

# Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program

La cobertura de atención médica de Medicaid está disponible para los niños menores de 19 años de edad que cumplen con la definición federal de los niños con discapacidades. Los límites de ingresos para los niños con discapacidades son más elevados que en otros programas de Medicaid.

**NO hay cuotas de afiliación,  
copagos ni deducibles**

## Para calificar

- ★ Su hijo debe cumplir con la definición de los niños con discapacidades que establece el SSI;
- ★ El ingreso bruto de la familia debe estar por debajo de los montos que se indican en la tabla;
- ★ Los padres deben inscribirse en un seguro médico o conservar el que tienen a través de su trabajo si el empleador paga por lo menos el 50% de las primas;
- ★ Algunas familias no pagarán una prima: la mayoría pagarán de \$12 a \$35 por mes por la cobertura de Medicaid, y
- ★ Debe cumplir con otros requisitos del programa.

## Nosotros revisamos los ingresos de su familia

Tomamos en cuenta su ingreso bruto familiar, no su salario neto (líquido) y lo comparamos con el tamaño de la familia. Una *familia* incluye

al niño que hace la solicitud, a los padres (legales y naturales) y a sus hermanas y hermanos menores de 19 años de edad, que viven en el hogar. Nosotros **no** tomamos en cuenta su casa, sus cuentas bancarias, sus vehículos o sus terrenos.

<b>Límites de ingresos</b> En vigencia del 1 de abril de 2013 10	
<b>Tamaño de la familia</b>	<b>Mensual</b>
<b>1</b>	<b>\$2,793</b>
<b>2</b>	<b>\$3,783</b>
<b>3</b>	<b>\$4,773</b>
<b>4</b>	<b>\$5,763</b>
<b>5</b>	<b>\$6,753</b>
<b>6</b>	<b>\$7,743</b>
<b>Por cada persona adicional</b>	<b>Agregue \$990</b>

## Forma de solicitarlo

- ★ **En línea** –  
[www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov](http://www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov)
- ★ **Por correo** -  
**Family Opportunity Act**  
**P.O. Box 91278**  
**Baton Rouge, LA 70821-9278**
- ★ **Por Fax** - 1-877-523-2987 (gratuito)
- ★ **Entrega personal** – Diríjase a la oficina local de Medicaid. Para encontrar la oficina más cercana, llámenos al **1-888-342-6207** o visite [www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov](http://www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov)

## Después de que lo solicite

Le informaremos si su hijo califica. Si es así, recibirá una tarjeta plástica de Medicaid, aproximadamente dos semanas después de que reciba la carta de aprobación. Si ya tiene tarjeta de Medicaid, la reactivaremos y usted puede empezar a usarla tan pronto como nos comuniquemos con usted.

## Servicios con cobertura

Visitas al médico	Atención hospitalaria
Recetas Médicas	Vacunas
Análisis de laboratorio	Rayos X
Salud Mental	Pruebas psicológicas
Terapia psicológica	Terapia física
Terapia del habla	Terapia ocupacional
Servicios dentales, de Suministros y equipo médico	Transporte Médico

Todos los demás servicios de Medicaid para niños.

Su hijo puede acudir a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid. Si tiene otro seguro médico, Medicaid paga después de que su otro seguro médico haya pagado.

## Preguntas

Llame al **1-888-342-6207**

Los usuarios de teléfonos de texto TTY:  
**1-800-220-5404**

*Estas llamadas son gratuitas.*

## Sus derechos

Si considera que la decisión que tomamos no es justa, es incorrecta o se tomó muy tarde, puede solicitar una audiencia justa.

- ✓ Llame a la oficina de Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program al 1-888-342-6207 y/o
- ✓ Escriba a:  
LA DHH Bureau of Appeals  
P.O. Box 4183  
Baton Rouge, LA 70821-4183

## The Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program es un programa que brinda igualdad de oportunidades

No podemos tratarle en forma diferente debido a su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad u orientación política. Si cree que lo hemos tratado diferente:

- ✓ Llame a la U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights de Dallas, TX al 1-800-368-1019;
- ✓ Llame a la oficina de Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program al 1-888-342-6207, los usuarios de teléfonos de texto TTY deben llamar al 1-800-220-5404 y/o
- ✓ Escriba a:  
LA Department of Health & Hospitals  
P.O. Box 4818  
Baton Rouge, LA 70821-4818

