



Programa Medicaid de Louisiana

Solicitud para Local de Asistencia por Largo Tiempo

Fecha de la primera solicitud _____

Para empezar el proceso de solicitud para local de asistencia por largo tiempo O para obtener información acerca del HCBS, llame gratis al 1+877-456-1146 de lunes a viernes entre las 7:00 a.m. y 7:00 p.m. Hora Centro, o llame al número TTY 1+877-456-1172 si tiene dificultades para oír.

¿Qué idioma habla mejor? Inglés Español Vietnamés Otro (especificar) _____
¿Qué idioma escribe mejor? Inglés Español Vietnamés Otro (especificar) _____

Si usted no habla Inglés, le proveemos un traductor sin costo alguno

1. Díganos acerca de la persona que necesita local de asistencia por largo tiempo.

Nombre (Primer nombre, Inicial del segundo, Apellido de soltera, Apellido) _____

Seguro Social # _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo Masculino Femenino

Raza^① _____ Estado Marital^② _____ ¿Ciudadano de E. U.? Sí No

¿Residente de Louisiana? Sí No

^①Usted no está obligado a dar información sobre su raza; si lo hace, use los siguientes códigos: A (asiático), B (Negro), H (Hispano), I (Indio Americano), o W (Blanco).

^②Use estos códigos para el estado marital: S (Soltero), M (Casado), D (Divorciado) o W (Viudo)

¿Veterano? Sí No Si es, Reclamo VA # _____ Retiro del Ferrocarril # _____

Lugar donde recibe su correo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Lugar donde vive _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Condado _____ Teléfono en su casa # () _____ Teléfono en el trabajo # () _____

2. ¿Es usted el responsable de manejar los asuntos personales del solicitante? Sí No Si es usted, dénos la siguiente información:

Su nombre _____ Teléfono durante el día # () _____

Lugar donde recibe su correo _____

Relación con el solicitante _____

Si **No** es usted, ¿Hay **alguien** responsable de los asuntos personales del solicitante? Sí No Si hay alguien, dénos la siguiente información sobre la persona responsable.

Nombre _____ Teléfono durante el día # () _____

Lugar donde recibe el correo _____

Relación con el solicitante _____

3. ¿A qué dirección debemos enviar la correspondencia del solicitante? _____

4. ¿Cuál es el estado del **actual** local del solicitante?
 vive en el local
 Nombre del Local _____ Fecha que entró _____

Planes de entrar a un local
 Nombre del Local _____ Cuándo _____

5. Si esta persona está capacitada para dejar el local, ¿Dónde viviría? _____

6. ¿Se movió el solicitante de otro Estado para Louisiana? Sí No Si es afirmativo, ¿Cuándo? _____
 ¿Tiene él o ella la intención de permanecer en Louisiana? Sí No

7. ¿Tiene el solicitante viviendo en su casa al cónyuge legal y/o algún hijo menor de 18 años?
 Sí No Si tiene, dénos la siguiente información acerca de estos dependientes. Los números de Seguro Social del cónyuge o hijos sólo serán usados para verificar ingresos. Si usted no nos da estos números, no afectará la elegibilidad del solicitante para Medicaid. Afectará la cantidad que él o ella tiene que pagar por el costo del local de asistencia.

Nombre (Primero, Inicial del segundo, Apellido)	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento			Ciudadano de E. U. (Sí o No)	Relación con el Solicitante
		mes	día	año		
						Cónyuge

Dénos la siguiente información acerca del cónyuge del solicitante que vive en la casa, si es aplicable. Reclamo SS # _____ Reclamo VA# _____ Retiro del Ferrocarril # _____
 ¿Desea el solicitante dar parte de su ingreso a su cónyuge y/o a sus hijos menores de 18 años?
 Sí No

8. ¿Ha estado casado el solicitante con alguien más que no sea la persona mencionada en el inciso 7?
 Sí No Si es afirmativo, dénos la siguiente información.

