to complete the form.

20. Who should agency personnel contact if it is believed an applicant is providing fraudulent information?

The agency should contact the circuit clerk of the county where the registration will occur. The agency should also contact the Secretary of State's office.

21. If a client has previously declined to register, are agency employees required to offer the opportunity to register to vote at subsequent visits?

Yes. Agency personnel must provide voter registration services to clients at each application for service or benefits, and with each recertification, renewal or change of

address with respect to such benefits. Each time a client is offered voter registration services, the declination form must be completed.

22. Are agency employees required to check voter registration applications for completeness?

Agency employees must provide the same degree of assistance in completing a voter registration application as they do in helping clients to complete a benefits application or other agency forms. Agency employees should offer assistance to the client in completing a voter registration application if the client requests assistance. Agency employees should attempt to ensure that all sections of the application are complete and that the form has been signed.

ATTACHMENT A: VOTER REGISTRATION APPLICATION

MISSISSIPPI MAIL-IN AND NVRA AGENCY VOTER REGISTRATION APPLICATION

IMPORTANT!

- If you are not registered to vote where you now live, you can use this form to register to vote or report that your name or address has changed.
- If you have questions call your county Circuit Clerk or call the Secretary of State at 1-800-829-6786.
- Complete all sections of this form and mail it to your county Circuit Clerk AT LEAST 30 days before the election in which you want to vote.
- If you are qualified and the information on your form is complete, you will be mailed a voter card that tells you where to vote.
- If you decline to register to vote, your decision not to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes.
- If you do register to vote, the office at which you submit this application will remain confidential and will be used only for voter registration persons.

If this form is completed at an NVRA voter registration agency, record the name of the agency: _____

Section I. APPLICATION TO REGISTER TO VOTE

Please select one of the following: New Registration Change of Information

- 1) Are you a citizen of the United States of America? Yes No
- 2) Will you be 18 years of age on or before election day? Yes No
- 3) Would you like to serve as an Election Day Poll Worker? Yes No

NOTE: If you checked "No" in response to questions 1 or 2, do not complete this form.

CIRCLE Mr. Mrs. Miss Ms.	Last Name:	First Name:	Middle/Maiden Name:	Suffix: (JR, III)
Physical Home Address (Number & Street/Road/Dorm/Apt. #): *		City:	County:	State: MS Zip:
Mailing Address (if different from above, include zip code):			Date of Birth: (mm/dd/yy)	
Mississippi Driver's License Number (If you do not have a driver's license, then list the last 4 digits of your Social Security Number): **				

**If you reside at a non-traditional address attach a drawing or locational map of your address.*

****Identification Requirement:** If you do not have a driver's license or social security number, and this form is submitted by mail, and you have never registered to vote in the county you are now registering in, you must send, with this application, either a) a copy of current and valid photo identification, or b) a copy of a current utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document that shows the name and address of the voter. If you do not provide the information requested above, you may be required to provide to election officials either a) or b) above the first time you vote after January 1, 2004 at a voting place or by absentee ballot.

Section II. IF YOU WERE PREVIOUSLY REGISTERED UNDER A DIFFERENT NAME OR ADDRESS, LIST THAT NAME OR ADDRESS

CIRCLE Mr. Mrs. Miss Ms.	Last Name:	First Name:	Middle/Maiden Name:	Suffix: (JR, III)
Previous Address (Number & Street/Road/Dorm/Apt. or Lot #)				
Previous City:	Previous County:	Previous State:	Previous Zip:	

Section III. VOTER DECLARATION- Read and Sign

I swear/affirm, under penalty of perjury, that: I am a U.S. citizen. I will have lived in this state and county for at least 30 days before voting, and if a resident of a municipality, I will have lived in the municipality for at least 30 days before voting. I have never been convicted of any of the following crimes against the State of Mississippi: murder, rape, bribery, theft, arson, obtaining money or goods under false pretense, perjury, forgery, embezzlement, bigamy, armed robbery, extortion, felony bad check, felony shoplifting, larceny, receiving stolen property, robbery, timber larceny, unlawful taking of a motor vehicle, statutory rape, carjacking, or larceny under lease or rental agreement, or I have had my rights restored as required by law. I have not been declared mentally incompetent by a court. Furthermore, I certify that I am at least eighteen (18) years old (or I will be before the next general election), the information given by me is true and correct and that I have truly answered all questions on this application for registration, and that I will faithfully support the Constitution of the United States and of the State of Mississippi, and will bear true faith and allegiance to the same.

X _____ Date: _____
Signature (or mark) of applicant

X _____ Date: _____
If applicant is unable to sign, the person who assisted the applicant must sign above

Daytime phone number(s) where applicant can be reached: _____

Was any person or group involved in the process of completing this form other than the voter? If yes, the person or group must provide the information below:

Name: _____
Address: _____

WARNING: FALSE REGISTRATION IS A FELONY. The penalty for conviction of false registration is imprisonment for not more than five (5) years or a fine of not more than five thousand dollars (\$5000), or both. *Miss. Code Ann § 23-15-17.*

FOR OFFICIAL USE ONLY

MS-MDHS-21-0341-B-000235

ATTACHMENT B: VOTER DECLINATION FORM

THIS FORM MUST BE COMPLETED BY VOTER REGISTRATION APPLICANTS COMPLETING REGISTRATION FORMS AT NVRA DESIGNATED AGENCIES

If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today? Yes No

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

X Signature: _____

X _____

If applicant is unable to sign, the signature of the person who assisted applicant in completing this form.

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency. (If applicable.)

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.

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: Mississippi Secretary of State, Elections Divisions, P.O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136

ATTACHMENT C: NVRA AGENCY TRANSMITTAL FORM

NVRA Agency Voter Registration Program

VOTER REGISTRATION APPLICATION TRANSMITTAL FORM

**Please complete the fields below and enclose this form with the materials to be transmitted to the County Circuit Clerk.
Retain a copy for your records.**

Today's Date:	
Agency Name:	
Agency Representative:	
Agency Location:	
Notes:	

County applications delivered to:	
Number of Applications Enclosed:	
Method of Delivery:	<input type="checkbox"/> Hand Delivery <input type="checkbox"/> Mail

ATTACHMENT D: MONTHLY REPORT TO SOS

NVRA Agency Voter Registration Program

VOTER REGISTRATION APPLICATION MONTHLY REPORTING FORM

Please complete the fields below and return this form to:

**MISSISSIPPI SECRETARY OF STATE'S OFFICE
ELECTIONS DIVISION
ATTN: AGENCY VOTER REGISTRATION REPORTING
401 MISSISSIPPI STREET
JACKSON, MISSISSIPPI 39201**

RETURN A COPY OF THIS FORM TO THE AGENCY COORDINATOR TOO

[ADD AGENCY CONTACT INFO HERE]

(You may also email this form. Please contact the Elections Division at 1-800-829-6786 or 601-359-1499 for specific email instructions.)