**¿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.**

This public document was published at a cost of \$2,036.93. Three thousand (3,000) copies of this public document were published in this first printing at a cost of \$2,036.93. The total cost of all printings of this document, including reprints, is \$2,036.93. This document was published by Office of State Printing, 950 Brickyard Lane, Baton Rouge, LA 70804 to advise applicants, recipients, and other individuals of Medicaid coverage through the Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program as established by the Family Opportunity Act through LA DHH under authority of 42 CFR 435.905. This material was printed in accordance with the standards for printing by state agencies established pursuant to R.S. 43:31. Printing of this material was purchased in accordance with provisions of Title 43 of the Louisiana Revised Statutes.

BHSF Form 1-FOA Cover Spanish  
Revised 04/12 (English 04/12)  
Prior Issue Obsolete



# Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program

**para niños con discapacidades**



**Déjenos ser su socio de salud**

1-888-342-6207

Solicítelo en línea  
[www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov](http://www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov)

Departamento de salud y hospitales de Louisiana

# SOLICITUD DE FAMILY OPPORTUNITY ACT MEDICAID BUY-IN PROGRAM

er: \_\_\_\_\_

of Interview : \_\_\_\_\_

El Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program brinda atención médica completa a los niños menores de 19 años de edad **que tienen discapacidad física, mental o del desarrollo**. Si es necesario, las familias pagarán de \$12 a \$35 por mes por esta cobertura. Los padres que tienen seguro médico disponible por medio de su empleador deben inscribir al niño como condición de elegibilidad.

Si hace una solicitud para más de un niño, llene solicitudes separadas para cada niño.

## Para solicitar con este formulario de solicitud:

1. Llénelo y fírmelo. Use una pluma con tinta negra.
2. Reúna los documentos de constancia que necesitamos.
3. Envíe el formulario y los documentos de constancia por correo o por fax a:

Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program  
P.O. Box 91278  
Baton Rouge, LA 70821-9278  
Fax (gratuito): 1-877-523-2987

¿Qué idioma habla mejor?  Inglés  Español  Vietnamita  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

¿Qué idioma escribe mejor?  Inglés  Español  Vietnamita  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

### 1. ¿Dónde obtuvo este formulario de solicitud?

- Oficina de Medicaid  Hospital  Farmacia  Consultorio médico  Amigo/Familiar  Internet  
 Clínica de la escuela  Oficina de cupones para alimentos  Unidad de salud  Negocio (tienda, trabajo)  Festival/Feria de la salud  En otro lado: \_\_\_\_\_

### 2. Información del padre de familia o encargado del cuidado (Indique el nombre del otro padre o encargado del cuidado en la Pregunta 3).

Nombre \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Número del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_

Relación con el niño que solicita:  Padre o madre  Padrastro o madrastra  Abuelo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

Raza/Origen étnico (Opcional- puede marcar una o más opciones):  Blanco  Negro  Asiático  Hispano o Latino  Amerindio o nativo de Alaska  Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico  Otro: \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_  
Apartado postal o Dirección postal Apartamento/Número de lote

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

Dirección de residencia (si es diferente) \_\_\_\_\_  
Dirección física Apartamento/Número de lote

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

Distrito \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_\_) Teléfono celular (\_\_\_\_\_) Teléfono durante el día (\_\_\_\_\_)

**¿Tiene preguntas? Llame al 1-877-252-2447**

**Teléfono de texto TTY para las personas con problemas auditivos, llame al 1-800-220-5404**

**3. ¿Vive en el hogar otro padre de familia o encargado del cuidado?**  
 Sí: Responda las siguientes preguntas  No: Pase a la pregunta 4

Nombre \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
*Nombre Inicial del segundo nombre Apellido*

Número del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_

Relación con el niño que solicita:  Padre o madre  Padrastro o madrastra  Abuelo(a)  Otro: \_\_\_\_\_

**4. Niño con discapacidad**

***Si hace una solicitud para más de un niño, llene solicitudes separadas para cada niño.***

Nombre \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
*Nombre Inicial del segundo nombre Apellido*

Número del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_

Raza/Origen étnico (Opcional, puede marcar una o más opciones):  Blanco  Negro  Asiático  Hispano o Latino  Amerindio o nativo de Alaska  Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico  Otro: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: Estado (si nació en EE.UU.) \_\_\_\_\_ País (si nació fuera de EE.UU.) \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_  
*Nombre (Apellido de soltera) Apellido*

