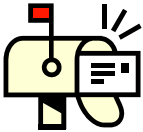


Chương trình Bảo hiểm Trẻ em Louisiana (LaCHIP) là chương trình bảo hiểm miễn phí cho trẻ em dưới 19 tuổi.

Những cách Nộp Đơn

- Trực tuyến** – Nộp đơn tại www.LaCHIP.org
- Thư tín** – Gửi đơn và các tài liệu chứng minh đến
 **LaCHIP**
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA
70821-9278
- Fax** – Fax đơn này và các tài liệu chứng minh đến **1-877-523-2987 (miễn phí)**
- Nộp Trực tiếp** – Nộp trực tiếp đơn và tài liệu chứng minh tại Văn phòng Medicaid/LaCHIP ở địa phương của quý vị. Hãy gọi số **1-877-252-2447** để biết địa chỉ văn phòng ở địa phương của quý vị.

Những Giới hạn Thu nhập

Chúng tôi tính thu nhập trước thuế (trước khi khấu trừ) của cha mẹ. Các giới hạn thu nhập dựa trên số người trong gia đình. *Chúng tôi không tính ông bà hoặc những người chăm sóc khác vào số người trong gia đình, nên không bao gồm thu nhập của họ.*

Nếu thu nhập của quý vị cao hơn những giới hạn này, quý vị vẫn có thể hội đủ điều kiện vì chúng tôi khấu trừ dựa trên loại thu nhập và chi tiêu (như hỗ trợ trẻ em và chăm sóc ban ngày).

Số người trong gia đình	Những Giới hạn Thu nhập đến ngày 31 tháng 3 năm 2011	
	Thu nhập Hàng tuần	Thu nhập Hàng tháng
1	\$465	\$1,862
2	\$630	\$2,522
3	\$795	\$3,182
4	\$960	\$3,842
5	\$1,125	\$4,502
6	\$1,290	\$5,162
7	\$1,455	\$5,822
8	\$1,620	\$6,482
Thêm một người, cộng thêm \$660.		

Nếu thu nhập của quý vị cao hơn những khoản tiền này, hãy xem thông tin về chương trình bảo hiểm LaCHIP Affordable Plan ở mặt sau của tờ thông tin này.

LaCHIP Bảo hiểm những Dịch vụ Dưới đây

- ★ Khám tại phòng mạch bác sĩ
- ★ Khám tại bệnh viện
- ★ Chăm sóc nha khoa
- ★ Chăm sóc thị lực
- ★ Chăm sóc tai
- ★ Xét nghiệm
- ★ Chủng ngừa
- ★ Thuốc kê toa
- ★ Dụng cụ & tiếp liệu y khoa
- ★ Vận chuyển cần thiết về mặt y tế
- ★ Điều trị bằng lời nói và ngôn ngữ
- ★ Vật lý trị liệu
- ★ Điều trị bằng nghề nghiệp
- ★ Dịch vụ sức khỏe tâm thần
- ★ Điều trị và trắc nghiệm tâm lý
- ★ Giúp lập những cuộc hẹn

Chọn Bác sĩ Của Quý vị

Quý vị có thể nhận sự chăm sóc sức khỏe từ bất cứ bác sĩ hoặc y viện nào chấp nhận Medicaid/LaCHIP. Hầu hết mọi người đều chọn một bác sĩ làm Bác sĩ Chăm sóc Chính của mình.

Bảo hiểm Khác

Nếu quý vị có hoặc có thể nhận bảo hiểm qua việc làm, Medicaid có thể giúp thanh toán phí bảo hiểm. Hãy gọi số 1-866-362-5253 hoặc vào trang web www.LAHIPP.DHH.Louisiana.gov.

Giúp Mua Thực phẩm

Giúp mua thực phẩm (Thẻ mua hàng Louisiana) được quyết định bởi một văn phòng khác. Hãy gọi 1-888-524-3578 hoặc vào trang web www.DSS.LA.gov.

Thắc mắc

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp điền đơn này, hãy gọi số **1-877-252-2447**. Nếu quý vị bị điếc hoặc lạng tai và sử dụng điện thoại có chữ TTY, hãy gọi **1-800-220-5404**. Đây là những số điện thoại miễn phí.

Chương trình Bảo hiểm LaCHIP Affordable Plan

Nếu con của quý vị không hội đủ điều kiện cho chương trình LaCHIP miễn phí vì thu nhập của gia đình quý vị, thì chúng có thể hội đủ điều kiện cho **LaCHIP Affordable Plan**, một chương trình bảo hiểm chi phí thấp.

LaCHIP Affordable Plan có khoản tiền đồng thanh toán và phí bảo hiểm hàng tháng \$50 để bao trả cho tất cả trẻ em trong gia đình.

LaCHIP Affordable Plan cung cấp những phúc lợi khác với các dịch vụ LaCHIP được liệt kê trong tờ thông tin này. Hãy vào trang web www.LaCHIP.org để biết thêm thông tin về những dịch vụ được bảo hiểm cho **LaCHIP Affordable Plan**.

Quyền của Quý vị

Nếu quý vị nghĩ rằng những quyết định của chúng tôi là không công bằng, không chính xác hoặc quá muộn, thì quý vị có thể yêu cầu một cuộc điều trần công bằng:

1. Hãy gọi văn phòng LaCHIP theo số 1-877-252-2447 HOẶC
2. Viết thư cho
LA DHH Bureau of Appeals
P. O. Box 4183
Baton Rouge, LA 70821-4183 HOẶC
3. Gọi điện thoại hoặc viết thư cho văn phòng Medicaid/LaCHIP ở địa phương của quý vị

LaCHIP là một Chương trình Cơ hội Bình đẳng

Medicaid/LaCHIP không đối xử phân biệt với quý vị vì chủng tộc, màu da, giới tính, tuổi, sự tàn tật, dân tộc hoặc niềm tin chính trị của quý vị. Nếu quý vị nghĩ rằng chúng tôi có sự không công bằng, quý vị có thể:

1. Gọi Văn phòng Dân quyền Khu vực của DHHS Hoa Kỳ tại Dallas, TX theo số 1-800-368-1019 HOẶC
2. Viết thư cho:
LA Dept. of Health & Hospitals
P. O. Box 4818
Baton Rouge, LA 70821-4818 HOẶC
3. Gọi điện thoại hoặc viết thư cho văn phòng Medicaid/LaCHIP ở địa phương của quý vị