Today's Date:	
Number of Applications Transmitted this Month:	
Number of completed Voter Registration Forms submitted	
Number of clients who applied, recertified, or changed an address in connection with benefits	
Number of clients who checked "Yes" on the declination	
Number of clients who checked "No" on the declination	
Number who left the declination blank	
Agency Representative (Signature):	

Additional Information: _____

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR OCTOBER 2019

11/01/19 23:49:27

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
010 ADAMS COUNTY DHS	112 164 0	14 262 0	276
020 ALCORN COUNTY DHS	102 160 0	11 244 7	262
030 AMITE COUNTY DHS	49 73 0	10 112 0	122
040 ATTALA COUNTY DHS	70 126 0	6 190 0	196
050 BENTON COUNTY DHS	43 62 0	10 95 0	105
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	195 318 0	22 488 3	513
070 CALHOUN COUNTY DHS	64 74 0	3 134 1	138
080 CARROLL COUNTY DHS	40 49 0	4 85 0	89
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	78 103 0	4 177 0	181
100 CHOCTAW COUNTY DHS	35 60 0	7 88 0	95
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	64 107 0	2 169 0	171
120 CLARKE COUNTY DHS	93 197 0	7 283 0	290
130 CLAY COUNTY DHS	111 185 0	14 282 0	296
140 COAHOMA COUNTY DHS	119 321 0	4 435 1	440
150 COPIAH COUNTY DHS	156 293 0	20 429 0	449
160 COVINGTON COUNTY DHS	120 127 0	11 236 0	247
170 DESOTO COUNTY DHS	629 684 0	71 1195 47	1313
180 FORREST COUNTY DHS	535 620 0	11 947 197	1155
190 FRANKLIN COUNTY DHS	34 62 0	3 93 0	96
200 GEORGE COUNTY DHS	139 105 0	3 228	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR OCTOBER 2019

11/01/19 23:49:28

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
210 GREENE COUNTY DHS	81 93 0	1 146 27	174
220 GRENADA COUNTY DHS	120 146 2	21 247 0	268
230 HANCOCK COUNTY DHS	238 217 0	45 408 2	455
240 HARRISON COUNTY DHS	1589 1774 0	193 3160 10	3363
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	1332 2076 0	186 3094 128	3408
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	50 58 0	6 101 1	108
260 HOLMES COUNTY DHS	88 245 0	10 323 0	333
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	74 218 9	2 299 0	301
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	7 9 0	0 16 0	16
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	70 75 0	2 143 0	145
300 JACKSON COUNTY DHS	953 819 0	83 1687 2	1772
310 JASPER COUNTY DHS	94 122 1	3 214 0	217
320 JEFFERSON COUNTY DHS	37 108 0	3 126 16	145
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	73 79 0	1 150 1	152
340 JONES COUNTY DHS	318 372 0	22 666 2	690
350 KEMPER COUNTY DHS	24 68 3	3 92 0	95
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	167 113 1	16 265 0	281
370 LAMAR COUNTY DHS	321 267 0	1 573 14	588
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	419 574 0	76 917 0	993
390 LAWRENCE COUNTY DHS	63 60 0	2 121	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR OCTOBER 2019

11/01/19 23:49:28

*F U L L S E R V I C E O F F I C E *	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
400 LEAKE COUNTY DHS	100 113 0	7 205 1	213
410 LEE COUNTY DHS	345 318 1	57 606 1	664
420 LEFLORE COUNTY DHS	173 406 1	15 546 19	580
430 LINCOLN COUNTY DHS	229 248 0	19 456 2	477
440 LOWNDES COUNTY DHS	295 488 0	41 741 1	783
450 MADISON COUNTY DHS	273 422 0	8 679 8	695
460 MARION COUNTY DHS	171 206 0	1 376 0	377
470 MARSHALL COUNTY DHS	107 133 0	2 238 0	240
480 MONROE COUNTY DHS	171 203 0	11 363 0	374
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	44 48 0	10 80 2	92
500 NESHOPA COUNTY DHS	138 266 0	29 375 0	404
510 NEWTON COUNTY DHS	101 117 0	15 203 0	218
520 NOXUBEE COUNTY DHS	60 165 0	0 211 14	225
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	227 228 0	38 416 1	455
540 PANOLA COUNTY DHS	163 247 0	14 396 0	410
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	303 329 0	26 602 4	632
560 PERRY COUNTY DHS	86 67 0	0 153 0	153
570 PIKE COUNTY DHS	186 363 0	36 512 1	549
580 PONTOTOC COUNTY DHS	108 132 0	2 237 1	240
590 PRENTISS COUNTY DHS	85 93 0	5 173	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR OCTOBER 2019

11/01/19 23:49:29

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK
600 QUITMAN COUNTY DHS	43 65	0 6	102 0 108
610 RANKIN COUNTY DHS	414 415	0 41	788 0 829
620 SCOTT COUNTY DHS	144 222	0 12	354 0 366
630 SHARKEY COUNTY DHS	39 77	0 0	116 0 116
640 SIMPSON COUNTY DHS	115 173	1 15	274 0 289
650 SMITH COUNTY DHS	55 72	0 2	125 0 127
660 STONE COUNTY DHS	93 115	0 14	167 27 208
670 SUNFLOWER COUNTY DHS- I	126 321	0 4	443 0 447
671 SUNFLOWER COUNTY DHS- R	41 114	0 2	153 0 155
680 TALLAHATCHIE COUNTY DHS	42 83	2 3	124 0 127
690 TATE COUNTY DHS	98 118	0 5	211 0 216
700 TIPPAAH COUNTY DHS	53 81	0 4	130 0 134
710 TISHOMINGO COUNTY DHS	61 54	1 9	107 0 116
720 TUNICA COUNTY DHS	56 134	0 12	178 0 190
730 UNION COUNTY DHS	82 61	1 7	137 0 144
740 WALTHALL COUNTY DHS	68 94	0 12	150 0 162
750 WARREN COUNTY DHS	240 401	0 25	616 0 641
760 WASHINGTON COUNTY DHS	278 688	0 24	874 68 966
770 WAYNE COUNTY DHS	123 271	0 14	379 1 394
780 WEBSTER COUNTY DHS	37 87	0 3	121 0 124

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	
		DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	43 82 0	1 124 0	125
800 WINSTON COUNTY DHS	69 101 1	5 166 0	171
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	24 100 1	0 125 0	125
820 YAZOO COUNTY DHS	152 319 5	2 474 0	476
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	36 76 0	3 109 0	112
860 MSCAP UNIT	93 103 0	6 186 4	196
861 ESAP UNIT	465 370 0	21 771 43	835
862 KLLM UNIT	30 8 0	3 35 0	38
STATEWIDE TOTALS	15391 20780 30	1504 34027 670	36201