**¿Es el niño ciudadano de los Estados Unidos?**  Sí: Pase a la pregunta 5  No: Responda las siguientes preguntas

¿Es el niño un residente legal permanente?  Sí  No: ¿En qué fecha llegó a los Estados Unidos? \_\_\_\_\_

Número de tarjeta de residencia permanente (green card): A# \_\_\_\_\_

**5. ¿Alguna vez ha recibido el niño beneficios de Supplemental Security Income (SSI)?**  
 Sí: Complete la siguiente información  No: Pase a la pregunta 6

¿Cuándo finalizó? \_\_\_\_\_

¿Por qué finalizó? \_\_\_\_\_

**6. Enumere los hermanos y hermanas del niño, que sean menores de 19 años de edad, que vivan en el hogar.  Ninguno – Pase a la pregunta 7**

***No incluya los hermanastros o hermanastras. Si tiene más de 3 hijos, use otra hoja de papel.***

**A.** Nombre \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
*Nombre Inicial del segundo nombre Apellido*

Número del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_

**B.** Nombre \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
*Nombre Inicial del segundo nombre Apellido*

Número del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_

**C.** Nombre \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
*Nombre Inicial del segundo nombre Apellido*

Número del Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_

**7. ¿El niño que solicita tiene seguro médico?  Sí: Complete la siguiente información  
 No: Pase a la pregunta 8**

*Si tiene más de un seguro médico, use otra hoja de papel.*

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia de la cobertura \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

¿Qué cubre la póliza?  Hospital  Médico  Medicamentos  Atención dental  Ambulancia

¿Quién paga la prima? \_\_\_\_\_

Si el seguro médico es por medio de un empleo, nombre del empleador: \_\_\_\_\_

¿Cuándo es una inscripción abierta? \_\_\_\_\_

¿Paga el empleador más del 50% del costo?  Sí  No

**8. Si el niño no tiene seguro médico, ¿podría obtener uno por el empleo de uno de sus padres?  
 Sí  No**

**9. Describa la discapacidad del niño.**

¿Qué es la discapacidad? Proporcione información acerca de ella. \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezó? \_\_\_\_\_

Mencione los médicos, hospitales u otros proveedores médicos que le hayan prestado atención médica que puedan proporcionar registros médicos para apoyar la condición médica del niño. **Si necesita más espacio, use otra hoja de papel.**

Nombre del médico, hospital u otro proveedor médico	Dirección y número de teléfono del proveedor médico

10. ¿Los padres, hermanos o hermanas menores de 19 años del niño tienen ingresos por un empleo?  Sí: Complete la siguiente información  No: Pase a la pregunta 11

¿Quiénes trabajan?	Enumere el empleador y el número de teléfono o escriba trabajador independiente	Total de ingresos brutos mensuales	¿Cada cuánto le pagan? (semanalmente, cada 2 semanas, dos veces al mes, mensualmente)

11. ¿El niño, sus padres, hermanos o hermanas menores de 19 años de edad tienen ingresos regulares, como los que se mencionan abajo?

Sí: Complete la siguiente información  No: Pase a la pregunta 12

- Seguro Social • SSI • Desempleo • Dinero de amigos/familiares • Compensación laboral
- Beneficios de veteranos • Manutención de menores (Indique el nombre del niño). • Otro (especifique)

¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? \$ _____	¿Con qué frecuencia?
¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? \$ _____	¿Con qué frecuencia?
¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? \$ _____	¿Con qué frecuencia?

12. ¿Necesita el niño cobertura de los últimos 3 meses debido a que hay facturas de gastos médicos (pagadas o pendientes de pago) de este período?  Sí  No

13. ¿El niño alguna vez ha recibido Medicaid en Louisiana?  Sí: Complete la siguiente información  No

*Las tarjetas plásticas de Medicaid se pueden reactivar y volver a usar. No le enviaremos una nueva tarjeta a menos que solicite una.*

¿Necesita el niño una tarjeta de Medicaid?  Sí  No

**Éste es el final de la solicitud. FIRME ABAJO**

Al firmar esta solicitud, doy mi autorización al Estado de Louisiana y a sus agentes para establecer contactos para verificar la información que proporcioné en esta solicitud. Bajo pena de perjurio, certifico que toda la información que proporcioné es verdadera. También reconozco que he recibido y leído los Derechos y responsabilidades en la siguiente página.



