

# LOUISIANA MEDICAID

## Solicitud General

Use este formulario para solicitar cualquier programa de Medicaid, excepto por Long Term Care Medicaid (Nursing Facility and Home and Community Based (HCBS) Waiver services). Long Term Care Medicaid (para cuidados de larga duración) tiene una solicitud especializada. Para solicitar Long Term Care Medicaid, llene una 1-L o llame al 1-888-342-6207. Si usted es sordo o tiene problemas para oír y tiene un teléfono de texto TTY llame al 1-800-220-5404.

### Cómo solicitar:

1. **Llene y firme esta solicitud. Use tinta negra.** Si necesita espacio adicional para responder, use una hoja de papel.
2. **Obtenga los comprobantes que necesitamos.** Vea una lista en la página 8.
3. **Envíenos la solicitud y los comprobantes.** Envíelos a P.O. Box 91278, Baton Rouge, LA 70821-9278 o por fax a nuestro fax gratuito 1-877-523-2987. Usted también puede llevarlos **O** enviarlos por fax a la oficina de Medicaid local o a un centro de solicitudes. Para encontrar la oficina más cercana llame al 1-888-342-6207. Si usted es sordo o tiene problemas para oír y tiene un teléfono de texto TTY llame al 1-800-220-5404. **Envíe esta solicitud inmediatamente. Nosotros le daremos más tiempo para enviarnos los comprobantes.**

¿Qué idioma habla mejor?  Inglés  Español  Vietnamita  Otro \_\_\_\_\_  
¿Qué idioma escribe mejor?  Inglés  Español  Vietnamita  Otro \_\_\_\_\_

### 1. ¿Dónde obtuvo esta solicitud de Medicaid?

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

### 2. Cuéntenos sobre usted.

Nombre \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
Apellido de soltera \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_  
Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Viudo/a  Divorciado/Separado/a  
Raza/Antecedentes étnicos (No tiene que contestar. Puede marcar más de uno):  Blanco  Negro  Asiático  
 Indio Americano o Nativo de Alaska  Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico  Hispano o Latino

### 3. Díganos cómo contactarlo/a.

Dirección de Correo \_\_\_\_\_ Apartamento/Lote # \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Dirección donde vive (si es diferente) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Condado donde vive \_\_\_\_\_ Teléfono de su casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de día (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección de E-mail \_\_\_\_\_  
El mejor día/horario para llamarle de lunes a viernes entre 8 a.m. y 4:30 p.m. \_\_\_\_\_

### 4. ¿Está solicitando para usted? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 5

¿Dónde nació usted? Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Nombre de su madre (primero, inicial del segundo, apellido) \_\_\_\_\_  
Apellido de soltera de su madre \_\_\_\_\_  
¿Es usted ciudadano de Estados Unidos?  Sí – Pase a la pregunta 5  No – Llene abajo  
¿Es usted un residente legal permanente?  Sí  No Fecha de entrada al país \_\_\_\_\_  
Número de tarjeta de residencia permanente (green card#): A \_\_\_\_\_

### 5. Díganos sobre las personas que viven con usted (incluya niños menores de 19 años, padres de los niños y su esposo/a). Nadie vive conmigo – Pase a la pregunta 6

A. Nombre \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_  
Esta persona es mi:  Esposo/a  Hijo/a  Hijastro/a  Nieto/a  Otro: \_\_\_\_\_



**Si usted tiene preguntas o necesita ayuda con esta solicitud, llame a Medicaid al 1-888-342-6207.**  
**Si usted es sordo o tiene problemas de oído y tiene un teléfono de texto TTY, llame al**  
**1-800-220-5404. THESE CALLS ARE FREE.**

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno):  Blanco  Negro  Asiático  
 Indio Americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico  Hispano o Latino

¿Está solicitando Medicaid esta persona?  Sí – Conteste las siguientes preguntas  No – Pase a la **B**

Lugar de nacimiento: Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_

¿Es esta persona ciudadana de Estados Unidos?  Sí – Pase a la **B**  No – Responda estas preguntas