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR OCTOBER 2020

11/01/20 12:43:37

FULL SERVICE OFFICE	* NVRA APPLICATION	* NVRA RECERTIFICATION	* PE CHANGE	* NVRA REGISTERED	* NVRA DECLINED	* NVRA LEFT BLANK	TOTAL
-----------------------	--------------------	------------------------	-------------	-------------------	-----------------	-------------------	-------

010	ADAMS COUNTY DHS	217	206	0	2	420	1	423
020	ALCORN COUNTY DHS	198	171	0	11	343	15	369
030	AMITE COUNTY DHS	55	76	0	0	131	0	131
040	ATTALA COUNTY DHS	119	101	0	3	217	0	220
050	BENTON COUNTY DHS	51	44	1	6	90	0	96
060	EAST BOLIVAR COUNTY DHS	247	234	1	4	303	175	482
070	CALHOUN COUNTY DHS	66	50	0	0	116	0	116
080	CARROLL COUNTY DHS	40	46	0	0	86	0	86
090	EAST CHICKASAW COUNTY DHS	89	81	0	5	165	0	170
100	CHOCTAW COUNTY DHS	51	30	0	0	81	0	81
110	CLAIBORNE COUNTY DHS	91	68	0	2	157	0	159
120	CLARKE COUNTY DHS	161	143	0	11	269	24	304
130	CLAY COUNTY DHS	175	166	0	21	319	1	341
140	COAHOMA COUNTY DHS	273	281	0	4	550	0	554
150	COPIAH COUNTY DHS	183	183	0	9	357	0	366
160	COVINGTON COUNTY DHS	189	97	0	5	281	0	286
170	DESOTO COUNTY DHS	824	609	0	25	1378	30	1433
180	FORREST COUNTY DHS	751	391	0	21	1111	10	1142
190	FRANKLIN COUNTY DHS	39	34	1	2	72	0	74
200	GEORGE COUNTY DHS	217	140	0	16	321	0	347



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR OCTOBER 2020

11/01/20 12:43:37

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
210 GREENE COUNTY DHS	47 79 0	2 124 0	126
220 GRENADA COUNTY DHS	130 109 0	3 236 0	239
230 HANCOCK COUNTY DHS	317 165 0	33 447 2	482
240 HARRISON COUNTY DHS	1935 1222 2	75 3074 10	3159
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	2590 1268 0	113 3667 78	3858
252 UNKNOWN COUNTY	1 0 0	0 1 0	1
260 HOLMES COUNTY DHS	152 209 0	5 356 0	361
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	102 138 8	0 248 0	248
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	5 11 0	0 16 0	16
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	116 52 0	2 166 0	168
300 JACKSON COUNTY DHS	1024 498 0	61 1457 4	1522
310 JASPER COUNTY DHS	106 105 0	1 209 1	211
320 JEFFERSON COUNTY DHS	77 79 0	0 95 61	156
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	102 62 0	9 155 0	164
340 JONES COUNTY DHS	503 297 2	29 760 13	802
350 KEMPER COUNTY DHS	68 61 2	0 130 1	131
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	124 96 0	4 213 3	220
370 LAMAR COUNTY DHS	468 197 0	1 662 2	665
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	555 443 0	23 973 2	998
390 LAWRENCE COUNTY DHS	80 40 0	0 120	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR OCTOBER 2020

11/01/20 12:43:38

*F U L L S E R V I C E O F F I C E *	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
400 LEAKE COUNTY DHS	133 108 2	8 235 0	243
410 LEE COUNTY DHS	490 242 1	20 710 3	733
420 LEFLORE COUNTY DHS	297 291 1	22 488 79	589
430 LINCOLN COUNTY DHS	249 207 0	8 442 6	456
440 LOWNDES COUNTY DHS	386 374 0	13 738 9	760
450 MADISON COUNTY DHS	375 350 0	6 718 1	725
460 MARION COUNTY DHS	272 178 0	1 448 1	450
470 MARSHALL COUNTY DHS	132 147 0	19 260 0	279
480 MONROE COUNTY DHS	211 156 0	12 353 2	367
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	87 45 0	0 129 3	132
500 NESHOPA COUNTY DHS	189 157 0	13 333 0	346
510 NEWTON COUNTY DHS	133 122 0	7 248 0	255
520 NOXUBEE COUNTY DHS	119 111 0	1 223 6	230
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	364 181 0	7 538 0	545
540 PANOLA COUNTY DHS	234 174 0	2 404 2	408
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	385 268 0	29 623 1	653
560 PERRY COUNTY DHS	115 63 0	2 174 2	178
570 PIKE COUNTY DHS	371 295 0	7 655 4	666
580 PONTOTOC COUNTY DHS	169 101 0	1 267 2	270
590 PRENTISS COUNTY DHS	94 57 0	1 149	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR OCTOBER 2020

11/01/20 12:43:39

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	

600	QUITMAN COUNTY DHS	65 50 0 4 111 0	115
610	RANKIN COUNTY DHS	618 416 0 3 1022 9	1034
620	SCOTT COUNTY DHS	199 215 0 12 402 0	414
630	SHARKEY COUNTY DHS	35 52 0 0 87 0	87
640	SIMPSON COUNTY DHS	148 113 0 19 241 1	261
650	SMITH COUNTY DHS	61 76 0 5 132 0	137
660	STONE COUNTY DHS	125 78 0 23 119 61	203
670	SUNFLOWER COUNTY DHS- I	177 180 0 1 356 0	357
671	SUNFLOWER COUNTY DHS- R	73 97 0 0 167 3	170
680	TALLAHATCHIE COUNTY DHS	81 39 0 5 115 0	120
690	TATE COUNTY DHS	126 140 0 0 266 0	266
700	TIPPAH COUNTY DHS	112 69 0 0 181 0	181
710	TISHOMINGO COUNTY DHS	91 78 0 8 161 0	169
720	TUNICA COUNTY DHS	110 88 0 14 184 0	198
730	UNION COUNTY DHS	118 71 0 2 185 2	189
740	WALTHALL COUNTY DHS	83 83 0 0 165 1	166
750	WARREN COUNTY DHS	417 298 0 13 700 2	715
760	WASHINGTON COUNTY DHS	453 584 0 19 946 72	1037
770	WAYNE COUNTY DHS	200 168 0 21 347 0	368
780	WEBSTER COUNTY DHS	69 72 0 0 141	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR OCTOBER 2020

11/01/20 12:43:39

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
790 WILKINSON COUNTY DHS	62 58 0	0 119 1	120
800 WINSTON COUNTY DHS	119 120 3	26 216 0	242
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	68 54 0	1 121 0	122
820 YAZOO COUNTY DHS	245 196 7	0 448 0	448
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	43 72 0	2 113 0	115
860 MSCAP UNIT	73 65 0	3 128 7	138
861 ESAP UNIT	971 587 0	21 1352 185	1558
STATEWIDE TOTALS	22285 16028 31	889 36536 919	38344

VOTER REGISTRATION

The National Voter Registration Act (NVRA) of 1993 contains provisions which made it easier for individuals to register to vote in all elections. Under this Act, all agencies in a state that provide public assistance are designated as a voter registration agency. The following services must be **provided** by a voter registration agency:

1. Distribution of voter registration application forms and declination forms to applicants/recipients of agency assistance;
2. Assistance in completing voter registration application forms unless the applicant/recipient refuses such assistance; and
3. Acceptance of completed voter application forms for transmittal to the county Circuit Clerk for processing within five days of receipt by the agency.

