

LOUISIANA MEDICAID

Đơn Xin Tổng Quát

Dùng đơn này cho tất cả các chương trình của Medicaid, trừ chương trình Trợ Cấp Y Tế Dài Hạn (Viện Dưỡng Lão và Phục Vụ Gia Đình và Cộng Đồng). Trợ Cấp Y Tế Dài Hạn phải dùng đơn đặc biệt khác. Để được Trợ Cấp Y Tế Dài Hạn phải điền đơn 1-L hoặc gọi 1-888-342-6207. Nếu quý vị có vấn đề về thính giác và có điện thoại nổi chữ, gọi số 1-800-220-5404.

Cách điền đơn:

1. **Điền và ký tên vào đơn này. Dùng bút mực đen.** Nếu cần thêm giấy viết câu trả lời, dùng tờ giấy khác.
2. **Thu thập hồ sơ chứng minh.** Xem hồ sơ liệt kê ở trang 8.
3. **Gửi đơn xin và hồ sơ chứng minh cho chúng tôi.** Gửi tới P.O. Box 91278, Baton Rouge, LA 70821-9278 hoặc fax đơn đến số fax miễn phí 1-877-523-2987. Quý vị có thể mang **HOẶC** fax đơn đến văn phòng Medicaid địa phương hoặc trung tâm nhận đơn. Để biết văn phòng gần nơi quý vị ở, gọi số 1-888-342-6207. Nếu quý vị có vấn đề về thính giác và có điện thoại nổi chữ, gọi số 1-800-220-5404. **Hãy gửi đơn ngay bây giờ. Chúng tôi sẽ cho quý vị thêm thời gian để bổ túc hồ sơ.**

Quý vị nói thạo ngôn ngữ nào? Anh Tây Ban Nha Việt Nam Ngôn Ngữ khác _____
Quý vị viết thạo ngôn ngữ nào? Anh Tây Ban Nha Việt Nam Ngôn Ngữ khác _____

1. Quý vị lấy đơn này ở đâu?

- Văn phòng Medicaid Bệnh viện Tiệm thuốc Văn phòng bác sĩ Bạn/Họ hàng Mạng
 Trường học Văn phòng Trợ Cấp Gia Đình (Food Stamp) Sở y tế Văn phòng Anh Sinh Xã Hội
 Sở làm Hội chợ Nơi khác: _____

2. Cho chúng tôi biết lý lịch của quý vị.

Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ Nam Nữ
Tên họ trước khi lập gia đình _____
Số An Ninh Xã Hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____
Tình trạng hôn nhân: Độc thân Lập gia đình Goá Ly dị /ly thân
Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): Trắng Đen Á Châu
 Da Đỏ hoặc người Alaska Người Mỹ La Tinh Người Hawaii hoặc người Đảo Thái Bình Dương

3. Cho chúng tôi biết cách liên lạc với quý vị.

Địa chỉ gửi thư _____ Căn hộ/lô đất _____
Thành phố _____ Tiểu bang _____ Zip _____
Địa chỉ nhà (nếu khác địa chỉ gửi thư) _____ Căn hộ/lô đất _____
Thành phố _____ Tiểu bang _____ Zip _____
Quận _____ Điện thoại nhà (_____) _____
Điện thoại di động (_____) _____ Điện thoại ban ngày (_____) _____
Địa chỉ E-mail Address _____
Ngày giờ thuận tiện để liên lạc từ 8 giờ sáng đến 4:30 _____

4. Quý vị có xin trợ cấp y tế không? Có – Điền phần dưới Không - Trả lời câu số 8

Nơi sinh? Thành phố _____ Tiểu bang _____ Quốc gia _____
Tên Mẹ (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____
Tên họ của mẹ trước khi lập gia đình _____
Quý vị có phải là công dân Hoa Kỳ? Có – Trả lời câu số 5 Không – Điền phần dưới
Quý vị có phải là thường trú nhân không? Có Không Ngày đến Hoa Kỳ. _____
Số Thẻ Thường Trú (thẻ xanh): A _____

5. Cho chúng tôi biết lý lịch những người sống chung với quý vị (trẻ em dưới 19 tuổi, cha mẹ của trẻ em, và người phối ngẫu). Không có ai sống chung – Trả lời câu số 6

A. Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ Nam Nữ
Số An Ninh Xã Hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____
Người này là: Người phối ngẫu Con Con riêng Cháu (nội/ngoại) Quan hệ khác: _____



Nếu quý vị có câu hỏi hoặc cần giúp điền đơn, gọi văn phòng Medicaid 1-888-342-6207.
Nếu quý vị có vấn đề về thính giác và có điện thoại nổi chữ, gọi số 1-800-220-5404.
SỐ ĐIỆN THOẠI TRÊN MIỄN PHÍ.

Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): Trắng Đen Á Châu
 Da Đỏ hoặc người Alaska Người Mỹ La Tinh Người Hawaii hoặc người Đảo Thái Bình Dương
Người này có xin trợ cấp y tế không? Có – Trả lời câu hỏi kế No – Trả lời phần B
Nơi sinh? Thành phố _____ Tiểu bang _____ Quốc gia _____
Tên Mẹ (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____
Tên họ của mẹ trước khi lập gia đình _____
Người này có phải là công dân Hoa Kỳ? Có – Trả lời phần B Không – Trả lời câu hỏi kế
Quý vị có phải là thường trú nhân không? Có Không Ngày đến Hoa Kỳ. _____
Số Thẻ Thường Trú (thẻ xanh): A _____

B. Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ Nam Nữ
Số An Ninh Xã Hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____
Người này là: Người phối ngẫu Con Con riêng Cháu (nội/ngoại) Quan hệ khác: _____
Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): Trắng Đen Á Châu
 Da Đỏ hoặc người Alaska Người Mỹ La Tinh Người Hawaii hoặc người Đảo Thái Bình Dương
Người này có xin trợ cấp y tế không? Có – Trả lời câu hỏi kế No – Trả lời phần C
Nơi sinh? Thành phố _____ Tiểu bang _____ Quốc gia _____
Tên Mẹ (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____
Người này có phải là công dân Hoa Kỳ? Có – Trả lời phần C Không – Trả lời câu hỏi kế
Quý vị có phải là thường trú nhân không? Có Không Ngày đến Hoa Kỳ. _____
Số Thẻ Thường Trú (thẻ xanh): A _____

C. Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ Nam Nữ
An Ninh Xã Hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____
Người này là: Người phối ngẫu Con Con riêng Cháu (nội/ngoại) Quan hệ khác: _____
Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): Trắng Đen Á Châu
 Da Đỏ hoặc người Alaska Người Mỹ La Tinh Người Hawaii hoặc người Đảo Thái Bình Dương
Người này có xin trợ cấp y tế không? Có – Trả lời câu hỏi kế No – Trả lời phần D
Nơi sinh? Thành phố _____ Tiểu bang _____ Quốc gia _____
Tên Mẹ (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____
Người này có phải là công dân Hoa Kỳ? Có – Trả lời phần D Không – Trả lời câu hỏi kế
Quý vị có phải là thường trú nhân không? Có Không Ngày đến Hoa Kỳ. _____
Số Thẻ Thường Trú (thẻ xanh): A _____

D. Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ Nam Nữ
An Ninh Xã Hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____
Người này là: Người phối ngẫu Con Con riêng Cháu (nội/ngoại) Quan hệ khác: _____
Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): Trắng Đen Á Châu
 Da Đỏ hoặc người Alaska Người Mỹ La Tinh Người Hawaii hoặc người Đảo Thái Bình Dương
Người này có xin trợ cấp y tế không? Có – Trả lời câu hỏi kế No – Trả lời **Câu hỏi số 6**
Nơi sinh? Thành phố _____ Tiểu bang _____ Quốc gia _____
Tên Mẹ (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____
Người này có phải là công dân Hoa Kỳ? Có – Trả lời **Câu số 6** Không – Trả lời câu hỏi kế
Quý vị có phải là thường trú nhân không? Có Không Ngày đến Hoa Kỳ. _____
Số Thẻ Thường Trú (thẻ xanh): A _____

6. Có ai đang xin trợ cấp có người phối ngẫu đã qua đời? Có – Điền phần dưới Không – Trả lời câu số 7

Ai có người phối ngẫu đã qua đời? _____

Cho chúng tôi biết về người đã qua đời. *Nếu nhiều hơn một người, dùng thêm tờ giấy khác.*

Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ Tên họ trước khi lập gia đình _____

Ninh Xã Hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Ngày khai tử (tháng, ngày, năm) _____ Có di chúc không? Có Không
 Cựu chiến binh? Có Không Công nhân đường sắt về hưu? Có Không
 Ly dị với người đứng đơn? Có Không
 Ngày và Quận/huyện ly dị _____

7. Có ai mang thai không? Có – Điền phần dưới Không – Trả lời câu 8

Tên người mang thai? _____ Ngày dự đoán sẽ sinh em bé _____
 Có khả năng sinh đôi hay không? Có Không

Trả lời câu số 8 cho người xin trợ cấp dưới 65 tuổi

8. Có ai bị tàn tật và đang xin trợ cấp y tế? (Câu trả lời có thể là có cho dù hiện tại họ không được lãnh tiền tàn tật từ văn phòng An Ninh Xã Hội.) Có – Điền phần dưới Không – Trả lời câu 9

A. Ai bị tàn tật? _____ Bị tàn tật từ khi nào? _____
 Xin cho biết về sự tàn tật. _____

Sự tàn tật này có bởi tai nạn? Có Không
 Họ đã xin tiền Tàn Tật (RSDI) hoặc An Ninh Xã Hội Phụ (SSI)? Có – Ngày đơn _____ Không
 Đã có quyết định? Có – Ngày có quyết định _____ Không
 Có quyết định gì? Phê chuẩn Bị từ chối
 Tình trạng sức khỏe hoặc sự tàn tật có thay đổi từ khi điền đơn với văn phòng An Ninh Xã Hội? Có Không
 Nếu có, giải thích. _____

Cho biết tên bác sĩ, bệnh viện, những nơi cung cấp phục vụ y tế của người xin trợ cấp.
Nếu cần thêm giấy viết, dùng tờ giấy khác

tên bác sĩ, bệnh viện, những nơi cung cấp phục vụ y tế	Địa chỉ và số điện thoại của nơi cung cấp phục vụ y tế

B. Sự tàn tật có phải là ung thư vú? Có – Đọc & Điền phần dưới Không – Trả lời câu hỏi 9

Louisiana’s Breast and Cervical Cancer Program (Chương Trình Chống Ung Thư Vú Bang Louisiana) dành cho **phụ nữ** đã có **thử nghiệm** ở Center for Disease Control and Prevention’s (CDC) National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program và cần được chữa trị vì ung thư vú, bao gồm tình trạng có nguy cơ bị bệnh ung thư.

Quý vị có chứng nhận của Early Detection Program screening and diagnosis? Có Không

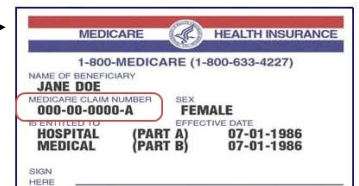
Nếu **Không**, liên lạc Louisiana’s Early Detection Program số 1-888-599-1073 để lấy chứng nhận.

Quý vị không cần phải đợi giấy chứng nhận. Điền đơn ngay bây giờ. Phải có thử nghiệm thì mới được hợp lệ cho chương trình này của Medicaid.

9. Có ai có Medicare không? *Thẻ Medicare giống như thẻ này* →

Có – Điền phần dưới không – Trả lời câu số 10

Tên _____ Số thẻ Medicare _____
 Tên _____ Số thẻ Medicare _____



10. Có ai đang điền đơn đã bị cắt Medicare? Có – Điền phần dưới Không – Trả lời câu 11

Tên _____ Số thẻ Medicare (trên thẻ Medicare) _____

11. Có ai xin chương trình này mà có bảo hiểm sức khỏe cá nhân hoặc Medicare phụ, hoặc thẻ mua thuốc Medicare? Có – Điền phần dưới Không – Trả lời câu 12

Nếu có nhiều hơn một bảo hiểm, dùng tờ giấy khác.

