

# TAKE CHARGE

## Servicios de Planificación Familiar de Louisiana

Los servicios de planificación familiar se disponen para muchas mujeres de entre 19 y 44 años de edad a través de **TAKE CHARGE**, un programa del estado de Louisiana.



### ¿Cuáles son los servicios de planificación familiar?

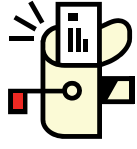
Planificación familiar ayuda a una mujer a evitar un embarazo inesperado. El tiempo entre partos aumenta las posibilidades de supervivencia del niño y permite a la madre planificar mejor para sus hijos y para ella misma. La planificación familiar es un modo importante con el que las mujeres pueden **TOMAR CONTROL** de sus vidas.



### Cómo solicitar

① **En Internet** – [www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov](http://www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov).

② **Por correo**–



**TAKE CHARGE**  
P.O. Box 91278  
Baton Rouge, LA  
70821-9278

③ **Fax** – 1-877-523-2987 (gratis)

④ **En persona** – Puede ir a la oficina de Medicaid local. Llame al **1-888-342-6207** para obtener la información de la oficina más cercana o visite nuestro sitio web [www.TAKECHARGE.DHH.Louisiana.gov](http://www.TAKECHARGE.DHH.Louisiana.gov).

| Número de miembros de familia | Ingresos hasta Marzo 31, 2013                               |                    |
|-------------------------------|---|--------------------|
|                               | Ingresos semanales  | Ingresos mensuales |
| 1                             | \$466   | \$1,862            |
| 2                             | \$631   | \$2,522            |
| 3                             | \$796   | \$3,182            |
| 4                             | \$961   | \$3,842            |
| 5                             | \$1,126   | \$4,502            |
| 6                             | \$1,291   | \$5,162            |
| Más de 6                      | Por cada persona adicional, agregue \$660 al monto mensual. |                    |

### ¿Cuáles servicios están cubiertos?

- ★ Cuatro evaluaciones físicas anuales y análisis de laboratorio
- ★ Consejería sobre anticonceptivos
- ★ Productos anticonceptivos que requieren receta, como píldoras, parches, inyecciones, IUDs y diafragmas
- ★ Procedimientos de esterilización

### Preguntas

Si usted necesita asistencia para llenar la solicitud o para obtener los comprobantes necesarios, por favor llámenos al **1-877-252-2447**. Si usted es sordo o tiene problemas para oír y tiene un teléfono de texto TTY, llame al **1-800-220-5404**.

**NO inscripción, NO mensualidades, NO pago compartido, NO deducibles**

### ¿Se cuentan los ingresos?

Sí. Los ingresos mensuales brutos de su familia deben ser menores que los montos del siguiente cuadro. Nosotros otorgamos deducciones por cosas como manutención infantil, pagos por cuidado de niños, y \$90 por cada persona empleada.

Nosotros **no** contamos bienes como cuentas de banco, dinero en efectivo, automóviles o propiedad.

### ¿Quién califica?

#### Mujeres de 19 a 44 años de edad que:

- ★ no tienen Medicaid u otro seguro médico que cubre planificación familiar
- ★ no está embarazada; y
- ★ no ha tenido un procedimiento que prevenga el embarazo, como la histerectomía

Si usted ya tiene Medicaid, usted ya califica para servicios de planificación familiar.

## Sus derechos

Si usted considera que la decisión que tomamos es injusta, no es correcta o es tomada muy tarde, puede apelar de las siguientes formas:

- ✓ Llame a la oficina de Medicaid/TAKE CHARGE al 1-888-342-6207 O
- ✓ Escriba a LA DHH Bureau of Appeals P. O. Box 4183 Baton Rouge, LA 70821-4183

## TAKE CHARGE es un programa de igualdad de oportunidades

No podemos tratarle diferente por razones de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si considera que lo hemos hecho:

- ✓ Llame a: U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights in Dallas, TX al 1-800-368-1019 O
- ✓ Escriba al LA Department of Health & Hospitals P. O. Box 4818 Baton Rouge, LA 70821-4818 O
- ✓ Llame o escriba a la oficina de Medicaid al 1-888-342-6207, TTY 1-800-220-5404.

Si usted quiere una solicitud en español o quiere a hablar con un representante, 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.