The NVRA prohibits any person providing voter registration services from:

1. Seeking to influence an applicant's political preference or party registration;
2. Displaying any political preference or party allegiance;
3. Discouraging registration;
4. Implying in any way that the availability of Agency services or eligibility for benefits is dependent upon voter registration; or
5. Disclosing any applicant's voter registration information except as needed for the administration of NVRA or identifying the agency's name on the application form.

Agency Responsibilities

Each voter registration agency must provide each applicant/recipient the opportunity to register to vote or to update a voter registration record by offering the Mississippi Voter Registration Application form and declination form at the time of each:

- Application or reapplication,
- Recertification/reevaluation, and
- Report of change of address.

When providing the applicant/recipient the opportunity to register to vote, the applicant must be verbally asked "If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today?"

Any applicant or recipient who contacts the worker to request an application, either in person or by phone, will be provided a voter registration form and declination form (see discussion of the declination form below). If the household requests that an application form be mailed, a voter registration form and declination form must be mailed along with the application. If the client who initiates an application or recertification by mail or telephone later comes into the office for the face-to-face interview, voter registration services must also be provided at that time.

Assistance in completing the voter registration forms must be offered in the same manner as an application for agency assistance. Clients must clearly be provided the option to either complete the registration form in the office or take the form with them to complete at a later time. Caseworkers, though, should encourage clients who check “yes,” or otherwise say they’d like to register to vote, to complete the application on site to ensure timely delivery to the Circuit Clerk. Households that do not complete the forms in the office may either hand deliver or mail completed forms to the county Circuit Clerk’s office or return the forms to the MDHS county office. Clients should be informed that completed voter registration forms will be submitted to the county circuit clerk within five (5) business days of completion or from the date received by the county office. During the application process, if the individual completes and signs the voter registration form, the date of signature must be entered on the MAST screen in MAVERICS. See “Declination Forms” below for procedures when the client declines the opportunity to register to vote.

Whenever a client contacts the county office by phone or in person to report a change of address, a voter registration application must also be provided. If the report is made by phone, a voter registration application must be mailed to the household. When the form is used to update voter registration, Section II of the form, along with all other sections of the registration form, must be completed.

Declination Forms

Regardless of whether or not a client wishes to register to vote, a voter Declination form must be completed by the client. This form indicates if a client wishes either to register or not register to vote. Workers should remind clients that this form is for voter registration purposes only and in no way affects their application for benefits. Completion of the declination form should be handled as follows:

1. The client should check the box next to the appropriate answer to the question of whether he or she wishes to register to vote.

2. The client should sign and date the form. It is also recommended that the client print his or her name beside the signature. If the client receives assistance from agency staff in completing the form, the staff person assisting should sign and date the form as well.
3. If the client refuses to sign the declination form, the worker processing the form should print the client's name, and date and initial the form. The form must be scanned to the Temporary Documents folder of the household's case record, with documentation of the action taken entered on the IIDO screen and the FOES (Forms/Explanations/Screens Documentation) screen in MAVERICS.

Note: In the event that a household's authorized representative is being interviewed, a declination form will not be required. The case should be documented on IIDO that the authorized representative has been informed of the opportunity for household members to register to vote and that voter registration forms can be provided to the household upon request.

Agency Coordinator Duties and Responsibilities

To oversee and coordinate agency and local office compliance with NVRA, the State Operations Director will serve as the agency's NVRA Coordinator. The State Operations Director will be responsible for:

- compiling and analyzing voter registration data provided by county offices
- answering questions submitted by county offices regarding voter registration procedures
- serving as liaison to the Secretary of State's office on issues of voter registration and NVRA compliance
- ensuring that NVRA training materials are incorporated into agency training materials and that semi-annual training in voter registration is conducted
- ensuring that NVRA compliance is incorporated into standard monitoring procedures
- ensuring that agency offices have an adequate supply of voter registration materials at all times
- developing and maintaining an up-to-date list of site NVRA contacts

Site Coordinator Duties and Responsibilities

The County Director or his/her designee will serve as Site Coordinator to ensure that voter registration services are successfully administered. Responsibilities of the Site Coordinator include the following:

- maintain adequate supplies of voter registration applications, declination forms, transmittal forms, training materials, and posters
- train new or reassigned employees on voter registration duties immediately upon hiring or reassignment and ensure re-training twice annually
- monitor and resolve any issues relating to the voter registration process
- ensure the timely and accurate transmittal of completed voter registration applications to the county circuit clerk within 5 business days of completion by the client communicate with local and state election officials to ensure that materials are current
- contact State Operations concerning any issues or problems regarding the voter registration process
- serve as contact person on voter registration matters for state and county election officials on a weekly basis, review completed voter registration applications and declination forms to ensure the forms are completely filled out. Ensure that the county office name is noted in Section I of the voter registration application.
- display NVRA posters in the office's lobby

Note: Regional Directors shall monitor county voter registration activities to ensure that NVRA guidelines are being met.

The Site Coordinator is responsible for supervising the daily voter registration activities at the location. The Site Coordinator should monitor agency activities and quickly work with employees to resolve any noted deficiencies.

The Agency Coordinator will review the data compiled by Site Coordinators from the NVRA Data Reports on a monthly basis to determine whether offices are performing their NVRA responsibilities. If a review of the numbers indicates that an office is underperforming in its obligations, as required by the NVRA training manual, the Agency Coordinator shall require the Site Coordinator to take immediate action and submit a report on such follow-up measures

within a month of being notified by the Agency Coordinator. The Agency Coordinator shall forward copies of all such communications to the Secretary of State's office. If the Agency does not take appropriate remedial measures, the Secretary of State shall perform an audit of the office's voter registration practices.

NVRA performance should be included in all employees' evaluations.

NVRA Reporting

County offices will be responsible for submitting all voter registration applications to the county circuit clerk's office within five (5) business days of completion of the application. This includes any applications completed to update an existing registration. **Attachment C, NVRA Transmittal Form**, should be used to submit the applications to the circuit clerk. The timely delivery of voter registration applications is extremely important to ensure that all individuals are properly registered to vote. When submitting voter registration applications to the county circuit clerk's office, please use the following procedure:

- All fields on the NVRA Agency Voter Registration Application Transmittal Form should be completed, with a copy of the form retained in an office administrative file.
- The transmittal, along with all voter registration applications, should be placed in a secure and sealed envelope. Date of birth, social security numbers, telephone numbers and the agency of registration are confidential and should be kept from public view.
- For every Mississippi election, the voter registration deadline falls 30 days prior to the election. County office staff should be aware of these deadlines and transmit applications as soon as possible when a registration deadline is near.