Tài liệu công này được phát hành với chi phí \$3,155.27. Bảy ngàn (7,000) ấn bản tài liệu công này được in ấn lần đầu với chi phí \$3,155.27. Tổng chi phí in ấn, kể cả in lại, là \$3,155.27. Tài liệu này được phát hành bởi Office of State Printing, 950 Brickyard Lane, Baton Rouge, LA 70804 để tư vấn cho người nộp đơn, người nhận và những cá nhân khác về dịch vụ của LaCHIP trong Chương trình Medicaid theo giấy phép số 42 CFR 435.905. Tài liệu này được in theo những tiêu chuẩn in ấn của các cơ quan tiểu bang được thành lập theo nghị quyết số R.S. 43:31. Việc in ấn này được đặt hàng theo các điều khoản của Mục 43 của Tu Chính Luật Louisiana.

BHSF Form 1-CH Cover
Rev. 03/12 (English 04/10)
Mẫu Trước đây đã Bỏ



Đơn xin đăng ký



Bảo hiểm Sức khỏe Chi phí Thấp Cho Trẻ em

Hãy nộp đơn trực tuyến
tại www.LaCHIP.org

1+877+2LaCHIP (252-2447)

¿Necesita traductor de español?
Llame al 1-877-252-2447.

Quý vị có cần thông dịch viên
người Việt không? Nếu cần xin
gọi số 1-877-252-2447.

Đơn xin đăng ký



Chăm sóc Sức khỏe Miễn phí Cho Trẻ em

Hãy nộp đơn trực tuyến
tại www.LaCHIP.org

1+877+2LaCHIP (252-2447)

Đơn xin đăng ký

Hãy sử dụng đơn này để đăng ký LaCHIP, LaCHIP Affordable Plan, hoặc Medicaid cho trẻ em dưới 19 tuổi. Quý vị cũng có thể nộp đơn trực tuyến tại www.LaCHIP.org.

Để đăng ký bằng cách nộp đơn này:

- Hãy điền và ký tên bằng viết mực đen.
- Nộp chung với tài liệu chứng minh mà chúng tôi cần.
- Gửi thư hoặc fax đơn này cùng với tài liệu chứng minh đến:

LaCHIP
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821-9278
FAX: 1-877-523-2987

Ngôn ngữ nào quý vị nói giỏi nhất? Tiếng Anh Tiếng TBN Tiếng Việt Khác _____
Ngôn ngữ nào quý vị viết giỏi nhất? Tiếng Anh Tiếng TBN Tiếng Việt Khác _____

Si usted quiere una solicitud en español o quiere hablar con alguien que habla español, llame al 1-877-252-2447.
Nếu quý vị cần đơn tiếng Việt hoặc tham khảo với nhân viên người Việt, Xin gọi số điện thoại miễn phí 1-877-252-2447.

1. Có người nào nhận Medicaid ở tiểu bang khác không? Có – Ai? _____ Không
Quý vị không thể nhận phúc lợi Medicaid ở nhiều tiểu bang cùng một thời gian. Chúng tôi có thể giúp quý vị đóng Medicaid ở tiểu bang khác. Quý vị phải là một cư dân của tiểu bang Louisiana để nhận Medicaid hoặc Louisiana LaCHIP.

2. Quý vị nhận mẫu đơn LaCHIP này ở đâu?

- Văn phòng LaCHIP/Medicaid Bệnh viện Nhà thuốc tây Phòng mạch Bác sĩ Bạn bè/Người thân
 Internet Phòng khám tại Trường Văn phòng Phiếu Thực phẩm Phòng Y tế
 Doanh nghiệp (Cửa hàng/Công ty) Lễ hội/Hội chợ Y tế Nơi khác: _____

3. Thông tin về Cha mẹ hoặc Người chăm sóc (Liệt kê cha mẹ hoặc người chăm sóc thứ hai trong Câu hỏi 4)

Tên _____ Nam Nữ
Tên Tên lót (Chữ đầu) Họ

Số An sinh Xã hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc (Tùy chọn- quý vị có thể đánh dấu một hoặc nhiều ô sau): Người da trắng Người da đen
 Người châu Á Người Hispanic hoặc Latinh Người Da đỏ hoặc Alaska Người Đảo Thái Bình Dương hoặc Hawaii Khác: _____

Địa chỉ Gửi thư _____
P.O. Box hoặc Địa chỉ Số Căn hộ/Lô

Thành phố Tiểu bang Zip Code

Địa chỉ Nhà (nếu khác) _____
Địa chỉ Số Căn hộ/Lô

Thành phố Tiểu bang Zip Code

Quận _____ Địa chỉ E-mail _____

Số điện thoại Nhà _____ Số điện thoại Di động _____ Số điện thoại Ban ngày _____

Ngày và Giờ thuận tiện để liên lạc quý vị trong Giờ Hành chính của chúng tôi (Thứ Hai-Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 4 giờ 30 chiều) _____

4. Cha mẹ hoặc người chăm sóc khác có sống chung nhà không? Có – Hãy Trả lời những Câu hỏi Dưới đây Không – Chuyển qua Câu hỏi 5

Tên _____ Nam Nữ
Tên Tên lót (Chữ đầu) Họ

Số An sinh Xã hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc (Tùy chọn- quý vị có thể đánh dấu một hoặc nhiều ô sau): Người da trắng
 Người da đen Người châu Á Người Hispanic hoặc Latinh Người Da đỏ hoặc Alaska
 Người Đảo Thái Bình Dương hoặc Hawaii Khác: _____

Quan hệ với người được liệt kê trong Câu hỏi 3: Chồng Vợ Bạn bè Khác: _____

Thắc mắc? Hãy gọi 1-877-252-2447
Có vấn đề thính giác, Hãy gọi 1-800-220-5404

5. Liệt kê TẤT CẢ trẻ em dưới 19 tuổi sống chung nhà. Sử dụng một tờ giấy riêng nếu có hơn 4 trẻ em.

A. Tên _____ Nam Nữ
Tên *Tên lót (Chữ đầu)* *Họ*

Số An sinh Xã hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Quan hệ với Người trong Câu hỏi 3: Con Con riêng Cháu Khác: _____