# SOLICITUD



Este documento público fue publicado con un costo total de \$2,398.40. Cinco mil (5,000) copias de este documento fueron publicadas en la primera impresión a un costo de \$2,398.40. El costo total de todas las impresiones de este documento, incluidas las reimpressiones fue de \$2,239.40. Este documento fue publicado por Office of State Printing, 950 Brickyard Lane, Baton Rouge, LA 70804 con el propósito de asesorar a los solicitantes, beneficiarios y otras personas acerca de los servicios de planificación familiar disponible a través del Programa Take Charge bajo la autoridad de 42 CFR 435.905 (a)(1). Este material fue impreso de acuerdo con los estándares para impresión por agencias del estado, establecido de acuerdo a R.S. 43:31. Este material fue impreso de acuerdo con los estándares para impresión por agencias del estado, establecido de acuerdo a R.S.



BHSF Form 1-FP Cover (Spanish)  
Publicado 4/12 (English 4/12)  
Edición anterior obsoleta

Ayudando a mujeres  
de 19 a 44 años de  
edad a  
TOMAR CONTROL  
de sus vidas

1-888-342-6207

**Solicite por internet**

[www.TAKECHARGE.DHH.Louisiana.gov](http://www.TAKECHARGE.DHH.Louisiana.gov)

Departamento de Salud y Hospitales de  
Louisiana



## 2. Embarazo

- A. ¿Está usted embarazada?  Sí  No  
B. ¿Estuvo usted embarazada en los últimos tres meses?  Sí  No

## 3. Ciudadanía o estado migratorio

A. ¿Es usted ciudadana de los Estados Unidos?  Sí – Pase a la B  No – Responda la pregunta siguiente

¿Es usted una residente legal permanente?  Sí  No Fecha de entrada al país \_\_\_\_\_

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

B. Díganos dónde nació usted.

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Nombre de su madre (primero, inicial del segundo, apellido) \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de su madre \_\_\_\_\_

## 4. Díganos sobre las personas que viven con usted – Liste a su esposo primero (si es casada) y luego a los niños menores de 18 años. Si nadie vive con usted, pase a la pregunta 5.

*Si hay más de cuatro personas, utilice una hoja aparte. Los números de seguro social **deben** proveerse para el cónyuge, hijos y cualquier persona que reciba Medicaid.*

Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación con usted:  Cónyuge  Hijo/a  Hijastro/a  Nieto/a  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación con usted:  Cónyuge  Hijo/a  Hijastro/a  Nieto/a  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación con usted:  Cónyuge  Hijo/a  Hijastro/a  Nieto/a  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación con usted:  Cónyuge  Hijo/a  Hijastro/a  Nieto/a  Otro: \_\_\_\_\_

## 5. Seguro Médico

¿Tiene seguro médico?  Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 6

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

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

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

Cubre:  Hospital  Doctor  Medicina  Dental  Ambulancia  Embarazo  Planificación de familia

## 6. Procedimientos médicos

Ha tenido usted algún procedimiento médico que no le permite quedar embarazada, como ligadura de trompas o una histerectomía?  Sí  No

*Si sí, usted no puede obtener servicios de planificación familiar a través del programa de TAKE CHARGE.*

## 7. Ingresos del trabajo

¿Trabaja alguien (usted, su esposo, o sus hijos menores de 18 años)?  Sí – Complete abajo

No – Pase a la pregunta 8

Díganos sobre **cada** trabajo de tiempo completo, de medio tiempo o negocio.

| ¿Quién trabaja? | Nombre y número de teléfono del empleador o negocio | ¿Negocio propio?   | ¿Cuánto? (muestre ingreso bruto, no lo que se lleva a casa) | ¿Con qué frecuencia? |
|-----------------|---|--|---|----------------------|
|                 |   | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |   |                      |
|                 |   | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |   |                      |
|                 |   | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |   |                      |

## 8. Otros ingresos

Díganos sobre cualquier ingreso que usted, su esposo, o sus hijos menores de 18 años reciben, como los que se mencionan a continuación.

