

TAKE CHARGE

Dịch vụ Miễn trừ Kế hoạch hóa Gia đình Louisiana

Dịch vụ Kế hoạch hóa Gia đình sẵn có cho nhiều phụ nữ từ 19-44 tuổi thông qua TAKE CHARGE, một chương trình miễn trừ kế hoạch hóa gia đình Louisiana.



Kế hoạch hóa gia đình là gì?



Kế hoạch hóa gia đình giúp phụ nữ tránh mang thai ngoài ý muốn. Khoảng cách xa giữa 2 lần sinh làm tăng cơ hội sống của trẻ và cho phép bà mẹ có kế hoạch tốt hơn cho con cái và cho bản thân.

Kế hoạch hóa gia đình là một cách quan trọng để phụ nữ có thể tự **CHĂM SÓC** cuộc sống của mình.

Những ai đủ tiêu chuẩn?

Phụ nữ từ 19-44 tuổi:

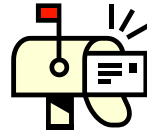
- ★ không có Medicaid hoặc bảo hiểm khác bao trả cho kế hoạch hóa gia đình;
- ★ không mang thai; và
- ★ chưa thực hiện phẫu thuật tránh thai như thủ thuật cắt tử cung.

Nếu đã có Medicaid, quý vị đủ tiêu chuẩn cho dịch vụ kế hoạch hóa gia đình.

Cách Đăng ký

① **Trực tuyến** –
www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov.

② **Gửi thư** –



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

③ **Fax** – 1-877-523-2987 (số miễn phí)

④ **Gửi trực tiếp** – Hãy đến Văn phòng Medicaid tại địa phương của quý vị. Hãy gọi 1-888-342-6207 để biết văn phòng gần nhất hoặc vào trang web của chúng tôi tại www.TAKECHARGE.DHH.Louisiana.gov.

Có tính thu nhập không?

Có. Thu nhập trước thuế của gia đình quý vị cho một tháng phải ít hơn số tiền trong bảng thu nhập. Chúng tôi khấu trừ những khoản như tiền hỗ trợ nuôi con, thanh toán chăm sóc trẻ em, và \$90 cho mỗi người có việc làm.

Chúng tôi **không** tính những khoản như tài khoản ngân hàng, tiền mặt, xe cộ hoặc bất động sản.

Số người theo Số tiền	Thu nhập trong Gia đình từ ngày 1 tháng 4 năm 2012 đến ngày 31 tháng 3 năm 2013	
	Thu nhập Hàng tuần	Thu nhập Hàng tháng
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
Hơn 6 người	Đối với mỗi người cộng thêm, tính thêm \$660 vào số tiền hàng tháng	

Những dịch vụ nào được bao trả?

- ★ Bốn lần khám sức khỏe và xét nghiệm hàng năm
- ★ Tư vấn ngừa thai
- ★ Những sản phẩm ngừa thai phải được kê toa, như thuốc uống, thuốc dán, thuốc tiêm ngừa thai, đặt vòng, và màng ngăn
- ★ Những thủ thuật triệt sản

Thắc mắc

Nếu quý vị cần trợ giúp để điền đơn đăng ký hoặc nhận những chứng từ cần thiết, hãy gọi **1-888-342-6207**. Nếu quý vị bị điếc hoặc khiếm thính và sử dụng điện thoại TTY, hãy gọi **1-800-220-5404**.

KHÔNG phí đăng ký,
KHÔNG phí bảo hiểm, **KHÔNG** đồng thanh toán
KHÔNG khấu trừ

(CẮT ĐƠN ĐĂNG KÝ TẠI ĐÂY TRƯỚC KHI GỬI.
GIỮ LẠI TRANG NÀY.)

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 một cuộc điều trần công bằng bằng cách:

- ✓ Gọi cho văn phòng Chương trình Miễn trừ Kế hoạch hóa Gia đình/**TAKE CHARGE** theo số 1-888-342-6207, và/hoặc
- ✓ Gửi thư đến
LA DHH Bureau of Appeals
P.O. Box 4183
Baton Rouge, LA 70821-4183

TAKE CHARGE là một Chương trình Cơ hội Bình đẳng.

Chúng tôi không đối xử phân biệt với quý vị vì chủng tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, sự tàn tật, tôn giáo, dân tộc hoặc niềm tin chính trị của quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi đã phân biệt đối xử:

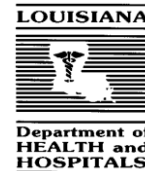
- ✓ Hãy gọi cho Văn phòng Dân quyền Khu vực của DHHS Hoa Kỳ tại Dallas, TX theo số 1-800-368-1019, và/hoặc
- ✓ Gọi cho văn phòng Chương trình Kế hoạch hóa Gia đình/**TAKE CHARGE** theo số 1-888-342-6207, người dùng TTY gọi số 1-800-220-5404, và/hoặc
- ✓ Gửi thư đến
LA Department of Health & Hospitals
P.O. Box 4818
Baton Rouge, LA 70821-4818

Si ud quiere un solicitud in espanol o quiere a hablar con alguien que habla espaniol, llama
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.

