

Chương Trình Family Opportunity Act Medicaid Buy-In

Khoản bảo hiểm chăm sóc sức khỏe Medicaid được cung cấp cho trẻ em dưới 19 tuổi là những người đáp ứng quy định về khuyết tật ở trẻ em của liên bang. Các giới hạn thu nhập đối với trẻ em khuyết tật cao hơn đối với các Chương Trình Medicaid khác.

KHÔNG có phí đăng ký, khoản đồng thanh toán, hoặc khấu trừ

ĐỂ ĐỦ TIÊU CHUẨN

- ★ Con của quý vị phải đáp ứng quy định về khuyết tật ở trẻ em của SSI;
- ★ Tổng thu nhập gia đình phải thấp hơn số tiền ghi trong biểu đồ;
- ★ Cha mẹ phải đăng ký cho hoặc có bảo hiểm y tế qua công việc của mình nếu nhà tuyển dụng thanh toán ít nhất 50% phí bảo hiểm;
- ★ Một số gia đình sẽ không phải thanh toán phí bảo hiểm: hầu hết sẽ thanh toán \$12 đến \$35 mỗi tháng để nhận được bảo hiểm Medicaid; và
- ★ Quý vị phải đáp ứng các yêu cầu khác của chương trình.

Chúng Tôi Đánh Giá Thu Nhập Của Gia Đình Quý Vị

Chúng tôi tính toán tổng thu nhập của gia đình quý vị, không phải thu nhập mang về nhà (ròng), và so sánh với quy mô gia đình. Một *gia đình* có trẻ đăng ký, cha mẹ (hợp pháp và tự nhiên), và anh chị em dưới 19 tuổi sống trong gia đình. Chúng tôi **không** tính những thứ như tài khoản ngân hàng, nhà cửa, xe cộ, hoặc đất đai của quý vị.

Giới Hạn Thu Nhập Có Hiệu Lực từ 1 tháng 4, 2012 đến 31 tháng 3, 2013	
Quy Mô Gia Đình	Hàng tháng
1	\$2,793
2	\$3,783
3	\$4,773
4	\$5,763
5	\$6,753
6	\$7,743
Mỗi người bổ sung	Cộng thêm \$990

Cách Đăng Ký

- ★ **Trực Tuyến** –
www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov
- ★ **Gửi Thư** -
Family Opportunity Act
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821-9278
- ★ **FAX** - 1-877-523-2987 (miễn cước)
- ★ **Ghé Thăm** – Hãy đến văn phòng Medicaid tại địa phương quý vị. Để tìm văn phòng gần nhất, hãy gọi cho chúng tôi qua số **1-888-342-6207**, hoặc truy cập

www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov

Sau Khi Đăng Ký

Chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị nếu con của quý vị đủ tiêu chuẩn. Nếu chúng đủ tiêu chuẩn, quý vị sẽ nhận được thẻ Medicaid plastic khoảng hai tuần sau khi có thư chấp thuận. Nếu chúng đã có thẻ Medicaid, chúng tôi sẽ tái kích hoạt, và quý vị có thể bắt đầu dùng thẻ ngay khi có thông báo của chúng tôi.

Các Dịch Vụ Được Bảo Hiểm

Thăm khám của bác sĩ	Chăm sóc tại bệnh viện
Thuốc theo toa	Tiêm phòng
Xét nghiệm và xét	X quang
Sức khỏe tâm thần	Khám tâm lý
Liệu pháp tâm phí	Vật lý trị liệu
Liệu pháp lời nói	Liệu pháp chức năng
Nha khoa, thị giác,	Phương tiện đi lại y tế
Nguồn tiếp liệu và thiết bị y tế	

Và mọi dịch vụ Medicaid khác dành cho trẻ em.

Con của quý vị có thể sử dụng bất kỳ bác sĩ hoặc phòng mạch nào chấp nhận Medicaid. Nếu quý vị có khoản bảo hiểm khác, Medicaid sẽ thanh toán sau khi công ty bảo hiểm y tế khác.

Nếu có thắc mắc

Hãy gọi **1-888-342-6207**

Người dùng điện thoại văn bản TTY:
1-800-220-5404

Đây là những số miễn phí.

← (CẮT ĐƠN ĐĂNG KÝ Ở CHỖ NÀY TRƯỚC KHI GỬI.
GIỮ LẠI TRANG NÀY.)