In order to meet NVRA reporting requirements, special coding must be entered on the Marital Status (MAST) screen in MAVERICS to capture voter registration activity. Coding entered on MAST will indicate the date of voter registration for the household member being interviewed, when the registration took place (either at application, reevaluation, or when the household reports an address change), and whether or not the client checked "yes" or "no" on the declination form (or left the form blank). Using this MAST coding of voter registration activity, Management Information Systems (MIS) will produce the "NVRA Data Report" to be submitted by State Operations via email to the Mississippi Secretary of State's office. This monthly report will indicate the date of actual voter registration, not the MAVERICS system month, in which the registration occurred.

Example: At recertification interview on March 5th for the new certification period beginning in April 2011, the 35-year-old PI wishes to register to vote. The PI checks “yes” on the declination form and fills out and signs the voter registration form on the date of interview. On the MAST screen, the worker enters the NVRA date of 03/05/2011, along with the NVRA “type” code of “R” to indicate registration occurred at recertification/reevaluation and the NVRA code of “Y” that the client indicated on the declination form that he/she wished to register to vote. Even though the system month at the time of voter registration is April 2011, the application is considered to have occurred in March 2011 and the form will be included in the applications submitted to the circuit clerk’s office during the month of March. The NVRA Data Report will reflect that voter registration associated with this case occurred in March.

Example: The PI reports in person on April 27 that the household has moved. Based on this reported change, the PI is offered the chance to update voter information and fills out the voter registration form including the section used to update the household’s address. The county worker will access the MAST screen in the current system month of June and enter the NVRA date 04/27/2011, the NVRA “type” code of “C” to indicate an address change and the NVRA code “Y” to indicate the client’s desire to be registered at the new address. Though the change of address is documented in the system month of June, the change is considered to have occurred in April and the form will be included in the applications submitted to the circuit clerk’s office during the month of April. The NVRA Data Report will reflect that the address change occurred in April.

Upon request, voter registration forms may be provided for other household members who may wish to register. If additional voter materials are provided, the case should be documented and the household member or representative informed that completed forms may either be returned to the county office or submitted to the county circuit clerk’s office. When voter registration forms are returned to the county office, the worker must enter the appropriate information on the MAST screen and document IIDO.

See Volume X, Chapter 3, for instructions on MAST coding of voter registration activity.

Training

All county offices must train new or reassigned employees on voter registration duties immediately upon hiring or reassignment. All staff must be trained regarding NVRA procedures on a semi-annual basis. For training assistance, county offices should contact State Operations who will coordinate training through the Secretary of State’s office. Training material will include NVRA policy found in Chapter 1 of Volume III and Chapter 1 of Volume V, along with the NVRA Training Manual located in the “Training Resources” folder in Interwoven/Worksite.

County offices will be required to submit a report of all employees who attended the training via the MDHS-EA-106 to State Operations within one month of the training.

Prohibitions

When providing voter registration services, MDHS employees must not engage in the following:

- seek to influence a client's political preference or party designation (voter registrants are not required to declare party affiliation in Mississippi)
- display any political preference or party allegiance
- make any statement to a client or take any action for the purpose of discouraging the client from registering to vote; or
- make any statement to a client or take any action that would lead a client to believe that a decision to register or not to register has any bearing on the availability of services or benefits the client will receive.

Registration of 17-Year-Olds

Mississippi law allows persons who will be 18 years of age on or before the date of a November general election to vote in a primary election associated with that general election. Therefore, the agency may determine that in some instances a 17-year-old household member is eligible to register to vote. If a 17-year-old will turn 18 on or before the general election date in November, the 17-year-old can register and vote in the primary election held earlier in the same year, and must be provided with a voter registration application and declination form at each application, reapplication, and change of address transaction

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR SEPTEMBER 2019

10/02/19 00:31:31

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
010 ADAMS COUNTY DHS	125 248 0	14 359 0	373
020 ALCORN COUNTY DHS	114 166 1	21 256 4	281
030 AMITE COUNTY DHS	34 67 0	4 97 0	101
040 ATTALA COUNTY DHS	74 124 0	6 192 0	198
050 BENTON COUNTY DHS	43 68 0	5 106 0	111
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	156 354 1	16 491 4	511
070 CALHOUN COUNTY DHS	59 60 0	4 115 0	119
080 CARROLL COUNTY DHS	23 36 0	0 59 0	59
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	73 113 0	4 182 0	186
100 CHOCTAW COUNTY DHS	31 45 0	5 71 0	76
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	42 88 0	0 130 0	130
120 CLARKE COUNTY DHS	79 136 0	9 206 0	215
130 CLAY COUNTY DHS	96 182 0	17 261 0	278
140 COAHOMA COUNTY DHS	103 372 0	4 469 2	475
150 COPIAH COUNTY DHS	158 236 0	4 390 0	394
160 COVINGTON COUNTY DHS	95 137 0	15 217 0	232
170 DESOTO COUNTY DHS	524 638 0	62 1051 49	1162
180 FORREST COUNTY DHS	466 580 0	17 801 228	1046
190 FRANKLIN COUNTY DHS	26 59 0	1 84 0	85
200 GEORGE COUNTY DHS	139 108 0	2 226	347

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR SEPTEMBER 2019

10/02/19 00:31:31

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
210 GREENE COUNTY DHS	54 88 0	4 131 7	142
220 GRENADA COUNTY DHS	117 146 4	22 245 0	267
230 HANCOCK COUNTY DHS	217 249 0	48 415 3	466
240 HARRISON COUNTY DHS	1513 1633 0	159 2975 12	3146
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	1301 2145 2	177 3143 128	3448
252 HINDS COUNTY DHS-MID-TOWN OFF.	32 78 0	2 108 0	110
260 HOLMES COUNTY DHS	72 251 0	9 314 0	323
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	64 189 5	1 257 0	258
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	3 6 0	0 9 0	9
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	65 74 0	3 136 0	139
300 JACKSON COUNTY DHS	744 765 0	89 1419 1	1509
310 JASPER COUNTY DHS	73 147 0	1 219 0	220
320 JEFFERSON COUNTY DHS	28 107 0	3 113 19	135
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	60 67 0	0 127 0	127
340 JONES COUNTY DHS	334 436 0	26 742 2	770
350 KEMPER COUNTY DHS	20 61 1	4 74 4	82
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	152 117 1	27 243 0	270
370 LAMAR COUNTY DHS	311 222 0	6 517 10	533
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	347 530 0	59 818 0	877
390 LAWRENCE COUNTY DHS	55 86 0	1 140	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR SEPTEMBER 2019