Nombre _____ Seguro Social # _____

Fecha de Nacimiento _____ Reclamo SS # _____

Reclamo VA # _____ Retiro del Ferrocarril # _____

¿Estaba el solicitante divorciado de esta persona? Sí No Si estaba, dénos la fecha y lugar del divorcio _____

¿Ha fallecido este cónyuge? Sí No Si es afirmativo, dénos la fecha de fallecimiento _____

Ingreso no ganado es dinero recibido de fuentes como SSA, pensiones, retiro, beneficios para Veteranos, ingresos por intereses y efectivo recibido de amigos y parientes.

9. ¿Recibe el solicitante, su cónyuge o algún hijo menor de 18 años **ALGÚN** otro dinero como los que se mencionan? Sí No Si se recibe, dénos la siguiente información por CADA persona. Escriba la cantidad del ingreso antes de toda deducción. (Si necesita, use una hoja adicional)

Fuente de Ingreso	Nombre, Dirección y Teléfono de la Fuente	¿Quién recibe el dinero?	Cantidad
Seguro Social /SSI			\$
			\$
Beneficios para Veteranos			\$
Retiro del Ferrocarril			\$
Retiro/Pensión/A anualidad			\$
			\$
A anualidad de la Hipoteca Inversa			\$
Interés/Dividendos/Regalías			\$
Renta de Propiedad			\$
Otros (especificar)			\$

Este ingreso es depositado depósito directo o hecho efectivo en _____

10. ¿Ha aplicado el solicitante, su cónyuge, o algún hijo menor de 18 años a alguna de las fuentes mencionadas en inciso 9, pero todavía no ha recibido dinero? Sí No Si ha aplicado, ¿Quién y a qué fuente aplicó? _____

Ingreso ganado es dinero recibido por trabajo.

11. ¿Trabaja el solicitante, su cónyuge o algún hijo menor de 18 años? Sí No
 ¿Trabaja el solicitante o su cónyuge en su propio negocio? Sí No Si contesta afirmativo a cualquiera de estas dos preguntas, dénos la siguiente información por CADA persona empleada. Anote ingresos antes de las deducciones, **NO** del neto recibido.

Nombre de la Persona que trabaja	Nombre, Dirección y Teléfono de la Persona o Compañía para la que trabaja, O Información del Negocio Propio	Salario por Hora	Horas Trabajadas por semana	Frecuencia de los pagos
		\$		
		\$		

Este ingreso es depositado depósito directo o hecho efectivo en _____.

12. ¿Recibió o recibirá el solicitante o su cónyuge alguna suma total de dinero como de algún seguro, un juicio, una herencia o un pago retroactivo del Seguro Social? Sí No
 Si la respuesta es **Sí**, ¿Quién? _____ Cantidad \$ _____ ¿Cuándo? _____
 ¿De quién? _____ ¿Por qué razón? _____

Nombre, dirección y teléfono del Abogado (si es aplicable) _____

Las preguntas 13 al 20 son acerca de los bienes o recursos del solicitante Y/O de su cónyuge. Marque la casilla Sí (☐) contigua a cada punto que el solicitante, su cónyuge, o ambos tienen acceso o les pertenece. Complete toda la información por cada punto que ha marcado Sí (☐) en la casilla. Dé el mejor estimado del valor de cada artículo. Marque la casilla No (☐) por cada recurso que el solicitante o el cónyuge no tienen acceso o no les pertenece.

Recursos financieros y bienes incluye cuentas de cheque, de ahorro, y en cooperativas, acciones, bonos, certificados de depósito, cuentas en la bolsa de valores, pagarés y cajas de seguridad. Pueden ser cuentas individuales o mancomunadas. Usaremos el balance del PRIMER MOMENTO DEL PRIMER DÍA DEL MES como el valor del bien.

13. ¿A cuál de los siguientes recursos financieros o bienes tiene acceso el solicitante o su cónyuge, o les pertenece?

Cuenta(s) de Cheque ☐ Sí ☐ No (Si necesita, use una hoja adicional.)