Ai có bảo hiểm? _____
 Tên người đứng bảo hiểm _____ Ngày bảo hiểm có hiệu lực _____

Tên hãng bảo hiểm và số điện thoại _____

Số hợp đồng bảo hiểm _____ số nhóm _____

Bảo hiểm trả : Bệnh viện Bác sĩ Thuốc Nha sĩ Xe cấp cứu Thai nghén Kế hoạch hóa

Trả bao nhiêu một tháng? _____ Bảo hiểm trên có mua qua sở làm không? Có Không

→ Nếu bảo hiểm mua qua sở làm, Medicaid có thể sẽ giúp trả cho tiền mua bảo hiểm hàng tháng qua chương trình LaHIPP. Gọi số 1-866-362-5253 hoặc vào mạng www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov để biết thêm chi tiết.

12. Nếu ai không có bảo hiểm sức khỏe cá nhân, họ có thể mua bảo hiểm sức khỏe với người khác không? Có – Điền phần dưới Không – Trả lời câu 13

Người đứng mua bảo hiểm. _____ Số điện thoại (_____) _____

13. Có ai trong gia đình đi làm? Có – Điền phần dưới Không – Trả lời câu 14

Tên của người đi làm?	Tên và số điện thoại của sở làm	Cơ sở làm riêng?	Lãnh lương bao nhiêu? (lương trước khi trừ thuế)	Bao lâu được lãnh?	Có thể mua bảo hiểm qua sở
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

14. Có người nào nhận lợi tức (tiền) từ:

- Hưu/An Ninh Xã Hội • Cấp An Ninh Xã Hội (SSI) • Cấp dưỡng cho con • Tiền nhận từ bạn/họ hàng
- Bồi thường lao động • Thất nghiệp • Hưu • Hưu công nhân đường sắt • Tiền cho mượn nhà
- Tiền lãnh hàng năm • Tiền cựu chiến binh • Cấp dưỡng cho con (tên trẻ em nhận tiền này) • Tiền tác quyền
- Khoản khác (xin cho biết)

Có – Điền phần dưới Không – Trả lời câu 15

Tên người lãnh tiền?	Nguồn lợi tức?	Lãnh bao nhiêu? \$ _____	Bao lâu lãnh một lần?	Số cựu chiến binh hoặc Số hồ sơ công nhân đường sắt:
Tên người lãnh tiền?	Nguồn lợi tức?	Lãnh bao nhiêu? \$ _____	Bao lâu lãnh một lần?	Số cựu chiến binh hoặc Số hồ sơ công nhân đường sắt:
Tên người lãnh tiền?	Nguồn lợi tức?	Lãnh bao nhiêu? \$ _____	Bao lâu lãnh một lần?	Số cựu chiến binh hoặc Số hồ sơ công nhân đường sắt:
Tên người lãnh tiền?	Nguồn lợi tức?	Lãnh bao nhiêu? \$ _____	Bao lâu lãnh một lần?	Số cựu chiến binh hoặc Số hồ sơ công nhân đường sắt:

15. Có ai đã xin lợi tức An Ninh Xã Hội hoặc tiền cựu chiến binh, nhưng chưa được nhận? Có – Điền phần dưới Không – Trả lời câu 16

Ai? _____ Xin tiền gì? _____

16. Có ai đang điền đơn xin tiền An Ninh Xã Hội phụ (SSI)?

Có – Ai? _____ Không – Trả lời câu 17

17. Có ai phải trả tiền cho việc giữ trẻ hoặc để chăm sóc người lớn bị tàn tật để quý vị đi làm hoặc đi huấn nghệ không? Có – Điền phần dưới Không – Trả lời câu 18

Tên của trẻ em hoặc người bị tàn tật cần sự chăm sóc _____

Ai trả tiền chăm sóc này? _____ trả bao nhiêu một tháng? _____

Tên của nơi giữ trẻ hoặc tên người chăm sóc trẻ _____

Địa chỉ của nơi giữ trẻ hoặc địa chỉ người chăm sóc trẻ _____

Thành phố _____ Số điện thoại (_____) _____

Có ai hoặc có chương trình nào giúp quý vị trả tiền chăm sóc này không? Có – Bao nhiêu? _____ Không

18. Có ai phải trả tiền cấp dưỡng cho con, vợ, hoặc chồng không?

Có – Điền phần dưới Không – Trả lời câu 19

Tên của người trả số tiền trên _____

Trả bao nhiêu tiền? _____ Bao lâu trả một lần? _____

19. Có trẻ em nào đang xin trợ cấp y tế cần thẻ khám bệnh cho 3 tháng trước không, vì có nợ y tế?

Có – Điền phần dưới Không – Trả lời câu 20

Nếu nhiều hơn 4, dùng thêm tờ giấy khác.