This public document was printed at a total cost of \$1,408.30. Three thousand (3,000) copies were produced. The total cost of all printing of this document including reprints is \$1,408.30. This document was published by the Department of Health and Hospitals, Bureau of Health Services Financing, 628 North 4th Street, Baton Rouge, LA 70802 to advise applicants, recipients and other individuals of the Family Planning Program available through the Medicaid Program under authority of 42. CFR 435.905 (a)(2). This material was printed according to standards for printing by State agencies established pursuant to R.S. 43.31.

BHSF Mẫu 1-FP Cover (Vietnamese)
Rev 04/2012 (English 04/2012)
Prior Issue Obsolete



Đơn xin Đăng ký



Giúp cho Phụ nữ từ
19-44 Tuổi
CHĂM SÓC
cuộc sống của mình

1-888-342-6207

Nộp đơn Trực tuyến tại
www.TAKECHARGE.DHH.Louisiana.gov

Bộ Y Tế & Bệnh Viện Louisiana

2. Mang thai

A. Quý vị có mang thai không? Có Không

B. Quý vị có mang thai trong 3 tháng gần đây không? Có Không

3. Tình trạng Công dân/Nhập cư

A. Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ? Có – Qua phần B Không – Trả lời những câu hỏi tiếp theo

Quý vị có phải là thường trú nhân hợp pháp không? Có Không Ngày quý vị đến Hoa Kỳ _____

Số Thẻ Cư trú Dài hạn (số thẻ xanh): A _____

B. Hãy cho chúng tôi biết nơi sinh của quý vị.

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Nước _____

Tên của Mẹ (tên, chữ đầu tên lót, họ) _____

Tên Thờ con gái của Mẹ _____

4. Hãy cho Chúng tôi Biết về Những người khác Sống cùng Với Quý vị – Ghi tên chồng của quý vị trước (nếu đã kết hôn), tiếp theo là tất cả những người con dưới 18 tuổi. Nếu không có ai sống cùng với quý vị, hãy chuyển qua Câu hỏi 5.

Nếu có hơn 4 người, hãy sử dụng một tờ giấy riêng. Số An sinh Xã hội phải khai cho vợ/chồng, con và người có Medicaid.

Tên (tên, chữ đầu tên lót, họ) _____

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

Quan hệ với Quý vị: Chồng Con Con riêng Cháu Khác _____

Tên (tên, chữ đầu tên lót, họ) _____

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

Quan hệ với Quý vị: Con Con riêng Cháu Khác _____

Tên (tên, chữ đầu tên lót, họ) _____

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

Quan hệ với Quý vị: Con Con riêng Cháu Khác _____

Tên (tên, chữ đầu tên lót, họ) _____

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

Quan hệ với Quý vị: Con Con riêng Cháu Khác _____

5. Chi phí Thấp

Quý vị có bảo hiểm sức khỏe không? Có – Điền vào Dưới đây Không – Chuyển qua Câu hỏi 6

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 _____

Bảo hiểm: Bệnh viện Bác sĩ Y tế Nha khoa Xe cấp cứu Thai kỳ Kế hoạch hóa Gia đình

6. Thủ thuật Y khoa

Quý vị có thủ thuật y khoa nào giúp quý vị tránh mang thai như thất ồng dẫn trứng hoặc cắt bỏ tử cung không?

Có Không

Nếu có, quý vị không thể nhận dịch vụ miễn trừ kế hoạch hóa gia đình qua chương trình TAKE CHARGE.

7. Thu nhập từ Việc làm

Có ai đang có việc làm không (quý vị, chồng quý vị, hoặc con dưới 18 tuổi)? Có – Điền vào dưới đây

Không – Chuyển qua Câu hỏi 8

Hãy cho chúng tôi biết về từng công việc toàn thời gian, bán thời gian hoặc doanh nghiệp.

Ai có việc làm?	Tên Cơ quan/Doanh nghiệp và Số Điện thoại	Tự Kinh doanh	Bao nhiêu? (tổng thu nhập, lương trước khi đóng thuế)	Thanh toán bao lâu một lần?
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		

8. Thu nhập Khác

Hãy cho chúng tôi biết bất kỳ thu nhập nào mà quý vị, chồng quý vị, và con dưới 18 tuổi có, như những loại được liệt kê dưới đây.