10/02/19 00:31:32

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
400 LEAKE COUNTY DHS	73 105 0	7 171 0	178
410 LEE COUNTY DHS	379 377 0	53 698 5	756
420 LEFLORE COUNTY DHS	215 434 0	15 599 35	649
430 LINCOLN COUNTY DHS	172 254 0	30 389 7	426
440 LOWNDES COUNTY DHS	259 483 0	36 706 0	742
450 MADISON COUNTY DHS	277 418 0	11 683 1	695
460 MARION COUNTY DHS	140 230 0	0 370 0	370
470 MARSHALL COUNTY DHS	99 162 0	4 257 0	261
480 MONROE COUNTY DHS	167 181 0	9 339 0	348
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	48 78 0	5 110 11	126
500 NESHOPA COUNTY DHS	136 234 2	21 351 0	372
510 NEWTON COUNTY DHS	76 109 0	5 180 0	185
520 NOXUBEE COUNTY DHS	46 154 0	1 170 29	200
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	202 268 0	34 436 0	470
540 PANOLA COUNTY DHS	144 231 0	5 370 0	375
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	305 339 0	12 630 2	644
560 PERRY COUNTY DHS	48 78 0	1 125 0	126
570 PIKE COUNTY DHS	214 375 0	54 534 1	589
580 PONTOTOC COUNTY DHS	101 118 0	2 217 0	219
590 PRENTISS COUNTY DHS	60 92 1	5 148	157



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR SEPTEMBER 2019

10/02/19 00:31:32

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL	
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK	
600 QUITMAN COUNTY DHS	34 58 0	4	88 0	92
610 RANKIN COUNTY DHS	341 349 0	30	654 6	690
620 SCOTT COUNTY DHS	119 145 2	7	259 0	266
630 SHARKEY COUNTY DHS	42 81 0	0	123 0	123
640 SIMPSON COUNTY DHS	130 134 0	27	236 1	264
650 SMITH COUNTY DHS	50 58 0	2	106 0	108
660 STONE COUNTY DHS	90 101 0	18	154 19	191
670 SUNFLOWER COUNTY DHS- I	126 231 0	1	356 0	357
671 SUNFLOWER COUNTY DHS- R	48 133 0	4	177 0	181
680 TALLAHATCHIE COUNTY DHS	42 78 1	0	121 0	121
690 TATE COUNTY DHS	109 142 0	6	245 0	251
700 TIPPAAH COUNTY DHS	60 75 0	7	107 21	135
710 TISHOMINGO COUNTY DHS	48 48 0	2	94 0	96
720 TUNICA COUNTY DHS	68 123 0	18	173 0	191
730 UNION COUNTY DHS	63 97 0	5	154 1	160
740 WALTHALL COUNTY DHS	53 86 0	4	135 0	139
750 WARREN COUNTY DHS	233 355 0	30	557 1	588
760 WASHINGTON COUNTY DHS	266 665 0	30	834 67	931
770 WAYNE COUNTY DHS	139 230 3	11	361 0	372
780 WEBSTER COUNTY DHS	32 71 0	2	101	

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL				
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK				
790 WILKINSON COUNTY DHS	31	73	0	3	101	0	104
800 WINSTON COUNTY DHS	56	144	0	9	191	0	200
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	48	112	0	0	160	0	160
820 YAZOO COUNTY DHS	156	289	2	2	445	0	447
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	38	73	0	3	107	1	111
860 MSCAP UNIT	77	65	0	6	131	5	142
861 ESAP UNIT	465	332	0	20	741	36	797
862 KLLM UNIT	44	4	0	5	43	0	48
STATEWIDE TOTALS	14191	20286	26	1417	32345	741	34503

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR SEPTEMBER 2020

10/02/20 01:24:37

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
010 ADAMS COUNTY DHS	181 226 0	5 399 3	407
020 ALCORN COUNTY DHS	177 160 0	7 307 23	337
030 AMITE COUNTY DHS	61 89 0	0 150 0	150
040 ATTALA COUNTY DHS	129 79 0	1 207 0	208
050 BENTON COUNTY DHS	45 59 0	6 98 0	104
060 EAST BOLIVAR COUNTY DHS	243 309 0	5 336 211	552
070 CALHOUN COUNTY DHS	77 72 0	0 149 0	149
080 CARROLL COUNTY DHS	33 36 0	0 69 0	69
090 EAST CHICKASAW COUNTY DHS	74 64 0	1 136 1	138
100 CHOCTAW COUNTY DHS	45 41 0	2 84 0	86
110 CLAIBORNE COUNTY DHS	105 80 0	1 184 0	185
120 CLARKE COUNTY DHS	173 98 0	19 231 21	271
130 CLAY COUNTY DHS	189 135 0	6 316 2	324
140 COAHOMA COUNTY DHS	346 310 0	6 650 0	656
150 COPIAH COUNTY DHS	199 222 0	9 412 0	421
160 COVINGTON COUNTY DHS	168 121 0	6 283 0	289
170 DESOTO COUNTY DHS	846 591 1	38 1357 43	1438
180 FORREST COUNTY DHS	774 345 0	14 1095 10	1119
190 FRANKLIN COUNTY DHS	55 41 0	0 96 0	96
200 GEORGE COUNTY DHS	204 116 0	9 270	



REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR SEPTEMBER 2020

10/02/20 01:24:38

FULL SERVICE OFFICE	*N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
210 GREENE COUNTY DHS	51 55 0	1 105 0	106
220 GRENADA COUNTY DHS	152 131 0	11 272 0	283
230 HANCOCK COUNTY DHS	281 166 0	40 400 7	447
240 HARRISON COUNTY DHS	1956 1222 0	141 3014 23	3178
250 HINDS COUNTY DHS-MAIN OFF.	3202 1278 1	82 4187 212	4481
260 HOLMES COUNTY DHS	150 190 0	4 336 0	340
270 HUMPHREYS COUNTY DHS	131 137 11	1 278 0	279
280 ISSAQUENA COUNTY DHS	10 12 0	0 22 0	22
290 ITAWAMBA COUNTY DHS	118 81 0	1 198 0	199
300 JACKSON COUNTY DHS	1037 618 0	63 1584 8	1655
310 JASPER COUNTY DHS	116 116 0	0 231 1	232
320 JEFFERSON COUNTY DHS	82 68 0	2 100 48	150
330 JEFFERSON DAVIS COUNTY DHS	109 86 0	1 194 0	195
340 JONES COUNTY DHS	414 400 0	19 772 23	814
350 KEMPER COUNTY DHS	40 61 0	0 100 1	101
360 LAFAYETTE COUNTY DHS	129 100 0	2 226 1	229
370 LAMAR COUNTY DHS	524 178 0	5 696 1	702
380 LAUDERDALE COUNTY DHS	698 463 0	43 1116 2	1161
390 LAWRENCE COUNTY DHS	73 82 0	0 155 0	155
400 LEAKE COUNTY DHS	111 95 1	6 201	