Quan hệ với Người trong Câu hỏi 4: Con Con riêng Cháu Khác: _____

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc (Tùy chọn- quý vị có thể đánh dấu một hoặc nhiều ô sau):

Người da trắng Người da đen Người Hispanic hoặc Latinh Người châu Á Người Đảo Thái Bình Dương hoặc Hawaii Người Da đỏ hoặc Alaska – Bộ lạc: _____

Người con này có đang nộp đơn đăng ký không? Có – Trả lời những câu hỏi kế tiếp Không – Chuyển qua phần B

Người con này có bị tàn tật hay không? Có Không Nếu có, hãy giải thích: _____

Nơi sinh: Tiểu bang (nếu sinh tại Hoa Kỳ) _____ Nước (nếu sinh ở bên ngoài Hoa Kỳ) _____

Tên của Mẹ _____
Tên *(Nhũ danh)* *Họ*

Người con này có phải là công dân Hoa Kỳ không? Có – Chuyển qua Câu hỏi B Không – Trả lời những câu hỏi kế tiếp. Người con này có phải là cư dân hợp pháp không? Có Không –

Người con này đến Hoa Kỳ khi nào? _____ Số Thẻ Cư trú (thẻ xanh) A _____

B. Tên _____ Nam Nữ
Tên *Tên lót (Chữ đầu)* *Họ*

Số An sinh Xã hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Quan hệ với Người trong Câu hỏi 3: Con Con riêng Cháu Khác: _____

Quan hệ với Người trong Câu hỏi 4: Con Con riêng Cháu Khác: _____

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc (Tùy chọn- quý vị có thể đánh dấu một hoặc nhiều ô sau):

Người da trắng Người da đen Người Hispanic hoặc Latinh Người châu Á Người Đảo Thái Bình Dương hoặc Hawaii Người Da đỏ hoặc Alaska – Bộ lạc: _____

Người con này có đang nộp đơn đăng ký không? Có – Trả lời những câu hỏi kế tiếp Không – Chuyển qua phần C

Người con này có bị tàn tật hay không? Có Không Nếu có, hãy giải thích: _____

Nơi sinh: Tiểu bang (nếu sinh tại Hoa Kỳ) _____ Nước (nếu sinh ở bên ngoài Hoa Kỳ) _____

Tên của Mẹ _____
Tên *(Nhũ danh)* *Họ*

Người con này có phải là công dân Hoa Kỳ không? Có – Chuyển qua Câu hỏi C Không – Trả lời những câu hỏi kế tiếp. Người con này có phải là cư dân hợp pháp không? Có Không –

Người con này đến Hoa Kỳ khi nào? _____ Số Thẻ Cư trú (thẻ xanh) A _____

C. Tên _____ Nam Nữ
Tên *Tên lót (Chữ đầu)* *Họ*

Số An sinh Xã hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Quan hệ với Người trong Câu hỏi 3: Con Con riêng Cháu Khác: _____

Quan hệ với Người trong Câu hỏi 4: Con Con riêng Cháu Khác: _____

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc (Tùy chọn- quý vị có thể đánh dấu một hoặc nhiều ô sau):

Người da trắng Người da đen Người Hispanic hoặc Latinh Người châu Á Người Đảo Thái Bình Dương hoặc Hawaii Người Da đỏ hoặc Alaska – Bộ lạc: _____

Người con này có đang nộp đơn đăng ký không? Có – Trả lời những câu hỏi kế tiếp Không – Chuyển qua phần D

Người con này có bị tàn tật hay không? Có Không Nếu có, hãy giải thích: _____

Nơi sinh: Tiểu bang (nếu sinh tại Hoa Kỳ) _____ Nước (nếu sinh ở bên ngoài Hoa Kỳ) _____

Tên của Mẹ _____
Tên *(Nhũ danh)* *Họ*

Người con này có phải là công dân Hoa Kỳ không? Có – Chuyển qua Câu hỏi D Không – Trả lời những câu hỏi kế tiếp. Người con này có phải là cư dân hợp pháp không? Có Không –

Người con này đến Hoa Kỳ khi nào? _____ Số Thẻ Cư trú (thẻ xanh) A _____

D. Tên _____ Nam Nữ

Tên

Tên lót (Chữ đầu)

Họ

Số An sinh Xã hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Quan hệ với Người trong Câu hỏi 3: Con Con riêng Cháu Khác: _____

Quan hệ với Người trong Câu hỏi 4: Con Con riêng Cháu Khác: _____

Chủng tộc/Nguồn gốc Dân tộc (Tùy chọn- quý vị có thể đánh dấu một hoặc nhiều ô sau):

Người da trắng Người da đen Người Hispanic hoặc Latinh Người châu Á Người Đảo Thái Bình Dương hoặc Hawaii Người Da đỏ hoặc Alaska – Bộ lạc: _____

Người con này có đang nộp đơn đăng ký không? Có – Trả lời những câu hỏi kế tiếp Không – Chuyển qua Câu hỏi 6

Người con này có bị tàn tật hay không? Có Không Nếu có, hãy giải thích: _____

Nơi sinh: Tiểu bang (nếu sinh tại Hoa Kỳ) _____ Nước (nếu sinh ở bên ngoài Hoa Kỳ) _____

Tên của Mẹ _____

Tên

(Nhũ danh)

Họ

Người con này có phải là công dân Hoa Kỳ không? Có – Chuyển qua Câu hỏi 6 Không – Trả lời những câu hỏi kế tiếp. Người con này có phải là cư dân hợp pháp không? Có Không –

Người con này đến Hoa Kỳ khi nào? _____ Số Thẻ Cư trú (thẻ xanh) A _____

6. Có người nào đang mang thai không? Có – Trả lời những Câu hỏi Kế tiếp Không – Chuyển qua Câu hỏi 7

Người mang thai? _____ Ngày Dự sinh _____

7. Có người con nào được bảo hiểm sức khỏe chưa? Có – Điền vào Dưới đây Không – Chuyển qua Câu hỏi 8

Những người con nào được bảo hiểm? _____

Tên Người đứng tên hợp đồng bảo hiểm _____ Ngày Bắt đầu Bảo hiểm _____

Tên và Số điện thoại của Công ty Bảo hiểm _____

Số Hợp đồng bảo hiểm _____ Số Nhóm _____

Hợp đồng bảo hiểm này có mua qua sở làm hay không? Có Không Nếu có, tên của cơ quan: _____