Loại Thu nhập	Hãy cho chúng tôi biết thu nhập này là từ đâu và ai trả tiền này. (tên, địa chỉ và số điện thoại)	Ai có thu nhập này?	Bao nhiêu?	Bao lâu một lần?
An sinh Xã hội	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
SSI	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Thất nghiệp	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Đền bù Tai nạn Lao động	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Tiền trợ cấp Nuôi con	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Tiền trợ cấp sau ly dị	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Tiền từ Bạn bè/Người thân	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	
Khác (cho chúng tôi biết đó là tiền gì): _____	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		\$	

9. Tiền trợ cấp Nuôi con và Tiền trợ cấp sau ly dị cho Người Ngoài Gia đình

Quý vị hoặc chồng quý vị có trả tiền trợ cấp nuôi con **theo lệnh của tòa án** hoặc tiền trợ cấp sau ly dị cho người ngoài gia đình không? Có Không

Nếu có, cho ai? _____ Số tiền Hàng tháng \$ _____

10. Chăm sóc Con/Chăm sóc Người trưởng thành

Quý vị hoặc chồng quý vị có thanh toán tiền chăm sóc con hoặc chăm sóc người trưởng thành **khuyết tật** để có thể làm việc, đi học, hoặc được huấn luyện không? Có Không Nếu có, hãy cho chúng tôi biết về điều này dưới đây.

Tên của Trẻ em hoặc Người lớn được Chăm sóc _____

Ai thanh toán tiền chăm sóc? _____ Thanh toán bao nhiêu tiền mỗi tháng? _____

Có nhận được sự trợ giúp thanh toán khoản tiền trên từ người khác hoặc chương trình khác không?

Có Không Bao nhiêu? _____

Tên của Trung tâm hoặc Người chăm sóc _____ Số Điện thoại (_____) _____

11. Quý vị lấy đơn đăng ký TAKE CHARGE này ở đâu?

- Văn phòng Medicaid bệnh viện/y viện nhà thuốc tây phòng mạch bác sĩ trường học Internet
 Văn phòng Hỗ trợ Gia đình bạn bè/người thân doanh nghiệp nhà thờ lễ hội/hội chợ y tế
 Số Điện thoại đường dây nóng Miễn phí Văn phòng An sinh Xã hội khác _____

12. Phúc lợi cho Người khuyết tật và Medicare

A. Quý vị không thể làm việc vì bị khuyết tật? Có Không

B. Quý vị có bao giờ nhận Medicare không? Có Không

Thẻ Medicare trông giống thế này.



C. Quý vị có bao giờ nhận thanh toán cho Người khuyết tật từ An sinh Xã hội hoặc SSI không? Có Không



ĐƠN ĐĂNG KÝ KẾT THÚC Ở ĐÂY. QUÝ VỊ PHẢI KÝ TÊN DƯỚI ĐÂY



Khi ký tên vào đơn đăng ký này là tôi cho phép Tiểu bang Louisiana và các cơ quan của tiểu bang liên lạc để xác nhận thông tin được cung cấp trên mẫu đơn này. Dưới hình phạt cho tội khai man trước tòa, tôi chứng nhận rằng tất cả thông tin mà tôi cung cấp là đúng sự thật. Tôi cũng công nhận rằng tôi đã nhận và đọc phần Quyền và Trách nhiệm trong trang kế tiếp.



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

Nếu có người làm việc cho Medicaid giúp quý vị điền đơn này, họ sẽ ký tên dưới đây.

Ngày: _____

Vui lòng gửi đơn đăng ký đến văn phòng chương trình TAKE CHARGE ngay. Địa chỉ là P.O. Box 91278, Baton Rouge, LA 70821-9278, và số fax là 1-877-523-2987. Chúng tôi sẽ gia hạn thời gian để quý vị gửi giấy tờ chứng minh cho chúng tôi nếu cần.

QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA QUÝ VỊ

CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID/TAKE CHARGE CÓ QUYỀN YÊU CẦU NHỮNG GÌ Ở QUÝ VỊ

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

BÁO CÁO SỰ THẬT: Quý vị công nhận rằng thông tin quý vị cung cấp trên đơn đăng ký này là chính xác và đúng sự thật. Quý vị hiểu rằng nếu quý vị cố tình cung cấp thông tin không đúng HOẶC nếu quý vị cố tình không báo thông tin cần thiết, thì quý vị và/hoặc người nộp đơn có thể nhận phúc lợi sức khỏe mà lẽ ra không được nhận. Nếu điều này xảy ra, quý vị có thể bị trừng phạt theo luật pháp về tội gian lận. Ngoài ra, quý vị có thể phải trả tiền lại cho Chương trình Medicaid/ **TAKE CHARGE** cho những hóa đơn họ đã thanh toán nhầm.