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR SEPTEMBER 2020

10/02/20 01:24:38

*F U L L S E R V I C E O F F I C E *	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED	DECLINED LEFT BLANK
410 LEE COUNTY DHS	653 241	1 25	870 0 895
420 LEFLORE COUNTY DHS	353 273	1 8	449 170 627
430 LINCOLN COUNTY DHS	268 221	0 18	468 3 489
440 LOWNDES COUNTY DHS	404 385	0 6	777 6 789
450 MADISON COUNTY DHS	465 370	0 3	829 3 835
460 MARION COUNTY DHS	224 211	0 0	435 0 435
470 MARSHALL COUNTY DHS	174 153	0 6	320 1 327
480 MONROE COUNTY DHS	243 150	0 3	389 1 393
490 MONTGOMERY COUNTY DHS	92 65	0 2	153 2 157
500 NESHOPA COUNTY DHS	212 172	0 9	375 0 384
510 NEWTON COUNTY DHS	125 128	0 8	245 0 253
520 NOXUBEE COUNTY DHS	113 122	0 0	228 7 235
530 OKTIBBEHA COUNTY DHS	356 172	0 16	509 3 528
540 PANOLA COUNTY DHS	250 210	0 8	450 2 460
550 PEARL RIVER COUNTY DHS	383 332	0 34	680 1 715
560 PERRY COUNTY DHS	125 75	0 0	198 2 200
570 PIKE COUNTY DHS	312 315	0 2	614 11 627
580 PONTOTOC COUNTY DHS	168 81	0 4	218 27 249
590 PRENTISS COUNTY DHS	91 91	1 1	178 4 183
600 QUITMAN COUNTY DHS	69 67	0 9	127

REPORT: NV801S

NVRA SUMMARY REPORT FOR SEPTEMBER 2020

10/02/20 01:24:39

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E * APPLICATION RECERTIFICATION	*N V R A C O D E* REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	TOTAL
610 RANKIN COUNTY DHS	561 354 0	4 893 18	915
620 SCOTT COUNTY DHS	183 175 0	9 349 0	358
630 SHARKEY COUNTY DHS	32 77 0	0 109 0	109
640 SIMPSON COUNTY DHS	148 107 0	13 242 0	255
650 SMITH COUNTY DHS	86 67 0	4 149 0	153
660 STONE COUNTY DHS	124 91 0	9 132 74	215
670 SUNFLOWER COUNTY DHS- I	210 286 0	1 495 0	496
671 SUNFLOWER COUNTY DHS- R	110 107 0	0 214 3	217
680 TALLAHATCHIE COUNTY DHS	74 80 0	5 149 0	154
690 TATE COUNTY DHS	143 163 0	1 305 0	306
700 TIPPAH COUNTY DHS	113 63 0	0 176 0	176
710 TISHOMINGO COUNTY DHS	97 77 0	9 165 0	174
720 TUNICA COUNTY DHS	129 80 0	10 199 0	209
730 UNION COUNTY DHS	130 86 0	0 214 2	216
740 WALTHALL COUNTY DHS	81 77 0	0 158 0	158
750 WARREN COUNTY DHS	480 273 0	9 743 1	753
760 WASHINGTON COUNTY DHS	468 537 0	15 917 73	1005
770 WAYNE COUNTY DHS	237 234 1	19 453 0	472
780 WEBSTER COUNTY DHS	79 52 0	0 131 0	131
790 WILKINSON COUNTY DHS	71 90 0	1 156	

F U L L S E R V I C E O F F I C E	* N V R A T Y P E *	*N V R A C O D E*	TOTAL
	APPLICATION RECERTIFICATION	REGISTERED DECLINED LEFT BLANK	
800 WINSTON COUNTY DHS	104 107 0	10 201 0	211
810 YALOBUSHA COUNTY DHS	67 91 0	0 158 0	158
820 YAZOO COUNTY DHS	287 231 2	0 520 0	520
830 WEST BOLIVAR COUNTY DHS	66 72 0	1 136 1	138
860 MSCAP UNIT	65 44 0	2 101 6	109
861 ESAP UNIT	730 590 0	22 1137 161	1320
STATEWIDE TOTALS	23463 16778 20	863 38130 1268	40261

MISSISSIPPI VOTER REGISTRATION APPLICATION

IMPORTANT!

- If you are not registered to vote where you now live, you can use this form to register to vote or report that your name or address has changed.
- If you have questions call your county Circuit Clerk or call the Secretary of State at 1-800-829-6786.
- Complete all sections of this form, then mail or hand deliver it to your county Circuit Clerk AT LEAST 30 days before the election in which you want to vote.
- If you are qualified and the information on your form is complete, you will be mailed a voter card that tells you where to vote.

Section I. APPLICATION TO REGISTER TO VOTE

Please select one of the following: New Registration Change of Information

- 1) Are you a citizen of the United States of America? Yes No *NOTE: If you checked "No" in response to questions 1 or 2, do not complete this form.*
- 2) Will you be 18 years of age on or before election day? Yes No

CIRCLE Mr. Mrs. Miss Ms.	Last Name:	First Name:	Middle/Maiden Name:	Suffix: (JR, II)
Physical Home Address (Number & Street/Road/Dorm/Apt. or Lot #):		City:	County:	State: MS Zip:
Mailing Address (if different from above, include zip code):			Date of Birth:	
Driver's License Number (If you do not have a driver's license, then list the last 4 digits of your Social Security Number): ***				

*****Identification Requirement:** If you do not have a driver's license or social security number, and this form is submitted by mail, and you have never registered to vote in the county you are now registering in, you must send, with this application, either a) a copy of current and valid photo identification, or b) a copy of a current utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document that shows the name and address of the voter. If you do not provide the information requested above, you will be required to provide to election officials either (a) or (b) above the first time you vote after January 1, 2004 at a voting place or by absentee ballot.

Section II. IF YOU WERE PREVIOUSLY REGISTERED UNDER A DIFFERENT NAME OR ADDRESS, LIST THAT NAME OR ADDRESS

CIRCLE Mr. Mrs. Miss Ms.	Last Name:	First Name:	Middle/Maiden Name:	Suffix: (JR, II)
Previous Address (Number & Street/Road/Dorm/Apt. or Lot #):				
Previous City:		Previous County:	Previous State:	Previous Zip:

Section III. VOTER DECLARATION- Read and Sign

I swear/affirm that: I am a U.S. citizen. I will have lived in this state and county for at least 30 days before voting, and if a resident of a municipality, I will have lived in the municipality for at least 30 days before voting. I have never been convicted of murder, rape, bribery, theft, arson, obtaining money or goods under false pretense, perjury, forgery, embezzlement, or bigamy, or I have had my rights restored as required by law. I have not been declared mentally incompetent by a court. Furthermore, I certify that I am at least eighteen (18) years old (or I will be before the next general election), the information given by me is true and correct and that I have truly answered all questions on this application for registration, and that I will faithfully support the Constitution of the United States and of the State of Mississippi, and will bear true faith and allegiance to the same.