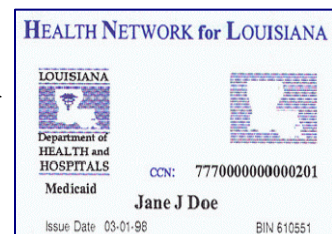
Tên, Địa chỉ, và số điện thoại của nơi cung cấp phục vụ y tế	Ai nhận phục vụ này?	Ngày nhận phục vụ	Tổng số tiền y tế	Còn nợ lại

20. Có ai đang xin trợ cấp y tế đã từng có trợ cấp y tế?

Có – Điền phần dưới Không *Thẻ Medicaid giống như thẻ này*

Nếu vẫn quý vị còn thẻ Medicaid, có thể dùng lại thẻ đó. Chúng tôi sẽ không gửi thẻ mới trừ khi quý vị yêu cầu.

Ai cần thẻ Medicaid có? _____



KHÔNG trả lời câu 21 nếu quý vị CHỈ xin trợ cấp y tế cho người mang thai hoặc trẻ em dưới 19 tuổi. Ký tên vào trang 7, và xem những hồ sơ chúng tôi cần ở trang 8.

21. Cho chúng tôi biết những sở hữu của quý vị A-J. Trả lời có hoặc không cho mỗi câu hỏi.

A. Ngân khoản và Tiền cho ngân hàng mượn (CDs)? Có – Điền phần dưới Không – Trả lời phần B

Nếu nhiều hơn 4, dùng thêm tờ giấy khác.

Tài Khoản	Ngân khoản của ai?	Tên của Ngân Hàng hoặc Công Đoàn Tín Dụng	Số Ngân Hàng	Ngân hàng có bao nhiêu?
<input type="checkbox"/> Ngân khoản <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Truong mục tiết kiệm <input type="checkbox"/> Quỹ Giáng Sinh				
<input type="checkbox"/> Ngân khoản <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Truong mục tiết kiệm <input type="checkbox"/> Quỹ Giáng Sinh				
<input type="checkbox"/> Ngân khoản <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Truong mục tiết kiệm <input type="checkbox"/> Quỹ Giáng Sinh				
<input type="checkbox"/> Ngân khoản <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Truong mục tiết kiệm <input type="checkbox"/> Quỹ Giáng Sinh				

B. Tiền lãnh hàng năm và/hoặc tiền hưu (IRA, Keogh, 401-K)? Có– Điền phần dưới Không–Trả lời phần C

Tiền/quỹ trên của ai? _____

Số ngân khoản (s) _____ Trị giá? _____

Có được nhận tiền thường xuyên? Có – Bao nhiêu \$ _____ Bao lâu lãnh? _____ Không

Nếu **không**, có tiền sẵn để được nhận không? Có Không

Có thể nhận số tiền lớn một lúc không? Có Không Không biết

C. Hộp an toàn? Có – Điền phần dưới Không – Trả lời phần D

Hộp an toàn này của ai? _____

Tên của Ngân Hàng hoặc Công Đoàn Tín Dụng _____

Trong hộp an toàn có gì? _____

Giá trị của của vật t trong hộp? _____

D. Bảo hiểm nhân thọ/chôn cất? Có – Điền phần dưới Không – Trả lời phần E

Nếu nhiều hơn 4, dùng thêm tờ giấy khác. Chúng tôi không cần biết bảo hiểm nhân thọ ngắn hạn. Nếu không chắc chắn, điền đơn.

Ai có bảo hiểm?	Người có Bảo Hiểm	Hãng Bảo Hiểm	Face Value	Số Bảo Hiểm

E. Có tiền để riêng trong trương mục ngân hàng cho việc mai táng, hợp đồng chôn cất với nhà quàn? Có – Điền phần dưới Không – Trả lời phần F *Nếu nhiều hơn 2, dùng thêm tờ giấy khác.*

Ai làm chủ?	Mai táng của ai?	Tên Ngân Hàng/Công Đoàn Tín Dụng/Tên Nhà Quàn	Trị Giá?