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

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

**B.** Nombre \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

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

Esta persona es mi:  Esposo/a  Hijo/a  Hijastro/a  Nieto/a  Otro: \_\_\_\_\_

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno):  Blanco  Negro  Asiático  
 Indio Americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico  Hispano o Latino

¿Está solicitando Medicaid esta persona?  Sí – Conteste las siguientes preguntas  No – Pase a la **C**

Lugar de nacimiento: Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_

¿Es esta persona ciudadana de Estados Unidos?  Sí – Pase a la **C**  No – Responda estas preguntas

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

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

**C.** Nombre \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

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

Esta persona es mi:  Esposo/a  Hijo/a  Hijastro/a  Nieto/a  Otro: \_\_\_\_\_

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno):  Blanco  Negro  Asiático  
 Indio Americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico  Hispano o Latino

¿Está solicitando Medicaid esta persona?  Sí – Conteste las siguientes preguntas  No – Pase a la **D**

Lugar de nacimiento: Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_

¿Es esta persona ciudadana de Estados Unidos?  Sí – Pase a la **D**  No – Responda estas preguntas

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

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

**D.** Nombre \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

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

Esta persona es mi:  Esposo/a  Hijo/a  Hijastro/a  Nieto/a  Otro: \_\_\_\_\_

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno):  Blanco  Negro  Asiático  
 Indio Americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico  Hispano o Latino

¿Está solicitando Medicaid esta persona?  Sí – Conteste las siguientes preguntas  No – Pase a la **6**

Lugar de nacimiento: Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_

¿Es esta persona ciudadana de Estados Unidos?  Sí – Pase a la **6**  No – Responda estas preguntas

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

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

**6.** ¿Tiene alguien un esposo/a que ha fallecido?  Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 7

¿Quién tiene un esposo/a fallecido/a? \_\_\_\_\_

**Díganos sobre el esposo/a fallecido/a.** *Si es más de uno/a, use una hoja aparte.*

Nombre \_\_\_\_\_ Paterno \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_  
 Fecha de fallecimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_ ¿Ha sido abierta una sucesión?  Sí  No  
 ¿Veterano?  Sí  No ¿Retirado del ferrocarril?  Sí  No ¿Divorciado del solicitante?  Sí  No  
 Fecha y condado del divorcio \_\_\_\_\_

**7. ¿Está alguien embarazada?**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 8

¿Quién está embarazada? \_\_\_\_\_ Fecha de parto estimada \_\_\_\_\_  
 ¿Espera más de un bebé?  Sí  No

**Responda la pregunta 8 para solicitante menores de 65 años.**

**8. ¿Tiene alguno de los solicitantes una discapacidad?** (No tienen que estar recibiendo pagos del Seguro Social para responder que sí)  Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 9

**A.** ¿Quién tiene la discapacidad? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo comenzó? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es la discapacidad? Cuéntenos sobre ella. \_\_\_\_\_

¿Fue la discapacidad causada por un accidente?  Sí  No  
 ¿Han solicitado discapacidad del Seguro Social o SSI?  Sí – Fecha de solicitud \_\_\_\_\_  No  
 ¿Ha sido tomada una decisión?  Sí – Fecha de decisión \_\_\_\_\_  No  
 ¿Cuál fue la decisión?  Aprobado  Rechazado  
 ¿Ha cambiado la condición médica o discapacidad desde que solicitó con el seguro social?  Sí  No  
 Si contestó sí, explique. \_\_\_\_\_

Díganos sobre los doctores, hospitales o proveedores médicos que atienden al/a la solicitante.  
*Si necesita más espacio, utilice una hoja aparte*

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

**B. ¿Es la discapacidad cáncer de cervix o cáncer de pecho?**  Sí – Lea y complete abajo  No – Pase a la pregunta 9

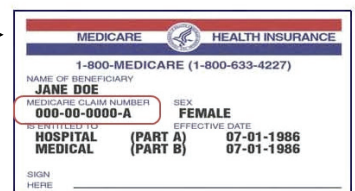
**Louisiana’s Breast and Cervical Cancer Program** (Programa de Cáncer de Pecho y Cervix de Louisiana) es sólo para **mujeres** que han sido examinadas bajo el Programa Nacional de Detección Temprana de Cáncer de Pecho y Cervical del CDC (Centros para el Control de Enfermedades) y fue determinado que necesita tratamiento para cáncer de pecho o cervical, incluyendo condiciones precancerosas.