(a) Nombre(s) en la cuenta _____

Nombre y dirección del banco o la institución financiera _____

Cuenta Número _____ Saldo \$ _____

(b) Nombre(s) en la cuenta _____

Nombre y dirección del banco o la institución financiera _____

Cuenta Número _____ Saldo \$ _____

Cuenta(s) de ahorro ☐ Sí ☐ No (Si necesita, use una hoja adicional.)

(a) Nombre(s) en la cuenta _____

Nombre y dirección del banco o la institución financiera _____

Cuenta Número _____ Saldo \$ _____

(b) Nombre(s) en la cuenta _____

Nombre y dirección del banco o la institución financiera _____

Cuenta Número _____ Saldo \$ _____

Certificado(s) de Depósito ☐ Sí ☐ No (Si necesita, use una hoja adicional.)

Nombre(s) del dueño(s) _____

Nombre y dirección del banco o la institución financiera _____

Cuenta Número _____ Saldo \$ _____

Acciones/Bonos Sí No (Si necesita, use una hoja adicional.)

Nombre(s) del dueño(s) _____

Descripción _____

Número de la cuenta(s) _____ Valor \$ _____

Cuentas de Anualidades/Retiro Sí No (Si necesita, use una hoja adicional.)

Nombre(s) del dueño(s)/Receptor(es) _____

Nombre de la cuenta financiera _____

¿Se están recibiendo pagos periódicos actualmente? Sí No

Si se reciben, ¿Cuál es la cantidad del pago? \$ _____

¿Con qué frecuencia se reciben? _____

Si **No** se reciben, ¿Están disponibles estos pagos? Sí No

¿Se pueden sacar estos fondos en una cantidad única? Sí No

Número(s) de la cuenta _____ Valor \$ _____

Cuentas de IRA/Jubilación Sí No (Si necesita, use una hoja adicional.)

Nombre(s) en la cuenta _____

Nombre de la institución financiera _____

Número(s) de la Cuenta _____ Valor \$ _____

Caja(s) de seguridad Sí No

Nombre(s) del dueño(s) _____

Nombre y dirección del banco o de la institución financiera _____

Contenido _____ Valor \$ _____

Otro (especificar) _____ Sí No (Si necesita, use una hoja adicional.)

Nombre(s) en la cuenta _____

Número(s) de la cuenta _____ Valor \$ _____

¿Está el nombre del solicitante o de su cónyuge en la cuenta bancaria de alguien más?

Sí No ¿Tiene alguien más una cuenta que contenga dinero que pertenece al solicitante o a su cónyuge? Sí No Si alguna de estas preguntas es afirmativa, dé la siguiente información.

- ¿Qué nombre aparece en la cuenta? _____
- ¿A quién pertenece la cuenta realmente? _____
- ¿Cuál es el nombre del banco o de la institución financiera? _____
- ¿Cuál es el número de la cuenta? _____
- ¿Cuánto dinero hay en esta cuenta? \$ _____
- ¿Cuánto pertenece al solicitante o a su cónyuge? _____

La propiedad que está en Fideicomiso PUEDE o PUEDE NO ser considerada como un recurso, dependiendo de las características del fideicomiso.

14. ¿Han creado alguna vez el solicitante o su cónyuge un fideicomiso, puesto algún artículo en fideicomiso, o es alguno de ellos el beneficiario de un fideicomiso? Sí No Si es afirmativo, dénos la siguiente información.

- Fecha que fue creado el fideicomiso _____
- ¿Puede ser revocado el fideicomiso? Sí No
- ¿Fue establecido el fideicomiso por Ultima Voluntad y Testamento? Sí No
- ¿Fue establecido el fideicomiso por una persona incapacitada menor de 65 años? Sí No
- ¿Quién creó el fideicomiso? _____
- ¿La propiedad o el dinero de quién fue usado para establecer el fideicomiso? _____
- Dé una descripción general del contenido del fideicomiso _____

- ¿Quién es el beneficiario del ingreso? _____
- ¿Quién es el beneficiario principal? _____
- ¿Quién es el fideicomisario? _____

Bienes para entierro PUEDEN o PUEDEN NO ser considerados como un recurso. Generalmente pueden ser excluidos lotes o espacios para entierro, arreglos irrevocables para entierro o fondos designados para entierro hasta por \$1,500.00.