F. Xe, xe tải, tàu, xe dùng đi cắm trại, xe máy, ATVs? có – Điền phần dưới Không–Trả lời phần G

Nếu nhiều hơn 3, dùng thêm tờ giấy khác.

Chủ Nhân	Loại nào?	Loại, Kiểu, Năm	Trị Giá?	Còn nợ bao nhiêu?

G. Tài sản không tính nhà đang ở ví dụ như của hội môn (chia rồi hoặc chưa chia), tài sản ở bang khác, hoặc căn nhà thứ hai? Có – Điền phần dưới Không–Trả lời phần H

Tài sản thuộc về ai? _____

Của hội môn (chia rồi/chưa chia) sẽ được thừa hưởng? (ví dụ 1/4, 1/2) _____

Trị giá? _____

Cho chúng tôi biết (địa điểm, kích thước, bao nhiêu mẫu, bindinh trên miếng đất). _____

H. Những thứ liên quan đến mai táng ví dụ như huyết chôn, nghĩa trang, hầm mộ, lăng mộ, quan tài, bình đựng tro hoá táng, nơi chôn cất, bia mộ, và giá tiền đào huyết/lấp huyết không được trả trong bảo hiểm hợp đồng chôn cất? Có – Điền phần dưới Không–Trả lời phần I

Ai làm chủ? _____

Mai táng của ai? _____ Đã trả hết? Có Không

Xin cho biết chi tiết? _____

Trị giá? _____

I. Có ai có sự tín nhiệm? Có – Ai? _____ Không – Trả lời phần J

(Sự tín nhiệm là gì? – Sự tín nhiệm là một quan hệ hợp pháp trong đó người được uỷ thác giữ tiền hoặc tài sản cho người được hưởng tài sản. Sự tín nhiệm phải được hợp lệ dưới luật của tiểu bang. Hồ sơ tín nhiệm phải viết rõ sẽ dùng tiền và tài sản vào việc gì và như thế nào. Có thể được hình thành như di chúc.)

J. Có vật sở hữu nào khác (ví dụ như hiện kim, tiền cho ngân hàng mượn, tiền cho chính phủ mượn, hoặc những thứ giá trị khác)? Có – Điền phần dưới Không – Ký tên ở trang kế

Ai là chủ? _____

Loại nào? _____

Giá trị? _____

Đây là phần cuối của đơn. Quý vị phải ký tên vào đơn.

QUYỀN LỢI VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA QUÍ VỊ

NHỮNG ĐIỀU MEDICAID YÊU CẦU QUÍ VỊ

QUỐC TỊCH VÀ TÌNH TRẠNG DI TRÚ: Quý vị khai rằng quý vị là công dân Hoa Kỳ hoặc thường trú hợp pháp.

KHAI SỰ THẬT: Những thông tin quý vị khai trong đơn phải đúng và chính xác. Quý vị hiểu rằng nếu những thông tin quý vị khai không đúng HOẶC dấu không khai những gì mà quý vị phải khai để quý vị có thể nhận trợ cấp y tế, trong khi quý vị không được hợp lệ. Nếu điều này xảy ra, quý vị sẽ bị phạt theo luật pháp. Hơn thế nữa, quý vị sẽ phải hoàn trả lại số tiền văn phòng Medicaid đã trả ra cho những giấy nợ y tế của quý vị vì khai gian.

SỰ XÁC MINH THÔNG TIN: Quý vị hiểu rằng những thông tin quý vị khai về quý vị và sẽ được kiểm tra. Quý vị đồng ý sẽ giúp và cho phép văn phòng Medicaid thu thập thông tin cần thiết từ những cơ quan chính phủ, cơ sở làm, nơi cung cấp dịch vụ y tế, và những cơ quan khác.

SỐ AN NINH XÃ HỘI: Quý vị hiểu rằng số An Ninh Xã Hội chỉ dùng để xác nhận thông tin từ những cơ quan chính phủ để có quyết định chính xác về đơn xin trợ cấp của quý vị và/hoặc người xin trợ cấp y tế.