Các Quyền của Quý Vị

Nếu quý vị cho rằng quyết định của chúng tôi là không công bằng, không chính xác hoặc đưa ra quá trễ, quý vị có thể yêu cầu có buổi điều trần công bằng.

- ✓ Hãy gọi cho văn phòng Chương Trình Family Opportunity Act Medicaid Buy-In qua số 1-888-342-6207; và/hoặc
- ✓ Gửi văn bản đến:
LA DHH Bureau of Appeals
P.O. Box 4183
Baton Rouge, LA 70821-4183

Chương Trình Family Opportunity Act Medicaid Buy-In là một Chương Trình Mang Lại Cơ Hội Bình Đẳng

Chúng tôi không thể phân biệt đối xử với quý vị vì chủng tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, khuyết tật, tôn giáo, quốc tịch hoặc chính kiến của quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã phân biệt đối xử:

- ✓ Hãy gọi cho Văn Phòng Bảo Vệ Dân Quyền Khu Vực của DHHS Hoa Kỳ tại Dallas, TX qua số 1-800-368-1019;
- ✓ Hãy gọi cho văn phòng Chương Trình Family Opportunity Act Medicaid Buy-In qua số 1-888-342-6207, người dùng điện thoại văn bản TTY hãy gọi số 1-800-220-5404; và/hoặc
- ✓ Gửi văn bản đến:
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 \$1,825.43. Three thousand (3,000) copies of this public document were published in this first printing at a cost of \$1,825.43. The total cost of all printings of this document, including reprints, is \$1,825.43. 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 Vietnamese
Revised 04/12 (English 04/12)
Prior Issue Obsolete

Chương Trình Family Opportunity Act Medicaid Buy-In

dành cho Trẻ Em Khuyết Tật



Hãy Để Chúng Tôi Trở Thành Đối Tác Của Quý Vị Trong Việc Chăm Sóc Sức Khỏe

1-888-342-6207

Đăng Ký Trực Tuyến
www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov

Nha Y Tế & Bệnh Viện Louisiana

ĐƠN ĐĂNG KÝ THAM GIA CHƯƠNG TRÌNH FAMILY OPPORTUNITY ACT MEDICAID

Interviewer: _____

Date of Interview: _____

Chương Trình Family Opportunity Act Medicaid Buy-In **cung cấp sự chăm sóc sức khỏe hoàn chỉnh cho trẻ em dưới 19 tuổi mắc khuyết tật về thể chất, tinh thần, hoặc phát triển.** Nếu bắt buộc, các gia đình sẽ phải thanh toán \$12 đến \$35 mỗi tháng cho khoản bảo hiểm này. Cha mẹ có bảo hiểm y tế được cung cấp qua nhà tuyển dụng của họ phải đăng ký cho con mình là có điều kiện đủ tiêu chuẩn.

Nếu quý vị đăng ký cho nhiều hơn một trẻ, vui lòng điền vào các đơn đăng ký riêng cho từng trẻ.

Để đăng ký bằng đơn này:

1. Hãy điền và ký tên vào đơn. Dùng bút mực đen.
2. Thu thập các tài liệu chứng minh chúng tôi cần.
3. Hãy gửi hoặc fax mẫu đơn và các tài liệu chứng minh đến:

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

Ngôn ngữ nào quý vị nói giỏi nhất? Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Việt Khác (nếu rõ) _____

Ngôn ngữ nào quý vị viết giỏi nhất? Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Việt Khác (nếu rõ) _____

1. Quý vị lấy mẫu đơn này ở đâu?

- Văn Phòng Medicaid Bệnh Viện Nhà Thuốc Phòng Mạch Bác Sĩ Bạn Bè/Người Thân Internet
 Phòng Khám Ở Trường Văn Phòng Food Stamp Đơn Vị Chăm Sóc Sức Khỏe Doanh Nghiệp (Cửa Hàng, Nơi Làm Việc) Lễ Hội/Hội Chợ Y Tế
 Ở nơi khác: _____

2. Thông Tin về Cha Mẹ hoặc Người Chăm Sóc (Liệt kê cha/mẹ hoặc người chăm sóc thứ hai ở Câu Hỏi 3)

Tên _____ Nam Nữ
Tên Chữ Đầu Tên Đệm Họ

Số An Sinh Xã Hội _____ Ngày Sinh (tháng, ngày, năm) _____

Quan Hệ với Trẻ Đang Đăng Ký: Cha Mẹ Cha Mẹ Kế Ông Bà Khác: _____

Chủng Tộc/Nguồn Gốc Sắc Tộc (Không bắt buộc- quý vị có thể đánh dấu chọn một hoặc nhiều mục): Da Trắng Da Đen Người Châu Á Người Tây Ban Nha hoặc Bồ Đào Nha hoặc Mỹ Latin Người Mỹ Bản Xứ hoặc Alaska Bản Xứ Người Hawaii Bản Xứ hoặc Người Các Đảo Thái Bình Dương Khác: _____