Firme aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Derechos y responsabilidades

### LO QUE MEDICAID TIENE DERECHO A ESPERAR DE USTED

**CONDICIÓN MIGRATORIA Y CIUDADANÍA:** Afirma que la información acerca de su condición migratoria y ciudadanía que proporcionó en este formulario de solicitud es verdadera y correcta.

**INFORMACIÓN VERDADERA:** Afirma que la información que proporciona en este formulario de solicitud es verdadera y correcta. Comprende que si a propósito proporciona información que no es verdadera O BIEN, si a propósito no proporciona información que debe proporcionar, es posible que la persona solicitante obtenga beneficios que no debería obtener. Si esto sucede, puede ser castigado legalmente por fraude. También, es posible que deba devolver dinero a Medicaid por las facturas pagadas por error.

**VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** Comprende que se revisará la información que proporciona sobre usted y las personas solicitantes. Está de acuerdo en colaborar en este sentido y permitir que Medicaid obtenga la información que necesita de las agencias gubernamentales, empleadores, proveedores médicos y otros.

**NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL:** Comprende que los números de Seguro Social se usarán únicamente para obtener información de otras agencias del gobierno para tomar una decisión sobre su elegibilidad y la de las personas que solicitan Medicaid.

**PAGO DE ATENCIÓN MÉDICA POR UN TERCERO:** Comprende que, al aceptar Medicaid, el Departamento tiene el derecho de obtener el dinero recibido por la persona solicitante de otras fuentes como pagos de seguro o convenios judiciales por servicios que Medicaid haya pagado por la persona solicitante.

**INFORME DE CAMBIOS:** Acepta informar a Medicaid en un plazo de 10 días a partir de estos cambios: 1) si alguien que está obteniendo Medicaid se cambia de estado; 2) si alguien se muda a la casa o fuera de ella; 3) cambios en la dirección postal o residencial; 4) cambios en las primas y seguros médicos y 5) cambios en los ingresos.

**APOYO DE MANUTENCIÓN DE MENORES:** Comprende que Medicaid sólo enviará la información del caso a Child Support Enforcement para apoyo médico si usted lo solicita. Haremos una referencia si el padre y/o la madre obtienen Medicaid, a menos que Medicaid determine que usted tiene una buena razón para no cooperar con el cumplimiento del apoyo.

### LO QUE TIENE DERECHO A ESPERAR DE MEDICAID

**DERECHO A UNA AUDIENCIA JUSTA:** Comprende que puede pedir un Audiencia justa si piensa que la decisión que se tomó en el caso no es justa, es incorrecta o se tomó muy tarde.

**SIN DISCRIMINACIÓN:** Comprende que Medicaid no puede tratarle en forma diferente debido a su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad u orientación política. Si considera que le han discriminado, llame a la U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights de Dallas, TX al 1-800-368-1019 o escriba a Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources a P. O. Box 4818 Baton Rouge, LA 70821-4818.

**OTROS SERVICIOS:** Comprende que la información acerca de WIC, KIDMED y otros servicios de Medicaid se les enviará a las personas que sean elegibles para Medicaid.

**Envíenos la solicitud y los documentos de constancia por correo o por fax. También los puede llevar personalmente a la oficina de Medicaid.**

**Dirección postal:**

**Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program  
P.O. Box 91278  
Baton Rouge, LA 70821-9278**

**FAX:**

**1-877-523-2987 (gratuito)**

## Documentos de constancia que podríamos necesitar que nos proporcione

Algunos de estos documentos de constancia no aplican para su solicitud. Indíquenos si no tiene o no puede obtener alguno de estos documentos. Es posible que nosotros los podamos obtener o ayudarle a conseguirlos.