Hợp đồng này bảo hiểm cho những gì? Bệnh viện Bác sỹ Y tế Nha khoa Xe cấp cứu Thai kỳ

8. Bảo hiểm sức khỏe cá nhân mà đã hết hiệu lực trong 12 tháng qua? Có – Trả lời những Câu hỏi Kế tiếp Không – Chuyển qua Câu hỏi 9

Người đã không còn bảo hiểm? _____ Ngày Hết hạn Bảo hiểm: _____

Tên và Số điện thoại của Công ty Bảo hiểm _____

Tại sao chương trình bảo hiểm kết thúc? Việc làm kết thúc Số giờ làm việc giảm Cha mẹ chết Ly dị

Vượt quá khoản tiền tối đa suốt đời COBRA hết hạn Cơ quan mới không bảo hiểm cho người phụ thuộc

Quá đắt tiền – Nếu quá đắt tiền, phí bảo hiểm gia đình mỗi kỳ thanh toán là bao nhiêu? \$ _____

Những lý do kết thúc bảo hiểm khác _____

9. Có người nào đi làm không? Có – Điền vào Dưới đây Không – Chuyển qua Câu hỏi 10

Bao gồm tất cả tiền lương hoặc tiền mặt nhận từ việc làm, tự làm chủ và tiền thưởng.

Chúng tôi không tính thu nhập của ông bà và những người chăm sóc không phải là cha mẹ.

Tên của người đi làm	Tên sở làm & Số Điện thoại hoặc Ghi là Tự Làm chủ	Số Tiền được Lãnh? (Thu nhập trước khi trừ thuế)	Kỳ Lãnh tiền? (mỗi tuần, mỗi 2 tuần, hai lần một tháng, hàng tháng)	Có thể mua Bảo hiểm qua sở làm được không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

10. Có người nào nhận lợi tức (tiền) từ?

• An sinh Xã hội • SSI • Thất nghiệp • Bồi thường lao động • Tiền từ Bạn bè/Người thân • Cấp dưỡng Nuôi con (liệt kê tên trẻ em nhận khoản tiền này) • Tiền cấp dưỡng sau ly dị • Khác (liệt kê dưới đây)

Có – Điền vào Dưới đây Không – Chuyển qua Câu hỏi 11

Chúng tôi không tính thu nhập của ông bà và những người chăm sóc không phải là cha mẹ.

Người nhận?	Khoản tiền gì?	Bao nhiêu?	Bao lâu một lần?
			<input type="checkbox"/> mỗi tuần <input type="checkbox"/> mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> hai lần một tháng <input type="checkbox"/> hàng tháng
			<input type="checkbox"/> mỗi tuần <input type="checkbox"/> mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> hai lần một tháng <input type="checkbox"/> hàng tháng
			<input type="checkbox"/> mỗi tuần <input type="checkbox"/> mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> hai lần một tháng <input type="checkbox"/> hàng tháng

11. Có người nào thanh toán tiền cho chăm sóc trẻ em hoặc người tàn tật để làm việc hoặc đi huấn luyện nghề không? Có – Điền vào Dưới đây Không – Chuyển qua Câu hỏi 12

Tên của trẻ em hoặc người tàn tật cần chăm sóc? _____ Ai thanh toán tiền chăm sóc? _____

Trả bao nhiêu? _____ Bao lâu phải trả một lần? _____

Có ai hoặc chương trình nào giúp trả tiền chăm sóc này? Có – Bao nhiêu? _____ Không

Tên của tổ chức Chăm sóc Ban ngày hoặc Người chăm sóc _____ Số Điện thoại _____

12. Có người nào trong nhà quý vị thanh toán tiền cấp dưỡng nuôi con, vợ hoặc chồng theo lệnh tòa án không? Có – Điền vào Dưới đây Không – Chuyển qua Câu hỏi 13

Tên Người Trả số tiền trên _____

Trả bao nhiêu tiền? _____ Bao lâu trả một lần? _____

13. Có trẻ em nào cần LaCHIP hoặc Medicaid trong 3 tháng vừa qua vì có những hóa đơn y tế (đã thanh toán hoặc chưa thanh toán) kể từ lúc này không? Có – Điền vào Dưới đây Không – Chuyển qua Câu hỏi 14 – LaCHIP/Medicaid có thể bảo hiểm cho trẻ em đến 3 tháng trước khi nộp đơn nếu trẻ em này đã nhận dịch vụ y tế trong thời gian đó.

Người nhận dịch vụ y tế? _____ Vào tháng nào? _____

14. Có trẻ em nào đã từng nhận LaCHIP hoặc Medicaid ở Louisiana chưa? Có – Điền vào Dưới đây Không – Chuyển qua Câu hỏi 15

Nếu có người nhận LaCHIP hoặc Medicaid trước và trong khi có thẻ nhựa Medicaid, thẻ này vẫn dung được nếu được hưởng lợi trợ cấp y tế. Chúng tôi sẽ không gửi thẻ mới trừ khi quý vị yêu cầu.

Ai cần thẻ Medicaid mới? _____

15. Nếu những trẻ em này đã được chấp thuận cho LaCHIP hoặc Medicaid, chúng tôi sẽ xem xét lại trường hợp này mỗi năm. Nếu cần liên lạc với quý vị, chúng tôi nên liên lạc như thế nào?

Điện thoại Thư tín E-mail

Quý vị nên báo cho chúng tôi biết khi có thay đổi về thông tin liên lạc của quý vị, kể cả thay đổi tạm thời.

Đây là phần cuối của đơn. KÝ TÊN DƯỚI ĐÂY.

Bằng cách ký vào đơn này tôi cho phép Tiểu bang Louisiana và các nhân viên tiểu bang tiếp xúc để xác minh thông tin cung cấp trong đơn này. Dưới hình phạt cho sự khai man trước tòa, tôi chứng nhận rằng tất cả thông tin mà tôi cung cấp là đúng sự thật. Tôi cũng công nhận rằng tôi đã nhận và đọc phần Quyền và Trách nhiệm trong trang kế tiếp.