X _____
Signature (or mark) of applicant

Date: _____

X _____
If applicant is unable to sign, the signature of the person who Helped fill out this application is required to sign.

Date: _____

Daytime phone number(s) where applicant can be reached

WARNING: False registration is a felony. The penalty for conviction of false registration is imprisonment for not more than five (5) years or a fine of not more than five thousand dollars (\$5000), or both.

<p>For Office Use Only</p>

Please mail your form to your county's Circuit Clerk – choose from the list below.

ADAMS COUNTY

P O Box 1224
Natchez, MS 39121

ALCORN COUNTY

P O Box 430
Corinth, MS 38835

AMITE COUNTY

P O Box 312
Liberty, MS 39645

ATTALA COUNTY

118 W Washington
Kosciusko, MS 39090

BENTON COUNTY

P O Box 262
Ashland, MS 38603

BOLIVAR COUNTY

P O Box 670
Cleveland, MS 38732

CALHOUN COUNTY

P O Box 25
Pittsboro, MS 38951

CARROLL COUNTY

P O Box 6
Vaiden, MS 39176

CHICKASAW COUNTY

1 Pinson Rd. Room 2
Houston, MS 38851

CHOCTAW COUNTY

P O Box 34
Ackerman, MS 39735

CLAIBORNE COUNTY

P O Box 549
Port Gibson, MS 39150

CLARKE COUNTY

P O Box 216
Quitman, MS 39355

CLAY COUNTY

P O Box 364
West Point, MS 39773

COAHOMA COUNTY

P O Box 849
Clarksdale, MS 38614

COPIAH COUNTY

P O Box 467
Hazlehurst, MS 39083

COVINGTON COUNTY

P O Box 667
Collins, MS 39428

DESOTO COUNTY

2535 Hwy 51S, Room 201
Hernando, MS 38632

FORREST COUNTY

P O Drawer 992
Hattiesburg, MS 39403

FRANKLIN COUNTY

P O Box 267
Meadville, MS 39653

GEORGE COUNTY

355 Cox, Suite C
Lucedale, MS 39452

GREENE COUNTY

P O Box 310
Leakesville, MS 39451

GRENADA COUNTY

P O Box 1517
Grenada, MS 38902

HANCOCK COUNTY

P O Box 249
Bay St. Louis, MS 39520

HARRISON COUNTY

P O Box 998
Gulfport, MS 39502

HINDS COUNTY

P O Box 327
Jackson, MS 39205

HOLMES COUNTY

P O Box 718
Lexington, MS 39095

HUMPHREYS COUNTY

P O Box 696
Belzoni, MS 39038

ISSAQUENA COUNTY

P O Box 27
Mayersville, MS 39113

ITAWAMBA

201 W. Main St.
Fulton, MS 38843

JACKSON COUNTY

P O Box 998
Pascagoula, MS 39568

JASPER COUNTY

P O Box 447
Bay Springs, MS 39422

JEFFERSON COUNTY

P O Box 305
Fayette, MS 39069

JEFFERSON DAVIS COUNTY

P O Box 1082
Prentiss, MS 39474

JONES COUNTY

P O Box 1336
Laurel, MS 39441

KEMPER COUNTY

P O Box 130
Dekalb, MS 39328

LAFAYETTE COUNTY

County Courthouse
Oxford, MS 38655

LAMAR COUNTY

P O Box 369
Purvis, MS 39475

LAUDERDALE COUNTY

P O Box 1005
Meridian, MS 39302

LAWRENCE COUNTY

P O Box 1249
Monticello, MS 39654

LEAKE COUNTY

P O Box 67
Carthage, MS 39051

LEE COUNTY

P O Box 762
Tupelo, MS 38802

LEFLORE COUNTY

P O Box 1953
Greenwood, MS 38935

LINCOLN COUNTY

P O Box 357
Brookhaven, MS 39602

LOWNDES COUNTY

P O Box 31
Columbus, MS 39703

MADISON COUNTY

P O Drawer 1626
Canton, MS 39046

MARION COUNTY

250 Broad Street, Suite 1
Columbia, MS 39429

MARSHALL COUNTY

P O Box 459
Holly Springs, MS 38635

MONROE COUNTY

P O Box 843
Aberdeen, MS 39730

MONTGOMERY COUNTY

P O Box 765
Winona, MS 38967

NESHOBA COUNTY

401 E. Beacon St., Suite 110
Philadelphia, MS 39350

NEWTON COUNTY

P O Box 447
Decatur, MS 39327

NOXUBEE COUNTY

505 S. Jefferson
Macon, MS 39341

OKTIBBEHA COUNTY

Courthouse
Starkville, MS 39759

PANOLA COUNTY

P O Box 346
Batesville, MS 38606

PEARL RIVER COUNTY

200 S. Main
Poplarville, MS 39470

PERRY COUNTY

P O Box 198
New Augusta, MS 39462

PIKE COUNTY

P O Drawer 31
Magnolia, MS 39652

PONTOTOC COUNTY

P O Box 428
Pontotoc, MS 38863

PRENTISS COUNTY

P O Box 727
Booneville, MS 38829

QUITMAN COUNTY

230 Chesnut St.
Marks, MS 38646

RANKIN COUNTY

P O Box 1599
Brandon, MS 39043

SCOTT COUNTY

P O Box 371
Forest, MS 39074

SHARKEY COUNTY

P O Box 218
Rolling Fork, MS 39159

SIMPSON COUNTY

P O Box 307
Mendenhall, MS 39114

SMITH COUNTY

P O Box 517
Raleigh, MS 39153

STONE COUNTY

323 Cavers Ave.
Wiggins, MS 39577

SUNFLOWER COUNTY

P O Box 576
Indianola, MS 38751

TALLAHATCHIE COUNTY

P O Box 86
Charleston, MS 38921

TATE COUNTY

201 Ward St.
Senatobia, MS 38668

TIPPAH COUNTY

Courthouse
Ripley, MS 38663

TISHOMINGO COUNTY

1008 Battleground Dr.
Iuka, MS 38852

TUNICA COUNTY

P O Box 184
Tunica, MS 38676

UNION COUNTY

P O Box 298
New Albany, MS 38652

WALTHALL COUNTY

200 Ball Ave.
Tylertown, MS 39667

WARREN COUNTY

P O Box 351
Vicksburg, MS 39181

WASHINGTON COUNTY

P O Box 1276
Greenville, MS 38702

WAYNE COUNTY

P O Box 428
Waynesboro, MS 39367

WEBSTER COUNTY

P O Box 308
Walthall, MS 39771

WILKINSON COUNTY

P O Box 327
Woodville, MS 39669

WINSTON COUNTY

P O Box 785
Louisville, MS 39339

YALOBUSHA COUNTY

P O Box 431
Water Valley, MS 38965

YAZOO COUNTY

P O Box 108
Yazoo City, MS 39194