Địa Chỉ Gửi Thư _____
P. O. Box hoặc Địa Chỉ Đường Số Căn Hộ/Lô Nhà

Thành Phố

Tiểu Bang

Mã Zip

Địa Chỉ Nhà (nếu khác) _____
Địa Chỉ Đường Số Căn Hộ/Lô Nhà

Thành Phố

Tiểu Bang

Mã Zip

Hạt _____ Địa Chỉ Thư Điện Tử _____

Điện Thoại Nhà () _____ Điện Thoại Di Động () _____ Điện Thoại Ban Ngày () _____

Nếu có thắc mắc? Hãy gọi 1-877-252-2447

TTY Điện Thoại Văn Bản Dành Cho Người Khiếm Thính, Hãy Gọi 1-800-220-5404

3. Có một cha/mẹ hoặc người chăm sóc khác sống trong gia đình hay không?
 Có – Hãy Trả Lời Các Câu Hỏi Dưới Đây Không – Chuyển Qua Câu Hỏi 4

Tên _____ Nam Nữ
Tên *Chữ Đầu Tên Đệm* *Họ*

Số An Sinh Xã Hội _____ Ngày Sinh (tháng, ngày, năm) _____

Quan Hệ Với Trẻ Đăng Ký: Cha Mẹ Cha Mẹ Kế Ông Bà Khác: _____

4. Trẻ Khuyết Tật

Nếu quý vị đăng ký cho nhiều hơn một trẻ, vui lòng điền vào các đơn đăng ký riêng cho từng trẻ.

Tên _____ Nam Nữ
Tên *Chữ Đầu Tên Đệm* *Họ*

Số An Sinh Xã Hội _____ Ngày Sinh (tháng, ngày, năm) _____

Chủng Tộc/Nguồn Gốc Sắc Tộc (Không bắt buộc- quý vị có thể đánh dấu chọn một hoặc nhiều mục): Da Trắng Da Đen Người Châu Á Người Tây Ban Nha hoặc Bồ Đào Nha hoặc Mỹ Latin Người Mỹ Bản Xứ hoặc Alaska Bản Xứ Người Hawaii Bản Xứ hoặc Người Các Đảo Thái Bình Dương Khác: _____

Nơi Sinh: Tiểu Bang (nếu sinh tại Hoa Kỳ) _____ Quốc Gia (nếu sinh ngoài Hoa Kỳ) _____

Tên Mẹ _____
Tên *(Nhũ Danh)* *Họ*

Đứa trẻ này có phải là công dân Hoa Kỳ hay không?

Có – Chuyển Qua Câu Hỏi 5 Không – Trả lời các câu hỏi kế tiếp

Đứa trẻ này có phải là một cư dân dài hạn hợp pháp hay không? Có Không - Đứa trẻ này đến Hoa Kỳ vào ngày nào? _____

Số Thẻ Cư Trú Dài Hạn (thẻ xanh) A# _____

5. Đứa trẻ này từng nhận được các khoản phúc lợi Thu Nhập An Toàn Bổ Sung (SSI)?

Có – Điền Vào Dưới Đây Không – Chuyển Qua Câu Hỏi 6

Khoản phúc lợi kết thúc khi nào? _____

Lý do kết thúc? _____

6. Hãy liệt kê các anh chị em của trẻ dưới 19 tuổi đang sống trong nhà.

Không Có – Chuyển Qua Câu Hỏi 7

Không liệt kê các anh chị em kế. Nếu có trên ba trẻ, hãy sử dụng một tờ giấy khác.

A. Tên _____ Nam Nữ
Tên *Chữ Đầu Tên Đệm* *Họ*

Số An Sinh Xã Hội _____ Ngày Sinh (tháng, ngày, năm) _____

B. Tên _____ Nam Nữ
Tên *Chữ Đầu Tên Đệm* *Họ*

Số An Sinh Xã Hội _____ Ngày Sinh (tháng, ngày, năm) _____

C. Tên _____ Nam Nữ
Tên *Chữ Đầu Tên Đệm* *Họ*

Số An Sinh Xã Hội _____ Ngày Sinh (tháng, ngày, năm) _____

7. Trẻ đăng ký có bảo hiểm y tế hay không?

Có - Điền Vào Dưới Đây Không – Chuyển Qua Câu Hỏi 8

Nếu có nhiều hơn một chương trình bảo hiểm y tế, hãy sử dụng một tờ giấy khác.