Ký Tên của Quý vị Ở đây: _____ Ngày: _____

**Gửi Mẫu đơn đã Điền của Quý vị đến:
LaCHIP
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821-9278**

QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA QUÝ VỊ LƯU TRANG NÀY TRONG HỒ SƠ CỦA QUÝ VỊ

MEDICAID CÓ QUYỀN MONG ĐỢI ĐIỀU GÌ Ở QUÝ VỊ

BÁO CÁO CÁC THAY ĐỔI: Quý vị đồng ý báo cho Medicaid trong vòng 10 ngày về những thay đổi này: 1) nếu người nhận Medicaid rời khỏi tiểu bang; 2) nếu có người nhập vào hoặc ra khỏi gia đình; 3) thay đổi địa chỉ gửi thư hoặc địa chỉ nhà; và 4) thay đổi về bảo hiểm sức khỏe và phí bảo hiểm sức khỏe.

QUỐC TỊCH VÀ TÌNH TRẠNG DI TRÚ: Quý vị công nhận rằng thông tin về tình trạng công dân và di trú được cung cấp trên đơn này là chính xác và đúng sự thật.

KHAI SU THẬT: Quý vị công nhận rằng thông tin được cung cấp trên đơn này là chính xác và đúng sự thật. Quý vị hiểu rằng nếu quý vị cố tình cung cấp thông tin không đúng HOẶC nếu quý vị cố tình không thông báo những thông tin mà quý vị biết, thì quý vị và/hoặc người nộp đơn sẽ không được nhận phúc lợi y tế mà quý vị hoặc họ nộp đơn cho những phúc lợi đó. Nếu điều này xảy ra, quý vị có thể bị trừng phạt theo luật pháp về tội gian lận. Ngoài ra, quý vị cũng có thể phải trả lại tiền cho Medicaid về những hóa đơn được thanh toán nhầm.

XÁC NHẬN THÔNG TIN: Quý vị hiểu rằng thông tin mà quý vị cung cấp về bản thân quý vị và/hoặc người nộp đơn sẽ được kiểm tra. Quý vị đồng ý trợ giúp cho việc đó và cho phép Medicaid nhận thông tin cần thiết từ các cơ quan chính phủ khác, cơ quan, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và những đơn vị khác.

SỐ AN SINH XÃ HỘI: Quý vị hiểu rằng số An sinh Xã hội chỉ được sử dụng để nhận thông tin từ các cơ quan chính phủ khác để quyết định về sự hội đủ điều kiện cho quý vị và/hoặc người nộp đơn đăng ký Medicaid.

THANH TOÁN CHĂM SÓC Y TẾ BỞI BÊN THỨ BA: Quý vị hiểu rằng bằng cách chấp nhận Medicaid, Cơ quan này có quyền nhận tiền mà quý vị và/hoặc những người nộp đơn thanh toán từ những nguồn khác như thanh toán bảo hiểm hoặc giải quyết kiện tụng cho những dịch vụ mà Medicaid đã thanh toán cho quý vị và/hoặc người nộp đơn.

ĐIỀU LUẬT VỀ SỰ CẤP DƯỠNG NUÔI CON: Quý vị hiểu rằng Medicaid chỉ gửi thông tin cho trường hợp Thi hành Cấp dưỡng Nuôi con, nếu quý vị yêu cầu. Chúng tôi sẽ cho phép tham khảo nếu cha/mẹ nhận Medicaid trừ khi Medicaid xác định rằng quý vị có lý do chính đáng khi không hợp tác với lệnh Thi hành Cấp dưỡng Nuôi con.

NHỮNG QUYỀN LỢI VÀ YÊU CẦU CỦA TÔI

QUYỀN ĐƯỢC YÊU CẦU GIẢI THÍCH CÔNG BẰNG: Quý vị hiểu rằng quý vị có thể yêu cầu một cuộc Điều trần Công bằng nếu quý vị nghĩ rằng quyết định cho một trường hợp là không công bằng, sai, hoặc đưa ra quá muộn.

KHÔNG PHÂN BIỆT: Quý vị hiểu rằng Medicaid không đối xử phân biệt với quý vị vì chủng tộc, màu da, giới tính, tuổi, sự tàn tật, tôn giáo, dân tộc hoặc niềm tin chính trị của quý vị. Nếu quý vị nghĩ rằng có trường hợp như vậy, quý vị có thể gọi Văn phòng Dân quyền Khu vực của DHHS Hoa Kỳ tại Dallas, TX theo số 1-800-368-1019 hoặc gửi thư cho Bộ Y tế & Bệnh viện, Phòng Nhân lực của tiểu bang Louisiana tại P. O. Box 4818, Baton Rouge, LA 70821-4818.

CÁC DỊCH VỤ KHÁC: Quý vị hiểu rằng thông tin về WIC, KIDMED và các dịch vụ Medicaid khác sẽ được gửi tới những người hội đủ điều kiện cho Medicaid.

Những Tài liệu Chứng minh mà Quý vị Cần phải Gửi cho Chúng tôi

Nếu có bất kỳ điều nào áp dụng cho quý vị và gia đình của quý vị, hãy gửi những bản tài liệu đó. Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị không thể lấy những tài liệu này. Chúng tôi có thể giúp đỡ.

Đối với tất cả người nộp đơn, hãy gửi các bản sao thẻ bảo hiểm y tế (mặt trước và sau).

Đối với người nộp đơn không phải là công dân Hoa Kỳ, hãy gửi các bản sao Thẻ Cư trú (thẻ xanh) hoặc các mẫu đơn khác từ Cơ quan Di trú và Công dân Hoa Kỳ.

Đối với trẻ em sinh ngoài tiểu bang Louisiana, hãy gửi hồ sơ chứng minh tình trạng Công dân Hoa Kỳ như khai sinh, giấy chứng sinh, Hộ chiếu Hoa Kỳ hoặc giấy xác nhận con nuôi. Hãy vào trang web www.cdc.gov/nchs để có danh sách các phòng lưu trữ văn thư quan trọng của tiểu bang để có thể xin giấy khai sinh.

Đối với trẻ em và cha mẹ, hãy gửi cuống phiếu lĩnh lương từ tháng trước cho thấy tổng mức lương (trước thuế) hoặc thư của cơ quan. Nếu tự thuê mướn, hãy gửi bản sao tờ khai thuế và tất cả các bản kê khai của năm ngoài. Ông bà và những người chăm sóc khác không phải cha mẹ không phải gửi thông tin này.