Copia de la tarjeta de seguro médico (parte anterior y posterior) <b>por niño</b>
<b>Si el menor no es ciudadano de los Estados Unidos</b> , envíe la copia de su tarjeta de residencia permanente (green card) u otros formularios de los U.S. Citizenship and Immigration Services
<b>Para los niños que nacieron fuera de Louisiana</b> , envíe una constancia de ciudadanía de los Estados Unidos, tal como un certificado de nacimiento, certificado de nacimiento de recuerdo (que incluye la impresión de la huella del pie), pasaporte de los Estados Unidos o los documentos de adopción. Visite <a href="http://www.cdc.gov/nchs">www.cdc.gov/nchs</a> para obtener una lista de las oficinas del Registro Civil del Estado en donde puede solicitar los certificados de nacimiento.
Boletas de pago del mes anterior en las que se muestre su salario bruto (antes del pago de impuestos) o una carta del empleador. Si trabaja por cuenta propia, envíe copias de la declaración de impuestos y de todos los anexos: <b>de los padres del niño (legales y naturales) y de sus hermanos y hermanas menores de 19 años de edad.</b>
Constancia del ingreso bruto (antes del pago de impuestos) de manutención de menores, beneficios de veteranos, compensación laboral, pensión alimenticia y otros ingresos que no sean por un empleo. Como constancia se pueden presentar cartas de concesión y declaraciones de impuestos 1099 del último año fiscal: <b>del niño, de sus padres (legales y naturales) y de sus hermanos y hermanas menores de 19 años de edad.</b>
Si se necesita la cobertura de Medicaid de cualquiera de los tres meses anteriores al mes en que presenta la solicitud de Medicaid, envíe la constancia de ingresos de cada mes: <b>del niño, de sus padres (legales y naturales) y de sus hermanos y hermanas menores de 19 años de edad.</b>
Copias de todos los informes médicos y de los Individual Education Plans (IEP) para confirmar la discapacidad del niño.

## NÚMEROS TELEFÓNICOS IMPORTANTES

	NÚMERO DE TELÉFONO	TELÉFONO DE TEXTO TTY
<b>KIDMED (EPSDT)</b>	<b>1-800-259-4444</b>	<b>1-877-544-9544</b>
<b>CommunityCARE (para solicitar un cambio de médico de atención primaria)</b>	<b>1-800-259-4444</b>	<b>1-877-544-9544</b>
<b>Asistencia con las referencias médicas de KIDMED y CommunityCARE</b>	<b>1-877-455-9955</b>	
<b>Servicios Medicaid</b>	<b>1-888-342-6207</b>	
<b>Transporte (para solicitar transporte que no es de emergencia)</b>	<b>1-800-259-1944</b>	

Department of Health and Hospitals  
Voter Registration Declaration (Optional)

Si la llena, sus respuestas no afectarán los beneficios que recibe de  
*Louisiana Department of Health and Hospitals.*

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le gustaría inscribirse para votar aquí hoy?

Sí  No

- Si contesto "Sí", por favor complete el formulario adjunto llamado "Solicitud de Registro de Votantes por Correo de Louisiana". Usted puede enviar su solicitud de inscripción de votantes a su registro local de los electores que figuran en la solicitud o enviarla por correo al Departamento de Salud y Hospitales.
- **SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.**

Inscribirse o no inscribirse para votar, no afectará la cantidad de ayuda que le proporcionará esta agencia.

Si desea ayuda para llenar el formulario de inscripción para votantes, le ayudaremos. **Nos puede llamar gratis al 1-888-342-62-07.** La decisión sobre pedir o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario en privado.

Si decide inscribirse para votar en este momento, la información sobre el lugar donde completó el formulario de inscripción será confidencial y sólo se utilizará para propósitos de inscripción. Si decide no registrarse para votar, esa información también se mantendrá confidencial.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho de inscribirse o de no inscribirse para votar, su derecho a la privacidad en tal decisión, o su derecho de elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja a:

Louisiana Secretary of State  
Commissioner of Elections  
P.O. Box 94125  
Baton Rouge, LA 70804-9125  
Teléfono: (teléfono gratuito) 1-800-883-2805

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre  
nacimiento

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha de

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

**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.

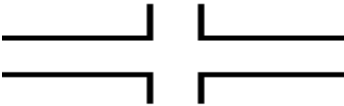
**Box 19:** Date and sign the card with your signature or mark.

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.**

<b>LOUISIANA MAIL VOTER REGISTRATION APPLICATION FORM #04</b>				<b>OFFICIAL USE ONLY</b>			
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)						<b>GIVE LOCATION</b> 	
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 COUNTRNY			
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 ADRESS			17 PLACE OF REGISTRATION		18 FOMER REGISTERED NAME, IF APPLICABLE		
ADDRESS			PARISH OR COUNTY STATE				
<b>AFFIRMATION :</b> 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							