Tên của Người giữ 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 _____

Nội dung của đơn bảo hiểm? Bệnh Viện Bác Sĩ Y Tế Nha Khoa Xe Cấp Cứu

Ai thanh toán phí bảo hiểm? _____

Nếu bảo hiểm qua công việc, tên của nhà tuyển dụng: _____

Bắt đầu ghi tên đăng ký khi nào? _____

Nhà tuyển dụng có thanh toán trên 50% chi phí hay không? Có Không

8. Nếu đưa trẻ không có bảo hiểm y tế khác, đưa trẻ có thể nhận được bảo hiểm y tế từ công việc của cha mẹ hay không? Có Không

9. Mô tả khuyết tật của trẻ.

Khuyết tật đó là gì? Hãy cung cấp thông tin về việc đó cho chúng tôi. _____

Khi bắt đầu mắc khuyết tật? _____

Hãy liệt kê các bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp y tế là những người đã chăm sóc y tế và có thể cung cấp hồ sơ y tế để hỗ trợ bệnh trạng của trẻ. ***Nếu cần thêm chỗ viết, hãy sử dụng một tờ giấy khác.***

Tên của Bác Sĩ, Bệnh Viện hoặc Nhà Cung Cấp Y Tế Khác	Địa Chỉ và Số Điện Thoại của Nhà Cung Cấp Y Tế

10. Cha mẹ, anh chị em của trẻ dưới 19 tuổi có thu nhập hay không?

Có - Điền Vào Dưới Đây Không – Chuyển Qua Câu Hỏi 11

Ai Có Việc Làm?	Liệt Kê Nhà Tuyển Dụng & Số Điện Thoại hoặc ghi Tự Tuyển Dụng	Tổng Thu Nhập Hàng Tháng	Thanh toán bao lâu một lần? (hàng tuần, mỗi 2 tuần, hai lần một tháng, hàng tháng)

11. Trẻ hoặc cha mẹ, anh chị em của trẻ dưới 19 tuổi có thu nhập thường xuyên như liệt kê bên dưới không? Có - Điền Vào Dưới Đây Không – Chuyển Qua Câu Hỏi 12

- An Sinh Xã Hội • SSI • Thất Nghiệp • Tiền nhận từ Bạn Bè/Người Thân • Bồi Thường Tai Nạn cho Nhân Viên • Các Khoản Phúc Lợi Cựu Binh • Hỗ Trợ Trẻ Em (Cho biết tên của đứa trẻ.)
- Khác (Nêu Rõ)

Ai nhận được?	Đó là gì?	Bao nhiêu? \$ _____	Bao lâu một lần?

12. Trẻ có cần bảo hiểm trong 3 tháng vừa qua vì có hóa đơn y tế (đã thanh toán hoặc chưa thanh toán) từ lần này hay không? Có Không

13. Trẻ đã từng nhận được bảo hiểm Medicaid tại Louisiana? Có - Điền Vào Bên Dưới Không

Có thể kích hoạt lại và tái sử dụng thẻ Medicaid plastic. Chúng tôi sẽ không gửi thẻ mới trừ phi quý vị yêu cầu.

Trẻ có cần thẻ Medicaid mới không? Có Không

Đơn đăng ký kết thúc ở đây. HÃY KÝ TÊN BÊN DƯỚI

Khi ký tên vào đơn đăng ký này tôi cho phép Tiểu Bang Louisiana và các cơ quan của nó tiếp xúc với những bên khác để xác nhận thông tin được cung cấp trên mẫu đơn này. Theo luật trừng phạt tội khai man, tôi xác nhận mọi thông tin tôi cung cấp là đúng sự thực. Tôi cũng xác nhận rằng tôi đã nhận được và đã đọc nội dung Quyền Lợi và Trách Nhiệm ở trang kế tiếp.