**¿Tiene usted comprobantes de la evaluación y del diagnóstico del Early Detection Center** (Centro de Detección Temprana)?  Sí  No

Si **No**, por favor contacte al Programa de Detección Temprana de Louisiana al 1-888-599-1073 para obtener los comprobantes. **Usted no tiene que esperar los comprobantes, solicite ahora. Una evaluación es requerida para ser apto para cobertura de Medicaid bajo este programa.**

**9. ¿Tiene alguien Medicare?** *La tarjeta de Medicare se ve así.* \_\_\_\_\_ →

Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 10  
 Nombre \_\_\_\_\_ Número de Medicare \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Número de Medicare \_\_\_\_\_



**10. ¿Ha perdido el Medicare alguno de los solicitantes?**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 11

Nombre \_\_\_\_\_ Número de Medicare (en la tarjeta de Medicare) \_\_\_\_\_

**11. ¿Tiene alguno de los solicitantes seguro médico, suplemento de Medicare, o plan de medicinas recetadas de Medicare?**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 12

*Si hay más de un seguro, utilice una hoja aparte.*

¿Quién tiene seguro? \_\_\_\_\_

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

¿Cuánto cuesta al mes? \_\_\_\_\_ ¿Es este seguro a través de un trabajo?  Sí  No

→ *Si el seguro es a través de un trabajo, Medicaid podría ayudarle a pagar las cuotas con el programa LaHIPP.*

*Llame al 1-866-362-5253 o visite [www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov](http://www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov) para más información.*

**12. Si alguno de los solicitantes no tiene seguro médico ¿podría tener seguro médico bajo la póliza de alguien más?**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 13

Díganos bajo la póliza de quién. \_\_\_\_\_ Número de teléfono de ellos (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**13. ¿Trabaja alguien?**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 14

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

**14. ¿Recibe alguien dinero de:**

- Seguro social • SSI • Manutención marital • Dinero de amigos/familiares • Retiro • Derechos
- Worker's Comp (compensación de trabajadores) • Desempleo • Retiro del Ferrocarril
- Renta de otras propiedades • Anualidades • Beneficios de veterano • Manutención infantil (nombre del niño) • Algo más (díganos)

Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 15

¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? \$ _____	¿Con qué frecuencia?	Número de Archivo de VA o Número de Reclamo Ferroviario:
¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? \$ _____	¿Con qué frecuencia?	Número de Archivo de VA o Número de Reclamo Ferroviario:
¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? \$ _____	¿Con qué frecuencia?	Número de Archivo de VA o Número de Reclamo Ferroviario:
¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? \$ _____	¿Con qué frecuencia?	Número de Archivo de VA o Número de Reclamo Ferroviario:

**15. ¿Ha solicitado alguien ayuda del seguro social o beneficios de veterano pero no se los otorgaron todavía?**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 16

¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Qué es? \_\_\_\_\_

**16. ¿Ha recibido beneficios de Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) alguno de los solicitantes?**

Sí – ¿Quién? \_\_\_\_\_  No – Pase a la pregunta 17

**17. ¿Paga alguien por el cuidado de niños o de un adulto discapacitado para poder trabajar, ir a la escuela o recibir entrenamiento?**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 18

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

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

Nombre de la guardería o proveedor de cuidados \_\_\_\_\_

Dirección de la guardería o proveedor de cuidados \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Número de teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

**18. ¿Paga alguien en su casa manutención infantil o marital ordenada por la corte?**

Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 19

Nombre de la persona que lo paga \_\_\_\_\_

¿Cuánto paga? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**19. ¿Tiene algunos de los solicitantes facturas médicas (pagadas o sin pagar) por servicios de los últimos tres meses?**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 20