XÁC NHẬN THÔNG TIN: Quý vị hiểu rằng thông tin quý vị cung cấp về bản thân và/hoặc người nộp đơn sẽ được kiểm tra. Quý vị đồng ý trợ giúp làm điều này và cho phép Chương trình Medicaid/**TAKE CHARGE** nhận thông tin mà họ cần từ các cơ quan chính phủ, công ty, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, và các bên khác.

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

THANH TOÁN CHĂM SÓC Y TẾ BỞI BÊN THỨ BA: Quý vị hiểu rằng bằng cách chấp nhận Medicaid/dịch vụ miễn trừ kế hoạch hóa gia đình, Cơ quan này có quyền nhận tiền mà quý vị và/hoặc (những) người nộp đơn thanh toán từ những nguồn khác như thanh toán bảo hiểm hoặc giải quyết kiện tụng cho những dịch vụ mà Chương trình Medicaid/**TAKE CHARGE** đã thanh toán cho quý vị và/hoặc người nộp đơn.

BÁO CÁO CÁC THAY ĐỔI: Quý vị đồng ý báo cho Chương trình Medicaid/**TAKE CHARGE** trong vòng 10 ngày về những thay đổi này: 1) nếu có người nhận dịch vụ miễn trừ kế hoạch hóa gia đình rời khỏi tiểu bang; 2) nếu có thay đổi địa chỉ gửi thư hoặc địa chỉ nhà; 3) nếu người nhận kế hoạch hóa gia đình nhận bảo hiểm sức khỏe hoặc Medicare; và 4) nếu người nhận kế hoạch hóa gia đình mang thai.

THI HÀNH TRỢ CẤP NUÔI CON: Quý vị hiểu rằng Chương trình Medicaid/**TAKE CHARGE** chỉ gửi thông tin cho trường học Thi hành Trợ cấp Nuôi con, nếu quý vị yêu cầu.

QUÝ VỊ CÓ QUYỀN MONG ĐỢI ĐIỀU GÌ Ở CHƯƠNG TRÌNH MEDICAID/TAKE CHARGE

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

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

Hãy Gửi cho Chúng tôi những Thứ này

Bản sao của tất cả thẻ bảo hiểm sức khỏe (mặt trước và sau)

Nếu quý vị **không phải** là công dân Hoa Kỳ, hãy gửi bản sao Thẻ Cư trú Dài hạn (thẻ xanh) hoặc các giấy tờ chứng minh khác từ Cơ quan Di trú và Công dân Hoa Kỳ.

Nếu quý vị **không** sinh ra tại tiểu bang Louisiana **VÀ** quý vị chưa bao giờ nhận trợ cấp từ An sinh Xã hội Tàn tật, Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI), hoặc Medicare, hãy gửi giấy tờ chứng minh Tư cách công dân Hoa Kỳ như khai sinh hoặc Hộ chiếu Hoa Kỳ. **Nếu quý vị không có những giấy tờ này, hãy hỏi chúng tôi về những giấy tờ khác quý vị có thể sử dụng.**

Cuống phiếu tiền lương của tháng gần nhất cho biết tổng tiền lương (trước thuế) hoặc thư xác nhận của Cơ quan. Nếu tự kinh doanh, hãy gửi các bản hoàn thuế năm ngoái và tất cả các bản kê khai thuế – **cho quý vị, chồng và con quý vị.**

Giấy tờ chứng minh về tổng thu nhập (trước thuế) từ chương trình Phúc lợi Cựu chiến binh, bồi thường tai nạn lao động, tiền trợ cấp sau ly dị và bất kỳ loại thu nhập nào khác không phải do lao động mà có. Giấy tờ có thể là thư hoặc tờ khai thuế 1099 từ bản hoàn thuế của năm ngoái - **cho quý vị, chồng và con quý vị.**

Tờ khai từ bạn bè hoặc người thân cấp tiền cho quý vị, chồng hoặc con của quý vị.

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

Lệnh tòa án và giấy tờ chứng minh khoản tiền trợ cấp sau ly dị hoặc tiền trợ cấp nuôi con mà quý vị hoặc chồng quý vị **THANH TOÁN** cho người **ngoài gia đình quý vị.** **Nếu được thanh toán qua Phòng Cường chế Thi hành Trợ cấp Nuôi con Louisiana (SES), quý vị **không phải** gửi bằng chứng - hãy cho chúng tôi biết.**

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.

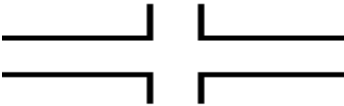
Box 19: Date and sign the card with your signature or mark.

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							