 Ký Tên Của Quý Vị Ở Đây: _____ Ngày Tháng: _____

Quyền Lợi và Trách Nhiệm

MEDICAID CÓ QUYỀN YÊU CẦU NHỮNG GÌ Ở QUÝ VỊ

TƯ CÁCH CÔNG DÂN VÀ TÌNH TRẠNG NHẬP CƯ: Quý vị khai báo rằng thông tin về tư cách công dân và tình trạng nhập cư được cung cấp trên mẫu đơn này là đúng sự thực và chính xác.

BÁO CÁO SỰ THỰC: Quý vị khai báo rằng thông tin do quý vị cung cấp trên mẫu đơn đăng ký này là đúng sự thực và chính xác. Quý vị hiểu rằng nếu quý vị có tình cung cấp thông tin không đúng sự thực HOẶC nếu quý vị cố tình cho biết thông tin mà quý vị cung cấp về người đăng ký để có thể nhận được các khoản phúc lợi y tế lẽ ra người đó không được nhận. Nếu việc đó xảy ra, quý vị có thể bị pháp luật trừng phạt vì tội gian lận. Ngoài ra, chúng tôi có thể phải trả tiền lại cho Medicaid cho những hóa đơn họ đã thanh toán nhầm.

XÁC NHẬN THÔNG TIN: Quý vị hiểu rằng thông tin quý vị cung cấp trên đơn đăng ký này và về người đăng ký sẽ được kiểm tra. Quý vị đồng ý hỗ trợ Medicaid trong việc đó và để Medicaid thu thập thông tin họ cần từ các cơ quan chính phủ, nhà tuyển dụng, nhà cung cấp y tế, và những người khác.

SỐ AN SINH XÃ HỘI: Quý vị hiểu rằng số An Sinh Xã Hội sẽ chỉ được sử dụng để thu thập thông tin từ các cơ quan chính phủ khác để đưa ra quyết định về tính đủ tiêu chuẩn cho người đăng ký nhận bảo hiểm Medicaid.

THANH TOÁN DỊCH VỤ CHĂM SÓC Y TẾ BỞI BÊN THỨ BA: Quý vị hiểu rằng bằng cách nhận bảo hiểm Medicaid, Nhà có quyền lấy tiền nhận được bởi người đăng ký từ các nguồn khác như các khoản thanh toán bảo hiểm hoặc thanh toán pháp lý cho các dịch vụ Medicaid đã thanh toán cho người đăng ký.

BÁO CÁO THAY ĐỔI: Quý vị đồng ý thông báo cho Medicaid trong vòng 10 ngày về những thay đổi sau đây: 1) nếu có bất kỳ ai đang nhận bảo hiểm Medicaid di chuyển ra khỏi tiểu bang; 2) nếu có bất kỳ ai đến ở hoặc rời khỏi gia đình; 3) thay đổi về địa chỉ gửi thư hoặc địa chỉ nhà; 4) thay đổi về bảo hiểm y tế và phí bảo hiểm; và 5) thay đổi về thu nhập.

THỰC HIỆN HỖ TRỢ TRẺ EM: Quý vị hiểu rằng Medicaid sẽ chỉ gửi thông tin trường hợp cho cơ quan Thực Hiện Hỗ Trợ Trẻ Em để hỗ trợ y tế nếu quý vị yêu cầu. Chúng tôi sẽ giới thiệu nếu cha mẹ nhận được Medicaid trừ phi Medicaid xác định rằng quý vị có lý do chính đáng không hợp tác với cơ quan Thực Hiện Hỗ Trợ Trẻ Em.

QUÝ VỊ CÓ QUYỀN YÊU CẦU MEDICAID ĐIỀU GÌ

QUYỀN ĐƯỢC ĐIỀU TRẦN CÔNG BẰNG: Quý vị hiểu rằng quý vị có thể yêu cầu có Buổi Điều Trần Công Bằng nếu quý vị cho rằng có bất kỳ quyết định nào về trường hợp này là không công bằng, không chính xác, hoặc được đưa ra quá trễ.

KHÔNG PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ: Quý vị hiểu rằng Medicaid không thể phân biệt đối xử với quý vị do chủng tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, khuyết tật, quốc tịch, hoặc chính kiến. Nếu quý vị cho rằng họ đã phân biệt đối xử, quý vị có thể gọi cho Văn Phòng Bảo Vệ Dân Quyền Khu Vực của DHHS Hoa Kỳ tại Dallas, TX qua số 1-800-368-1019 hoặc gửi văn bản đến Nha Y Tế & Bệnh Viện của Louisiana, Phòng Nhân Sự 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 khác của Medicaid sẽ được gửi đến những ai đủ tiêu chuẩn nhận bảo hiểm Medicaid.