*Si son más de 4 utilice una hoja aparte.*

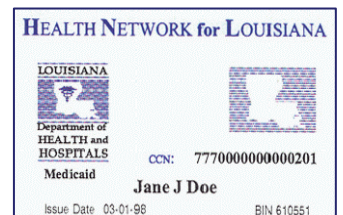
Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor médico	¿Quién recibió estos cuidados?	Fecha del servicio	Costo total del servicio	Balance sin pagar

**20. ¿Ha recibido Medicaid en Louisiana antes alguno de los solicitantes?**

Sí – Complete abajo  No *La tarjeta de Medicaid se ve así* →

*Si usted o ellos todavía tienen la tarjeta plástica, puede utilizar la misma tarjeta. No le enviaremos tarjetas nuevas si usted no las pide.*

¿Quién necesita la tarjeta nueva? \_\_\_\_\_



**NO responda la pregunta 21 si usted está solicitando para una mujer embarazada o para niños menores de 19, SOLAMENTE. Firme la solicitud en la página 7 y vea la lista de los comprobantes que necesitamos en la página 8.**

**21. Díganos sobre las cosas que posee en preguntas A-J. Responda Sí o No en cada una**

**A. Cuentas de banco y certificados de depósito (CDs)?**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la B

*Si son más de 4, utilice una hoja aparte.*

Tipo de cuenta	¿De quién es?	Nombre del banco o Credit Union (banco de sindicato)	Número de cuenta	¿Cuánto hay en la cuenta?
<input type="checkbox"/> cheques <input type="checkbox"/> ahorros <input type="checkbox"/> Club Navideño <input type="checkbox"/> CD				
<input type="checkbox"/> cheques <input type="checkbox"/> ahorros <input type="checkbox"/> Club Navideño <input type="checkbox"/> CD				
<input type="checkbox"/> cheques <input type="checkbox"/> ahorros <input type="checkbox"/> Club Navideño <input type="checkbox"/> CD				
<input type="checkbox"/> cheques <input type="checkbox"/> ahorros <input type="checkbox"/> Club Navideño <input type="checkbox"/> CD				

**B. Cuentas de anualidades y/o retiro (IRA (cuenta de retiro individual), Keogh, 401-K)**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la C

¿A quién le pertenece? \_\_\_\_\_

Número de cuenta(s) \_\_\_\_\_ ¿Cuánto vale? \_\_\_\_\_

¿Se reciben pagos regularmente?  Sí – ¿Cuánto? \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  No

Si **no**, ¿se pueden recibir pagos regulares?  Sí  No

¿Se puede hacer un retiro de todos los fondos?  Sí  No  No sé

**C. ¿Caja/s de seguridad o de depósito?**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta D

¿A quién le pertenece? \_\_\_\_\_

Nombre del banco o Credit Union (banco de sindicato) \_\_\_\_\_

¿Qué hay dentro de la caja o cajas? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el valor de los artículos que están en la caja/a? \_\_\_\_\_

**D. ¿Seguro de vida o de entierro?**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la E

*Si son más de 4, utilice una hoja aparte. No necesitamos saber sobre term life insurance (seguro de vida limitado). Si tiene dudas, complete el cuadro.*

¿Quién tiene seguro?	Dueño de la póliza	Compañía de seguros	Valor real	Número de póliza

**E. ¿Hay dinero reservado en una cuenta de banco para entierro o un contrato de entierro acordado previamente?**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la F *Si son más de 2, utilice una hoja aparte.*

¿Quién lo posee?	¿Para el entierro de quién?	Nombre del banco/credit union/casa funeraria	¿Cuál es el valor?

**F. Automóviles, camionetas, botes, campers, motocicletas, ATVs?**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la G *Si son más de 3, utilice una hoja aparte.*

Dueño	¿Qué es?	Marca, tipo y modelo	¿Cuánto vale?	¿Cuánto se debe del valor?