Đối với người nộp đơn và cha mẹ, hãy gửi bằng chứng về thu nhập trước thuế (trước khi trừ thuế) cho tất cả số tiền không phải từ việc làm như Phúc lợi Cựu Chiến binh, bồi thường tai nạn lao động và tiền cấp sau ly dị. Giấy tờ có thể là thư hoặc tờ khai thuế 1099. Ông bà và những người chăm sóc khác không phải cha mẹ không phải gửi thông tin này.

Bằng chứng thanh toán cho chăm sóc trẻ em từ trung tâm chăm sóc ban ngày. Bằng chứng thanh toán cho chăm sóc người lớn từ người chăm sóc.

Lệnh của tòa án và bằng chứng về cấp dưỡng sau ly dị hoặc thanh toán hỗ trợ nuôi con cho người ở ngoài gia đình. Nếu được thanh toán qua Phòng Cường chế Thi hành Cấp dưỡng Nuôi con Louisiana (SES), quý vị không phải gửi bằng chứng - hãy cho chúng tôi biết.

Nếu quý vị yêu cầu bảo hiểm LaCHIP/Medicaid trong ba tháng trước khi quý vị nộp đơn, hãy gửi bằng chứng thu nhập của những tháng đó.

NHỮNG SỐ ĐIỆN THOẠI QUAN TRỌNG

	SỐ ĐIỆN THOẠI	ĐIỆN THOẠI CÓ CHỮ TTY
LaCHIP	1-877-252-2447 1-877-2LaCHIP	1-800-220-5404
KIDMED (EPSDT)	1-800-259-4444	1-877-544-9544
CommunityCARE (để yêu cầu thay đổi bác sỹ chăm sóc chính)	1-800-259-4444	1-877-544-9544
KIDMED và CommunityCARE Hỗ trợ Giới thiệu Bác sỹ	1-877-455-9955	
Dịch vụ Medicaid	1-888-342-6207	
Văn phòng Phúc lợi Nhóm (cho người đăng ký LaCHIP Affordable)	1-800-272-8451	
Vận chuyển (để yêu cầu vận chuyển không cấp cứu)	1-800-259-1944	

NHỮNG TRANG WEB QUAN TRỌNG

LaCHIP	www.LaCHIP.org
LaMOMS – Medicaid cho Phụ nữ mang thai	www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov
Các Chương trình Medicaid Khác	www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov
Tìm Bác sỹ Chấp nhận Medicaid	www.La-CommunityCare.com
KIDMED & CommunityCARE	www.La-KidMed.com
Nộp đơn hoặc Gia hạn Medicaid của Quý vị	www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov
Văn phòng Phúc lợi Nhóm (cho người đăng ký LaCHIP Affordable)	www.GroupBenefits.org

**LƯU TRANG NÀY TRONG
HỒ SƠ CỦA QUÝ VỊ**

Department of Health and Hospitals
Voter Registration Declaration (Tùy chọn)

Nếu quý vị điền vào, câu trả lời của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến các phúc lợi mà quý vị nhận được từ Sở Y Tế và Bệnh Viện Louisiana (*Louisiana Department of Health and Hospitals*).

Nếu quý vị chưa được đăng ký bầu cử ở nơi mình sống, quý vị có muốn xin đăng ký bầu cử ở đây ngày hôm nay không? Có Không

- Nếu quý vị đánh dấu vào "Yes" vui lòng hoàn tất tờ "Louisiana Mail Voter Registration Application" gửi kèm. Quý vị có thể gửi tờ Voter Registration Application đến văn phòng Đăng Ký Bầu Cử tại địa phương có liệt kê trong đơn này hoặc gửi đến Department of Health and Hospitals.
- **NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐÁNH DẤU BẤT CỨ MỤC NÀO THÌ COI NHƯ QUÝ VỊ KHÔNG MUỐN BẦU CỬ LẦN NÀY.**

Việc xin đăng ký hay từ chối đăng ký bầu cử sẽ không ảnh hưởng đến sự trợ giúp mà quý vị sẽ được cơ quan chúng tôi cung cấp.

Nếu quý vị muốn giúp điền vào mẫu xin đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ giúp quý vị. **Quý vị có thể gọi số miễn phí 1-888-342-6207.** Quyết định có tìm kiếm hay chấp nhận sự trợ giúp này hay không tùy thuộc vào quý vị. Quý vị có thể điền mẫu đơn xin một cách riêng tư.

Nếu quý vị chọn đăng ký bầu cử vào thời điểm này, thông tin về địa điểm nơi quý vị đã điền đơn đăng ký sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng nhằm mục đích đăng ký cử tri. Nếu quý vị chọn đăng ký bầu cử, thông tin đó cũng sẽ được giữ bí mật.

Nếu quý vị cho rằng người nào đó đã cản trở quyền đăng ký hay từ chối đăng ký bầu cử, quyền riêng tư trong việc quyết định có đăng ký hay xin đăng ký bầu cử hay không, hoặc quyền chọn đảng chính trị riêng hay ưu tiên chính trị khác của quý vị, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên:

Louisiana Secretary of State
Commissioner of Elections
P.O. Box 94125
Baton Rouge, LA 70804-9125
Điện Thoại: (số điện thoại miễn phí) 1-800-883-2805