Vui lòng gửi hoặc fax đơn đăng ký và tài liệu chứng minh cho chúng tôi. Quý vị cũng có thể mang đến văn phòng Medicaid tại địa phương của mình.

Địa Chỉ Gửi Thư:

Family Opportunity Act Medicaid Buy-In Program

P.O. Box 91278

Baton Rouge, LA 70821-9278

Fax:

1-877-523-2987 (miễn phí)

Các Tài Liệu Chứng Minh Chúng Tôi Có Thể Cần Quý Vị Của Con Cáo

Một số tài liệu chứng minh sẽ không được áp dụng đối với đơn đăng ký của quý vị. Hãy thông báo cho chúng tôi nếu quý vị không có hoặc không thể có được bất kỳ tài liệu nào trong số này. Chúng tôi có thể lấy hoặc giúp quý vị lấy những tài liệu đó.

Bản sao thẻ bảo hiểm y tế (mặt trước và sau) dành cho đứa trẻ.
Nếu trẻ không phải là công dân Hoa Kỳ , hãy gửi bản sao Thẻ Cư Trú Dài Hạn (thẻ xanh) hoặc các mẫu đơn khác từ Sở Công Dân và Nhập Cư Hoa Kỳ.
Đối với trẻ bên ngoài Louisiana , hãy gửi tài liệu chứng minh Tư Cách Công Dân Hoa Kỳ chẳng hạn như giấy khai sinh, giấy khai sinh tạm, Passport Hoa Kỳ, hoặc các giấy tờ nhận con nuôi. Hãy truy cập www.cdc.gov/nchs để biết danh sách các văn phòng lưu trữ quan trọng nơi quý vị có thể yêu cầu cung cấp giấy khai sinh.
Biên nhận tiền lương trong tháng gần nhất cho biết tổng tiền lương (trước thuế) hoặc thư xác nhận của nhà tuyển dụng. Đối với người tự tuyển dụng, hãy gửi bản sao các bản khai thuế và mọi tài liệu đính kèm theo lịch - đối với cha mẹ (hợp pháp và tự nhiên) và anh chị em của trẻ dưới 19 tuổi .
Bảng chứng về tổng thu nhập (trước thuế) từ chương trình hỗ trợ trẻ, Phúc Lợi Cựu Binh, bồi thường tai nạn lao động cho nhân viên, khoản chu cấp của người phối ngẫu, và bất kỳ loại thu nhập nào khác không phải do lao động mà có. Bảng chứng có thể là giấy cấp trợ cấp và các bản khai thuế 1099 trong năm thuế gần nhất - đối với trẻ, cha mẹ (hợp pháp và tự nhiên), và anh chị em dưới 19 tuổi .
Nếu cần khoản bảo hiểm Medicaid trong bất kỳ ba tháng nào trước tháng quý vị đăng ký nhận bảo hiểm Medicare, hãy gửi chứng minh thu nhập cho từng tháng - đối với trẻ, cha mẹ (hợp pháp và tự nhiên), và anh chị em dưới 19 tuổi .
Bản sao của tất cả các báo cáo y khoa và Kế Hoạch Giáo Dục Cá Nhân (IEP) để xác nhận khuyết tật của trẻ.

CÁC SỐ ĐIỆN THOẠI QUAN TRỌNG

	SỐ ĐIỆN THOẠI	TTY ĐIỆN THOẠI VĂN BẢN
KIDMED (EPSDT)	1-800-259-4444	1-877-544-9544
CommunityCARE (để yêu cầu đổi Bác Sĩ Chăm Sóc Chính)	1-800-259-4444	1-877-544-9544
KIDMED và Hỗ Trợ Giới Thiệu Bác Sĩ CommunityCARE	1-877-455-9955	
Các Dịch Vụ Medicaid	1-888-342-6207	
Phương tiện đi lại (để yêu cầu phương tiện đi lại không khẩn cấp)	1-800-259-1944	

CÁC 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 Sĩ Chấp Nhận Medicaid	www.La-CommunityCare.com
KIDMED & CommunityCARE	www.La-KidMed.com
Đăng Ký Gia Hạn Medicaid	www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov

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.

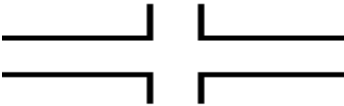
Box 19: Date and sign the card with your signature or mark.

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							