CHI PHÍ VỀ Y TẾ TRẢ BỒI CƠ QUAN TRUNG GIAN: Quý vị hiểu rằng nếu quý vị nhận trợ cấp y tế, Bộ Y Tế có quyền thu hồi tiền đã trả ra cho những dịch vụ y tế của quý vị, nếu quý vị đã được hãng bảo hiểm khác trả, hoặc nếu quý vị thắng kiện và được bồi thường.

BÁO CÁO SỰ THAY ĐỔI: Quý vị đồng ý báo cho văn phòng Medicaid biết nếu có sự thay đổi trong vòng 15 ngày về: 1) nếu quý vị dọn ra khỏi tiểu bang; 2) thay đổi về địa chỉ gửi thư hoặc địa chỉ nhà; 3) khi có người dọn vào hay dọn ra khỏi nhà; 4) thay đổi về hãng bảo hiểm sức khỏe và tiền đóng mua bảo hiểm hàng tháng; 5) thay đổi về lợi tức, và 6) thay đổi quyền ss ở h ữ u c ủa nh ữ ng người đang nhận Medicaid vì tàn tật hoặc trên 64 tuổi.

ĐIỀU LUẬT VỀ SỰ CẤP DƯỠNG CHO TRẺ: Quý vị hiểu rằng văn phòng Medicaid chỉ gửi hồ sơ đến cơ quan Child Support Enforcement để được giúp về vấn đề y tế nếu được quý vị yêu cầu. Chúng tôi sẽ phải giới thiệu quý vị đến văn phòng Child Support Enforcement nếu quý vị nhận trợ cấp y tế

NHỮNG QUYỀN LỢI VÀ YÊU CẦU CỦA TÔI

SỰ GIẢI THÍCH CÔNG BẰNG: Quý vị có thể yêu cầu một cuộc giải thích nếu quý vị cho rằng sự quyết định về đơn xin trợ cấp y tế của quý vị không công bằng, không chính xác, hoặc có quyết định quá trễ.

KHÔNG PHÂN BIỆT: Quý vị hiểu rằng văn phòng Medicaid không thể phân biệt chủng tộc, màu da, giới tính, tật nguyền, tôn giáo, quốc gia, chính trị. Nếu quý vị nghĩ đã bị đối xử như trên, quý vị có thể liên lạc U.S.DHHS Regional Office for Civil Rights in Dallas, TX at 1-800-368-1019 hoặc viết thư tới văn phòng Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources at P. O. Box 4818 Baton Rouge, LA 70821-4818.

NHỮNG PHỤ VỤ KHÁC: Quý vị hiểu rằng thông tin về chương trình phiếu sữa (WIC), phục vụ y tế cho trẻ em (KIDMED), và những phục vụ khác của y tế sẽ được gửi đến cho người được nhận trợ cấp y tế.

LUẬT THU HỒI BẤT ĐỘNG SẢN CỦA NHỮNG NGƯỜI NHẬN TRỢ CẤP Y TẾ TỪ VIỆN DƯỠNG LÃO, NHÓM NHÀ VÀ DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG: Quý vị hiểu rằng luật thu hồi bất động sản yêu cầu bộ y tế thu hồi khoản tiền nhất định từ những bất động của người xin trợ cấp. Khoản tiền này bao gồm tiền trả cho những nơi cung cấp phục vụ y tế, bệnh viện, số tiền trả cho HCBS or PACE và tiền mua thuốc theo toa của bệnh nhân trên 55 tuổi. Bất động sản là những vật sở hữu của người quá cố. Bộ y tế sẽ không tiến hành đòi bất động sản nếu người xin trợ cấp hoặc người phối ngẫu của người quá cố vẫn còn sống. Bộ y tế sẽ không tiến hành đòi bất động sản nếu người quá cố có con dưới 21 tuổi, mù, hoặc bị tàn tật. Sự thu hồi sẽ không được tiến hành nếu số tiền thu lại không đáng kể, hoặc nếu người thừa kế xin giúp vì gặp khó khăn sau khi người xin trợ cấp qua đời. Sự khó khăn có thể tồn tại nếu bất động sản đó là lợi tức duy nhất của người thừa kế, nếu lợi tức đó bị giới hạn, hoặc có lý do chính đáng.