15. ¿Tiene el solicitante o su cónyuge acuerdos o contratos para entierro? Sí No Si tiene, dénos la siguiente información.

- ¿Con quién? _____
- ¿Cómo han sido (fueron) financiados? Efectivo Seguro de vida Ambos
- ¿Está el contrato pagado completamente? Sí No
- ¿Pueden ser revocados estos contratos o arreglos? Sí No
- ¿Qué servicios o artículos son cubiertos? _____

¿Tiene el solicitando o su cónyuge fondos reservados para entierro? Sí No Si tiene, dénos la siguiente información.

- ¿Qué ha sido reservado? _____

- ¿Quién es el propietario del fondo para entierro? _____
- ¿Para el entierro de quién está destinado el fondo? _____
- ¿Cuándo fue reservado el fondo? _____
- ¿Cuál es el valor del fondo? \$ _____

¿Tiene el solicitante o su cónyuge algo disponible para entierro como lote/parcela en el cementerio, fosa, cripta, mausoleo, tumba, ataúd, urna, nicho u otros depósitos, lápida y gastos para abrir y cerrar la fosa? Sí No Si tiene, dénos la siguiente información.

Artículo	Nombre del propietario	Fecha que se compró o se reservó	Valor Actual	¿Para el entierro de quién?	Relación con el solicitante (cónyuge, hijo, etc.)
			\$		
			\$		

¿Están pagadas totalmente todas las compras para entierro? Sí No Si contestó **No**,
 ¿Cuáles compras son contratos a plazo? _____

Generalmente, el valor del efectivo cedido de las pólizas de seguro de vida con el valor nominal combinado que es mayor de \$1500.00, es contado como recurso.

16. ¿Tiene el solicitante o su cónyuge algún otro seguro de vida o de entierro que no se mencionó arriba? Sí No Si tiene, dénos la siguiente información.

Nombre del Asegurado	Dueño de la Póliza	Nombre y Dirección de la Compañía de Seguros y	Póliza #	Valor Nominal	Valor Efectivo
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

Usualmente, un vehículo puede ser excluido si es usado para actividades diarias, para ir a trabajar, para obtener tratamiento médico regular, o si está equipado para uso de una persona inválida.

17. ¿Posee el solicitante o su cónyuge carros, camiones, motocicletas, botes, campers, ATVs, u otros vehículos para recreación? Sí No Si posee, dénos la siguiente información.

Marca/Modelo/Año	Nombre del Propietario	Uso	Valor	Cantidad Letra de pago
			\$	
			\$	

La casa de una persona (y la tierra donde está) generalmente no cuenta en los límites de recursos - no importa cuanto sea el valor. La pertenencia de un interés por una herencia o propiedad testamentaria, usualmente es considerada para ser contada como recurso, aunque la propiedad NO HAYA sido dividida o no se haya abierto la sucesión.

18. ¿La **casa** donde viven el solicitante y su cónyuge, les pertenece o la están pagando? Sí No Si es afirmativo, dénos la siguiente información.

Dé la dirección o ubicación y describa la propiedad, incluyendo tamaño del lote y cualquier estructura o construcción en la propiedad _____

19. ¿El solicitante o su cónyuge poseen alguna **otra** propiedad, tales como, casa de campo vacacional, propiedad en renta, acres o propiedades en otro estado? Sí No ¿Tiene alguno de ellos parte en alguna herencia o propiedad testamentaria? Sí No Si alguna respuesta es sí, dé la siguiente información.

Dé la dirección o ubicación y describa la propiedad, incluyendo tamaño del lote y cualquier estructura o construcción en la propiedad _____

Nombre(s) de la propiedad (si es aplicable) _____

Nombre(s) de todos los dueños de la propiedad _____

Valor de la propiedad \$ _____ Cantidad que se debe de la propiedad \$ _____

Un bien que ha sido regalado o vendido por el solicitante o su cónyuge por MENOS de su valor puede hacer inelegible al solicitante para pagos del local.