**G. ¿Propiedad en la que usted no vive, como propiedad heredada (dividida o no dividida), propiedad fuera del estado, o una segunda casa?**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la H

¿A quién le pertenece? \_\_\_\_\_

¿Qué porción le corresponde a usted de la propiedad dividida/no dividida? (como 1/4, 1/2) \_\_\_\_\_

¿Cuál es el valor? \_\_\_\_\_

Díganos sobre la propiedad (ubicación, tamaño del lote, número de acres, los edificios en la propiedad). \_\_\_\_\_

**H. ¿Artículos del espacio de entierro como lote de cementerio, espacio para tumba, cripta, mausoleo, bóveda, ataúd, urna, nicho, marcadores de entierro, placa recordatoria, y costos de apertura/cierre de tumba no cubiertos por el contrato de entierro acordado previamente?**

Sí – Complete abajo  No – Pase a la I

¿A quién le pertenece? \_\_\_\_\_

¿Para el entierro de quién? \_\_\_\_\_ ¿Está completamente pagado?  Sí  No

¿Qué es? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el valor? \_\_\_\_\_

**I. ¿Tiene alguien un fideicomiso?**  Sí – ¿Quién? \_\_\_\_\_  No – Pase a la J

(¿Qué es un fideicomiso? – Un fideicomiso es una relación legal en la cual una persona llamada “trustee” (administrador) administra el dinero y otras posesiones para el beneficio de otra, llamada “Beneficiary” (beneficiario). El fideicomiso debe ser válido bajo las leyes del estado. El documento del fideicomiso debe especificar como se administrarán las posesiones y el dinero encomendado. Puede ser establecido a través de un testamento.)

**J. ¿Hay algún otro bien que se posee (como dinero en efectivo, acciones (stocks), bonos, bonos de ahorros, fondos mutuos (mutual funds), o cualquier otra cosa de valor)?**  Sí – Complete abajo  No – Firme en la próxima página

¿Quién lo posee? \_\_\_\_\_

¿Qué es? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el valor? \_\_\_\_\_

**Este es el final de la solicitud. Usted debe firmar en la próxima página.**

# SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

## LO QUE MEDICAID 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 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 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 son aptos para Medicaid.

**PAGOS DE GASTOS MÉDICOS POR UNA TERCERA PARTE:** Usted entiende que al aceptar Medicaid, 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 ha pagado por usted y los solicitantes.

**REPORTANDO CAMBIOS:** Usted acuerda informar a Medicaid dentro de los primeros 10 días de los siguientes cambios: 1) si alguien que recibe Medicaid se mueve fuera del estado; 2) si alguien viene o se va del hogar; 3) cambios en el lugar donde vive o recibe su correo; 4) cambios en su seguro de salud privado y las mensualidades; 5) cambios en los ingresos; 6) cambios en los bienes poseídos por cualquiera de los beneficiarios de Medicaid que son discapacitados o mayores de 65 años; y 7) si el embarazo termina.

**ENFORCE DE MANUTENCIÓN INFANTIL:** Usted comprende que Medicaid sólo enviará información de su caso a la oficina de Child Support Enforcement para que obtenga asistencia médica si usted lo solicita. Nosotros enviaremos información sólo si los padres reciben Medicaid.

## LO QUE USTED TIENE DERECHO A ESPERAR DE MEDICAID

**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 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 1349 Baton Rouge, LA 70821-1349

**OTROS SERVICIOS:** Usted entiende información sobre WIC, KIDMED, y otros servicios de Medicaid se le enviarán a las personas que reciben Medicaid.

**REGLAS DE RECUPERACIÓN DE PROPIEDAD PARA AQUELLOS QUE RECIBEN SERVICIOS DE MEDICAID COMO HOGAR DE CUIDADOS CONSTANTES, HOGAR DE GRUPO, Y SERVICIOS EN LA CASA O EN LA COMUNIDAD:**

Usted comprende que las reglas de recuperación de propiedad requieren que el departamento recupere los costos de ciertos pagos de Medicaid de la propiedad del solicitante. Estos costos incluyen el total de los pagos por servicios en la institución, cuidados de hospital, pagos a proveedores de HCBS o PACE, y medicinas recetadas recibidas a la edad de 55 años en adelante. La propiedad son los bienes poseídos al momento del fallecimiento. El departamento no reclamará la propiedad mientras que el solicitante o su esposo/a legal estén vivos. El departamento tampoco hará un reclamo si el solicitante tiene dependientes menores de 21 años de edad, ciego/a, o discapacitado. La recuperación de este dinero puede no ser realizada si no es económicamente eficaz para el departamento hacerlo, o si los herederos solicitan una excepción por falta de recursos luego del fallecimiento del solicitante. Una falta de recursos existe si la propiedad es la única fuente de recursos de los herederos, si los recursos son limitados, o si existen otras situaciones convincentes.