Viết In Tên Quý Vị

Số An Sinh Xã Hội

Ngày Sinh

Ký Tên Quý Vị

Ngày Hiện Tại

ACADIA

Courthouse #115
Crowley, LA 70526-4363
(337) 788-8841

ALLEN

P. O. Box 150
Oberlin, LA 70655-0150
(337) 639-4966

ASCENSION

828 S. Irma Blvd. #205
Gonzales, LA 70737-3631
(225) 621-5780

ASSUMPTION

P. O. Box 578
Napoleonville, LA 70390-0578
(985) 369-7347

AVOYELLES

312 N. Main St. #E
Marksville, LA 71351-2409
(318) 253-7129

BEAUREGARD

P. O. Box 952
DeRidder, LA 70634-0952
(337) 463-7955

BIENVILLE

P. O. Box 697
Arcadia, LA 71001-0697
(318) 263-7407

BOSSIER

P. O. Box 635
Benton, LA 71006-0635
(318) 965-2301

CADDO

P.O. Box 1253
Shreveport, LA 71153-1253
(318)226-6891

CALCASIEU

1000 Ryan St. #7
Lake Charles, LA 70601-5250
(337)437-3572

CALDWELL

P. O. Box 1107
Columbia, LA 71418-1107
(318) 649-7364

CAMERON

P. O. Box 1
Cameron, LA 70631-0001
(337) 775-5493

CATAHOULA

P. O. Box 215
Harrisonburg, LA 71340-0215
(318) 744-5745

CLAIBORNE

507 W. Main Suite 1
Homer, LA 71040-3914
(318) 927-3332

CONCORDIA

4001 Carter St. #4
Vidalia, LA 71373-3021
(318) 3367770

DESOTO

105 Franklin St.
Mansfield, LA 71052-2046
(318) 872-1149

E. BATON ROUGE

222 St. Louis #201
Baton Rouge, LA 70802-5860
(225) 389-3940

E. CARROLL

P. O. Box 708
Lake Providence, LA 71254-0708
(318) 559-2015

E. FELICIANA

P. O. Box 488
Clinton, LA 70722-0488
(225) 683-3105

EVANGELINE

200 Court St. Ste. 102
Ville Platte, LA 70586-4463
(337) 363-5538

FRANKLIN

Courthouse
6560 Main St.
Winnsboro, LA 71295-2750
(318) 4354489

GRANT

Courthouse
200 Main St.
Colfax, LA 71417-1828
(318) 627-9938

IBERIA

300 S. Iberia St. #110
New Iberia, LA 70560-4543
(337) 369-4407

IBERVILLE

P. O. Box 554
Plaquemine, LA 70765-0554
(225) 687-5201

JACKSON

500 E. Court St. #102
Jonesboro, LA 71251-3400
(318) 259-2486

JEFFERSON

P. O. Box 10494
Jefferson, LA 70181-0494
(504) 736-6191

JEFFERSON DAVIS

302 N. Cutting Ave.
Jennings, LA 7054-65361
(337) 824-0834

LAFAYETTE

1010 Lafayette #313
Lafayette, LA 70501-6885
(337) 291-7140

LAFOURCHE

307 W. 4th St. #101
Thibodaux, LA 70301-3105
(985) 447-3256

LASALLE

P. O. Box 2439
Jena, LA 71342-2439
(318) 992-2254

LINCOLN

100 W. Texas Ave.
Ruston, LA 71270-4463
(318) 251-5110

LIVINGSTON

P. O. Box 968
Livingston, LA 707540968
(225) 686-3054

MADISON

100 N. Cedar St.
Tallulah, LA 71282-3892
(318) 574-2193

MOREHOUSE

129 N. Franklin
Bastrop, LA 71220-3815
(318) 281-1434

NATCHITOCHES

P. O. Box 677
Natchitoches, LA 71458-0677
(318) 357-2211

ORLEANS

1300 Perdido #1W23
New Orleans, LA 70112-2127
(504) 658-8300

OUACHITA

122 St John St #114
Monroe, LA 71201-7342
(318) 3271436

PLAQUEMINES

P. O. Box 989
Port Sulphur, LA 70083-0989
(504) 564-6957

POINTE COUPEE

211 E. Main St.
New Roads, LA 70760-3661
(225) 638-5537

RAPIDES

701 Murray St.
Alexandria, LA 71301-8099
(318) 473-6770

RED RIVER

P. O. Box 432
Coushatta, LA 71019-0432
(318) 932-5027

RICHLAND

P. O. Box 368
Rayville, LA 71269-0368
(318) 728-3582

SABINE

400 Capitol St. #107
Many, LA 71449-3099
(318) 256-3697

ST. BERNARD

8201 W. Judge Perez Rm. 104
Chalmette, LA 70043-1696
(504) 278-4231

ST. CHARLES

P. O. Box 315
Hahnville, LA 70057-0315
(985) 783-2731

ST. HELENA

P. O. Box 543
Greensburg, LA 70441-0543
(225) 222-4440

ST. JAMES

P. O. Box 179
Convent, LA 70723-0179
(225) 562-2330

ST. JOHN

1801 W. Airline Hwy
LaPlace, LA 70068-3344
(985) 652-9797

ST. LANDRY

P. O. Box 818
Opelousas, LA 70571-0818
(337) 948-0572

ST. MARTIN

Courthouse
415 S. Martin St.
St. Martinville, LA 70582-4549
(337) 394-2204

ST. MARY

500 Main St. #301
Franklin, LA 70538-6144
(337) 828-4100

ST. TAMMANY

701 N. Columbia St.
Covington, LA 70433-2709
(985) 809-5500

TANGIPAHOA

P. O. Box 895
Amite, LA 70422-0895
(985) 748-3215

TENSAS

P. O. Box 183
St. Joseph, LA 71366-0183
(318) 766-3931

TERREBONNE

P. O. Box 9189
Houma, LA 70361-9189
(985) 873-6533

UNION

P. O. Box 235
Farmerville, LA 71241-0235
(318) 368-8660

VERMILION

100 N. State St. #120
Abbeville, LA 70510
(337) 898-4324

VERNON

P. O. Box 626
Leesville, LA 71496-0626
(337) 239-3690

WASHINGTON

Courthouse Bldg.
900 Washington St.
Franklinton, LA 70438
(985) 839-7850

WEBSTER

P. O. Box 674
Minden, LA 71058-0674
(318) 377-9272

W. BATON ROUGE

P. O. Box 31
Port Allen, LA 70767-0031
(225) 336-2421

W. CARROLL

P. O. Box 71
Oak Grove, LA 71263-0071
(318) 428-2381

W. FELICIANA

P. O. Box 2490
St. Francisville, LA 70775-2490
(225) 635-6161

WINN

Courthouse Room 105
Winnfield, LA 71483-3238
(318) 628-6133

OFFICIAL USE ONLY**Address Change**

Name Change

Party Change

Remarks

Circle One: PA MV RG SDA SS

Received by: _____

PLACE IN AN ENVELOPE AND MAIL TO YOUR
REGISTRAR OF VOTERS

USE THIS FORM TO: 1) register to vote 2) change your address 3) request a name change 4) change party affiliation

TO REGISTER TO VOTE AND BE ELIGIBLE TO VOTE YOU MUST: 1) be a United States citizen 2) be at least 17 years old to register but must be 18 years old to vote 3) not be under an order of imprisonment for conviction of a felony 4) not be under a judgment of full interdiction or limited interdiction where your right to vote has been suspended 5) reside in the state and parish in which you seek to register and vote.