QUÍ VỊ PHẢI KÝ TÊN Ở DƯỚI



Ký tên: _____ Ngày _____

Người phối ngẫu ký tên (nếu xin trợ cấp): _____ Ngày _____

Nếu nhân viên văn phòng Medicaid điền đơn này, họ sẽ ký tên ở dưới.

Date _____

Chú thích của người xin trợ cấp hoặc nhân viên Medicaid:

Người có chú thích ký tên ở đây: _____ Ngày: _____

Gửi cho chúng tôi những hồ sơ này

Bản sao thẻ bảo hiểm cá nhân (mặt trước và mặt sau)

Nếu quý vị **không phải** là công dân Hoa Kỳ, thì gửi bản sao thẻ Thường Trú (thẻ xanh) hoặc những đơn từ sở Di Trú.

Nếu quý vị **không sinh** ở Louisiana VÀ quý chưa bao giờ nhận trợ cấp An Ninh Xã Hội hoặc An Ninh Xã Hội phụ (SSI), hoặc Medicare, gửi chứng nhận công dân Hoa Kỳ như giấy khai sinh, giấy chứng nhận ngày sinh do bệnh viện cấp, hộ Chiếu Hoa Kỳ, hoặc giấy nhận con nuôi. **Nếu quý vị không có những hồ sơ này, hỏi chúng tôi để biết quý vị có thể dùng hồ sơ nào thay thế.**

Cuống lương của tháng trước có số tiền lương (trước khi trừ thuế) hoặc giấy chứng nhận của chủ sở làm. Nếu quý vị có cơ sở làm riêng, gửi bản sao của thuế liên bang và những đơn thuế liệt kê (schedule) – của quý vị, người phối ngẫu, và (nếu quý vị dưới 19 tuổi) của cha mẹ sống chung trong nhà.

Chứng nhận lợi tức (trước khi trừ thuế) từ lợi tức cựu quân nhân, tiền bồi thường lao động, tiền cấp dưỡng vợ/chồng, và những lợi tức khác không phải từ việc làm. Chứng nhận có thể là thư báo được nhận tiền và đơn 1099 của năm trước – của quý vị, người phối ngẫu, và (nếu quý vị dưới 19 tuổi) của cha mẹ sống chung trong nhà.

Chứng nhận từ bạn bè hoặc họ hàng, nếu người này cung cấp tiền cho quý vị, người phối ngẫu, và con quý vị

Chứng nhận và giá trị của những thứ như trương mục ngân hàng, quỹ hưu trí, bảo hiểm nhân thọ, bảo hiểm mai táng và những thứ khác. Ví dụ: giấy nhà băng, hợp đồng bảo hiểm, hợp đồng mai táng, tiền cho chính phủ mượn, cổ phiếu, những tài sản được thừa kế

Chứng nhận từ nhà trẻ nếu trả tiền gửi trẻ. Chứng nhận số tiền trả để chăm sóc người bị tàn tật.

Chứng nhận của toà án buộc và số tiền phải cấp dưỡng cho vợ/chồng hoặc con không ở chung một nhà. **Nếu trả qua văn phòng Louisiana Support Enforcement Services (SES), Quý vị không phải gửi chứng minh – cho chúng tôi biết.**

Nếu xin trợ cấp y tế cho ba tháng trước ngày quý vị điền đơn điền đơn, gửi chứng nhận lợi tức cho những tháng quý vị muốn xin.

Nếu quý vị đã có thử nghiệm qua chương trình Early Detection Program & bị chuẩn đoán bị ung thư vú, gửi chứng nhận của kết quả thử nghiệm.

Làm ơn gửi đơn và hồ sơ chứng minh đến văn phòng Medicaid địa phương ngay. Nếu quý vị không có những hồ sơ chúng tôi cần, có thể bỏ túc sau. Để biết văn phòng gần nơi quý vị ở hoặc số fax, gọi số 1-888-342-6207. Nếu quý vị có vấn đề về thính giác và có điện thoại nổi chữ, gọi số 1-800-220-5404.

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

AVOUELLES

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.

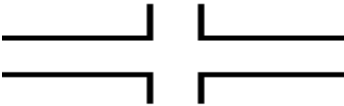
Box 19: Date and sign the card with your signature or mark.

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							