**USTED DEBE FIRMAR ABAJO**



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

Firma del esposo/a aquí (si está solicitando): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Si Medicaid completó esta solicitud, ellos firmarán abajo.*

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

**Comentarios del solicitante o del representante de Medicaid:**

---

---

---

---

---

La persona que hizo comentarios firme aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## 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 (si es menor de 19 años) para sus padres que viven con usted.

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 (si es menor de 19 años) de sus padres que viven con usted.

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

Comprobantes y valor de los bienes que posee, como cuentas de banco, cuentas de retiro, seguro de vida/entierro, contratos de entierro acordados previamente, o algo más. Ejemplos: estados de cuenta bancaria, pólizas de seguro, contratos de entierro, bonos de ahorro, certificados de acciones, documento de fideicomiso, documentos de sucesión

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

Orden de la corte y comprobantes de pago de manutención marital o infantil dados a personas fuera del hogar. Si se paga a través de la oficina de Support Enforcement Services de Louisiana, **no** tiene que enviar comprobantes – díganos.

Si se necesita cobertura de Medicaid para los tres meses antes de la solicitud, envíe comprobantes de ingresos para esos meses.

Si la/o han examinado en el programa de detección temprana y fue diagnosticada/o con cáncer de pecho o de cuello uterino, envíe comprobantes de los resultados.

**Por favor envíe o lleve esta solicitud y los comprobantes a su oficina local de Medicaid inmediatamente. Si no tiene todos los documentos que necesitamos, envíelos más tarde. Si necesita la dirección o el número de fax de la oficina de Medicaid más cercana, llame gratis al 1-877-252-2447, o si es sordo o tiene problemas para oír y tiene un teléfono de texto TTY, llame al 1-800-220-5404.**

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.

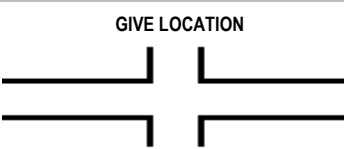
**Box 19:** Date and sign the card with your signature or mark.

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.**

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)						<b>GIVE LOCATION</b> 	
LAST		First		FULL MIDDLE OR MAIDEN			
3 RESIDENCE ADDRESS (MUST BE ADDRESS WHERE YOU CLAIM HOMESTEAD EXEMPTION, IF ANY)							
HOUSE OR APT. NO. & STREET				CITY OR TOWN		STATE ZIP	
IF NO mail delivery to residential address, check here: ( )				MAILING ADDRESS IF DIFFERENT			
4 AGE		5 DATE OF BIRTH		6 * SOCIAL SECURITY #(CIRCLE ONE)		7 SEX (CIRCLE ONE)	
		MONTH DAY YEAR		NO YES # _____		MALE FEMALE	
8 ** RACE/ ETHNIC ORIGIN (CIRCLE ONE)							
WHITE BLACK ASIAN HISPANIC AMER. INDIAN OTHER: _____							
9 PARTY AFFILIATION (CIRCLE ONE)				10 APPLICANTS'S PLACE OF BIRTH			11 MOTHERS MAIDEN NAME
DEM GRN LBT RFM REP NONE OTHER (SPECIFY) _____				CITY OR TOWN		PARISH OR COUNTY	STATE COUNTRNY
12 ** HOME PHONE			13 ** DAYTIME PHONE		14 LA DRIVERS LICENSE / I.D. #(CIRCLE ONE)		15 Will you require assistance at the polls?(CIRCLE ONE)
( )			( )		NO YES # _____		NO YES IF YES, GIVE REASON
16 LAST RESIDENCE 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							