| Tipo de ingreso                                 | Díganos de dónde proviene este dinero o quién lo paga.<br>(nombre, dirección y teléfono) | ¿Quién lo recibe? | ¿Cuánto? | ¿Con qué frecuencia? |
|---|--|-------------------|----------|----------------------|
| Seguro social                                   | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No                               |                   | \$       |                      |
| SSI   | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No                               |                   | \$       |                      |
| Desempleo                                       | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No                               |                   | \$       |                      |
| Worker's Comp<br>(compensación de trabajadores) | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No                               |                   | \$       |                      |
| Manutención infantil                            | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No                               |                   | \$       |                      |
| Manutención marital                             | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No                               |                   | \$       |                      |
| Dinero de amigos/familiares                     | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No                               |                   | \$       |                      |
| Algo más (díganos)                              | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No                               |                   | \$       |                      |

**9. Manutención infantil o marital pagada a personas fuera del hogar**

¿Paga usted o su esposo manutención infantil o marital **ordenada por la corte a personas fuera del hogar**?  
 Sí  No

Si sí, ¿a quién? \_\_\_\_\_ Pago mensual \$ \_\_\_\_\_

**10. Cuidado de niños o de adultos**

¿Paga usted o su esposo el cuidado de niños o de un adulto **discapacitado** para poder trabajar, ir a la escuela o recibir entrenamiento?  Sí  No Si sí, explique abajo.

Nombre del niño/s o adulto que recibe el cuidado \_\_\_\_\_

¿Quién lo paga? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto paga al mes? \_\_\_\_\_

¿Recibe ayuda para pagarlo de alguien o de algún programa?  Sí – ¿Cuánto? \_\_\_\_\_  No

Nombre de la guardería o proveedor de cuidados \_\_\_\_\_ Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**11. ¿Dónde obtuvo esta solicitud de TAKE CHARGE?**

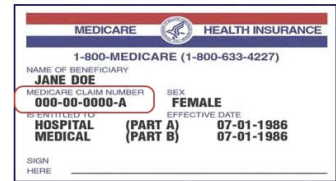
- Oficina de Medicaid  Hospital o clínica  Farmacia  Oficina del Doctor  Escuela  Internet
- Oficina de Family Support (Estampillas de comida)  Amigo/familiar  Negocio (tienda, trabajo)
- Iglesia  Festival/Feria de Salud  Línea telefónica gratis  Oficina del Seguro Social
- Otro: \_\_\_\_\_

**12. Beneficios de Medicare y por discapacidad**

A. ¿Tiene usted una discapacidad que no le permite trabajar?  Sí  No

B. ¿Ha tenido usted Medicare?  Sí  No

*La tarjeta de Medicare se ve así.*



C. ¿Ha recibido alguna vez pagos por discapacidad del Seguro Social o de SSI?  Sí  No

**↓ USTED DEBE FIRMAR ABAJO ↓**

Al firmar esta solicitud, autorizo al Estado de Louisiana y a sus agentes para que realicen los contactos para verificar la información que he suministrado en esta solicitud. Bajo pena por falso testimonio, certifico que toda la información que he presentado es verdadera. Asimismo, certifico que he recibido y leído los Derechos y responsabilidades que contiene la siguiente página.



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

*Si alguien que trabaja para Medicaid completó esta solicitud, ellos firmarán abajo.*

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor envíe esta solicitud a la oficina del programa TAKE CHARGE inmediatamente. La dirección es P.O. Box 91278, Baton Rouge, LA 70821-9278 y el número de fax 1-877-523-2987. Nosotros le daremos tiempo adicional para enviarnos los comprobantes si lo necesita.**

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### LO QUE MEDICAID/PROGRAMA TAKE CHARGE TIENE DERECHO A ESPERAR DE USTED

**CIUDADANÍA Y ESTADO MIGRATORIO:** Usted declara que la información proveída en esta solicitud sobre ciudadanía y estado migratorio es verdadera y correcta.

**REPORTE VERAZ:** Usted declara que la información que da en la solicitud es verdadera y correcta. Usted entiende que si a propósito da información que no es verdadera O no da toda la información que debe dar, usted y los solicitantes pueden recibir beneficios de salud que no deberían recibir. Si esto sucede puede ser penada legalmente por fraude y también puede ser obligada a devolver a Medicaid/TAKE CHARGE los gastos médicos que Medicaid ha pagado por usted erróneamente.

**VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN:** Usted entiende que la información que nos da sobre usted y los solicitantes será verificada. Usted está de acuerdo en ayudar a hacerlo y a permitir que Medicaid/TAKE CHARGE obtenga la información que necesita de agencias de gobierno, empleadores, proveedores médicos y otros.

**NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL:** Usted entiende que los números de seguro social sólo serán usados para obtener información de otras agencias de gobierno para decidir si usted y/o los solicitantes están calificados para Medicaid/servicios de planificación familiar.

**PAGOS DE GASTOS MÉDICOS POR UNA TERCERA PARTE:** Usted entiende que al aceptar Medicaid/servicios de planificación familiar, el departamento tiene derecho al dinero que usted reciba de otras fuentes como de compañías de seguros o pagos por orden judicial, por servicios que Medicaid/TAKE CHARGE ha pagado por usted y los solicitantes.

**REPORTE DE CAMBIOS:** Usted acuerda informar a Medicaid/TAKE CHARGE dentro de los primeros 10 días de los siguientes cambios: 1) si alguien que recibe servicios del programa de planificación familiar se muda fuera del estado; 2) si hay cambios en el lugar donde vive o donde recibe su correo; 3) si alguien que recibe servicios del programa de planificación familiar obtiene un seguro médico privado o Medicare; 4) si alguien que recibe servicios del programa de planificación familiar queda embarazada.

**EJECUCIÓN DE MANUTENCIÓN INFANTIL:** Usted comprende que Medicaid/TAKE CHARGE sólo enviará información de su caso a la oficina de Child Support Enforcement para que obtenga asistencia médica si usted lo solicita.

### LO QUE USTED TIENE DERECHO A ESPERAR DE MEDICAID/PROGRAMA TAKE CHARGE

**DERECHO A UNA APELACIÓN:** Usted comprende que puede pedir una audiencia si piensa que la decisión tomada en su caso es injusta, incorrecta o es tomada muy tarde.

**NO DISCRIMINACIÓN:** Usted comprende que Medicaid/PROGRAMA TAKE CHARGE no puede tratarlo diferente por razones de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si piensa que se ha hecho, puede llamar a: U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights en Dallas, TX al 1-800-368-1019 o escribir a: Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources, P. O. Box 4818 Baton Rouge, LA 70821-4818.

## Envíenos los siguientes comprobantes

Copias de todas las tarjetas de seguro médico (frente y reverso)

Si usted **no es ciudadano/a de los Estados Unidos** envíe copias de las tarjetas de residencia permanente (green cards) u otros documentos de la Oficina de servicios de migraciones de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services).

Si usted **no nació en Louisiana** Y nunca ha recibido beneficios de discapacidad de la Oficina del seguro social, Ingreso de seguridad suplemental (SSI), o Medicare, envíenos comprobantes de ciudadanía de los Estados Unidos como: acta de nacimiento, souvenir del acta de nacimiento del hospital, pasaporte de los Estados Unidos, o papeles de adopción. **Si usted no tiene ninguno de estos documentos, pregúntenos sobre otros papeles que puede utilizar.**

Talones de cheques del último mes que muestren el salario bruto (antes de los impuestos) o una carta del empleador. Si tiene su propio negocio, envíe copias de los impuestos del último año y las secciones (schedules) adjuntas – **para usted, su esposo/a y sus hijos.**

Comprobantes de ingresos brutos (antes de impuestos) de beneficios de veterano, compensación de trabajadores (worker's comp), manutención marital, y cualquier otro ingresos que no sea de un trabajo. Los comprobantes podrían ser cartas de concesión y formulario de impuestos 1099 del año pasado – **suyo, de su esposo/a, y sus hijos**

Declaraciones de amigos o familiares que le dan dinero a usted, su esposo/a, o a sus hijos

Comprobantes de pago por cuidado de niños de la guardería. Comprobantes de pago por cuidados de un adulto del proveedor de los cuidados.

Court order and proof of alimony or child support that you or your husband **PAYS** to someone **outside your home**. **If it is paid through Louisiana Support Enforcement Services (SES), you do not have to send proof – let us know.**

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.

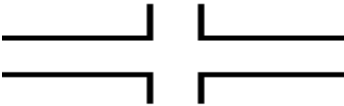
**Box 19:** Date and sign the card with your signature or mark.

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<br/>FORM #04</b>   |  |                 |                     | <b>OFFICIAL USE ONLY</b><br>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"/><br>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><br> |  |
| 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   |  |
| <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  |  |                 |                     |   |  |   |  |