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THIS FORM: All information except your signature should be printed clearly in ink, preferably black, or typed. Fill in all boxes that apply to you.

Box 1: Indicate whether you are a citizen of the United States of America. Indicate whether you will be 18 years of age on or before election day.

Box 2: Provide full name. Do not use initials for middle or maiden name.

Box 3: 'Residence Address' means the address where you live and are registering to vote. If you claim a homestead exemption, you must list the address of that residence. Do not use a post office box for your 'Residence Address'. If you use a rural route and box number, draw a map in the space labeled 'Give Location.' Write in the names of the crossroads (streets) nearest to where you live. Draw an X to show where you live. Use a dot to show any schools, churches, stores or landmarks near where you live and write the name of the landmark. Check the box provided if mail is not delivered to your residence address by the post office. Complete 'Mailing Address' only if it is different from the 'Residence Address' or if mail is not delivered to your residence address.

Box 4: Provide your age.

Boxes 6 & 14: You must provide your Louisiana driver's license number, if issued. If not issued, you must provide at least the last four digits of your social security number, if issued. The full social security number may be provided on a voluntary basis. If neither a social security number nor a Louisiana driver's license number has been issued, and this form is submitted by mail, and you are registering to vote for the first time, in order to avoid additional identification requirements for first time voters, attach either a) a copy of a 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 your name and address.

Boxes 8, 12 & 13: The items 'race/ethnic origin', 'home phone' and 'daytime phone' are not required but are helpful.

Box 9: If you do not complete this item, your party affiliation will be listed as 'none', unless you are presently registered with a party affiliation and no change is being made today. If you are not registering with a political party, circle 'none'. The recognized political parties are Democrat, Green, Libertarian, Reform and Republican or you may specify any other party affiliation.

Box 18: If you are using this form to request a change of name, you must print the name to be changed here.

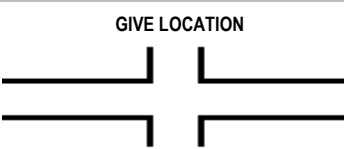
Box 19: Date and sign the card with your signature or mark.

If returned by mail, place in an envelope and mail to the appropriate registrar of voters at the address found on the reverse side of this card. If you have not been issued a social security number or Louisiana driver's license number, you must mail the required documentation with your application. Your application or envelope must be postmarked 30 days prior to the first election in which you seek to vote based on the residence listed on this application.

NOTE: 1. If you decline to register to vote, this fact will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you register to vote, the office where your application was submitted will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. 2. Your social security number will also remain confidential and is intended to be used for voter registration purposes only.

QUESTIONS? Call your Parish Registrar of Voters OR call the Department of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

COMPLETE AND CHECK ALL APPLICABLE BOXES AND TEAR ALONG PERFORATED LINE BEFORE MAILING.

LOUISIANA MAIL VOTER REGISTRATION APPLICATION FORM #04				OFFICIAL USE ONLY COMP REG # _____ Reg Type _____ Wd/ Dist _____ Pct _____ In _____ Out _____			
1 Are you a citizen of the United States of America? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Will you be 18 years of age on or before election day YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> If you checked no in response to either of these questions, DO NOT COMPLETE THIS FORM.							
2 NAME OF APPLICANT (PLEASE PRINT NAME)						GIVE LOCATION 	
LAST		First		FULL MIDDLE OR MAIDEN			
3 RESIDENCE ADDRESS (MUST BE ADDRESS WHERE YOU CLAIM HOMESTEAD EXEMPTION, IF ANY)							
HOUSE OR APT. NO. & STREET				CITY OR TOWN		STATE ZIP	
IF NO mail delivery to residential address, check here: ()				MAILING ADDRESS IF DIFFERENT			
4 AGE		5 DATE OF BIRTH		6 * SOCIAL SECURITY #(CIRCLE ONE)		7 SEX (CIRCLE ONE)	
		MONTH DAY YEAR		NO YES # _____		MALE FEMALE	
8 ** RACE/ ETHNIC ORIGIN (CIRCLE ONE)							
WHITE BLACK ASIAN HISPANIC AMER. INDIAN OTHER: _____							
9 PARTY AFFILIATION (CIRCLE ONE)				10 APPLICANTS'S PLACE OF BIRTH			11 MOTHERS MAIDEN NAME
DEM GRN LBT RFM REP NONE OTHER (SPECIFY) _____				CITY OR TOWN		PARISH OR COUNTY	STATE COUNTRY
12 ** HOME PHONE			13 ** DAYTIME PHONE		14 LA DRIVERS LICENSE / I.D. #(CIRCLE ONE)		15 Will you require assistance at the polls?(CIRCLE ONE)
()			()		NO YES # _____		NO YES IF YES, GIVE REASON
16 LAST RESIDENCE ADDRESS			17 PLACE OF REGISTRATION			18 FOMER REGISTERED NAME, IF APPLICABLE	
ADDRESS			PARISH OR COUNTY			STATE	
AFFIRMATION : I do hereby solemnly swear or affirm that I am a United States citizen, that I am at least 17 years old, that I am not currently under an order of imprisonment for conviction of a felony, that I am not currently under a judgment of full interdiction or limited interdiction where my right to vote has been suspended, that I am a bona fide resident of this state and parish, and that the facts given by me on this application are true to the best of my knowledge and belief. If I have provided false information, I may be subject to a fine of not more than \$1,000 (\$2,500 for subsequent offense) or imprisonment for not more than 1 year.							
19 SIGN YOUR NAME IN BOX AT RIGHT							
DATE: _____ / _____ / _____							
20 IF YOU ARE UNABLE TO SIGN YOUR NAME, TWO WITNESSES TO YOUR MARK MUST SIGN HERE							
WITNESS SIGNATURE				WITNESS SIGNATURE			
* Last 4 digits of the social security number required if no LA driver's license issued; social security number is intended to be used for voter registration purposes only Full # Optional ** OPTIONAL							
LR-1M (REV. 1/11, 7/11) R.S. 18:104 FORM #04							