20. ¿Alguna vez el solicitante o su cónyuge, o alguien actuando en nombre de ellos ha regalado, vendido o traspasado en escritura algún bien o propiedad? Sí No Si se ha hecho, dénos la siguiente información.

• ¿Qué se regaló, vendió o traspasó en escritura? _____

• ¿Cuándo se regaló, vendió o traspasó en escritura? _____

• Si fue una transferencia real de propiedad, ¿Cuándo y dónde fue registrado? _____

• Nombre y relación con la persona que obtuvo el artículo(s) _____

• ¿Cuál era el valor del artículo(s) \$ _____

• ¿Qué recibió el solicitante o su cónyuge a cambio? _____

• ¿Dónde está lo que se recibió a cambio? _____

• ¿Por qué se regaló, vendió o traspasó en escritura? _____

21. Si el solicitante es MENOR DE 65 AÑOS, ¿Tiene alguna incapacidad? Sí No Si la tiene, díganos en que consiste _____
 _____ ¿Cuándo comenzó? _____
 Díganos acerca de doctores, hospitales u otros proveedores médicos que lo asisten.

Nombre del Doctor, Hospital u otros Proveedores Médicos	Dirección y Teléfono del Proveedor

¿Alguna vez esta persona ha aplicado al Seguro Social por Incapacidad o a beneficios de Seguro Social Suplementario (SSI)? Sí No Si ha aplicado ¿Han tomado alguna decisión? Sí No

22. ¿Está cubierto el solicitante por Medicare? Sí No Si está cubierto, Reclamo Medicare # _____ . Incluye Parte A; Parte B.
23. ¿Tiene esta persona otro seguro de salud, incluyendo suplementos Medicare, que cubra consultas médicas y hospital? Sí No Si tiene, dénos la siguiente información.

Nombre, Dirección y Teléfono de la Compañía de Seguros	Grupo/Póliza #	Costo Mensual	Persona(s) Cubierta
		\$	
		\$	

24. ¿Desea aplicar el solicitante a cobertura Medicaid por asistencia o servicios médicos recibidos durante los **últimos tres meses**? Sí No Si desea aplicar, ¿Para qué meses? _____
 _____. Díganos acerca de los servicios médicos que recibió durante este tiempo.

Nombre, Dirección y Teléfono del Proveedor Médico	Fecha del Servicio	Costo Total del Servicio	Balance no Pagado
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

25. ¿Tiene el solicitante o algún dependiente facturas NO PAGADAS por asistencia o servicios médicos recibidos que no están en el inciso 24? Sí No Si tiene, ¿Cuáles son estos servicios?

Nombre, Dirección y Teléfono del Proveedor Médico	¿Quién recibió esta Asistencia?	Fecha del Servicio	Costo Total del Servicio	Balance no Pagado

26. ¿Alguna vez el solicitante ha recibido Medicaid de Louisiana? Sí No Si ha recibido,
 ¿Necesita renovar su tarjeta Medicaid? Sí No

Derechos y Responsabilidades

- ★ Declaro que el solicitante es ciudadano de E. U. o está legalmente en el país.
- ★ La información dada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento. Me doy cuenta que, si sabiendo doy información que no es verdadera O es incompleta y el solicitante obtiene beneficios para los cuales no es elegible, podemos ser penados legalmente por fraude y ser obligados a pagar a Medicaid por cualquier pago hecho incorrectamente.
- ★ Entiendo que la información que doy acerca de la situación del solicitante, será verificada. Acuerdo ayudar a hacerlo y a que Medicaid obtenga la información que necesita de agencias de gobierno, empleadores, proveedores médicos y de otras fuentes.
- ★ Sé que los números de Seguro Social sólo serán usados para obtener información en otras agencias de gobierno acerca de los ingresos, como del Servicio Interno de Ingresos, para probar la elegibilidad.
- ★ Entiendo que al aceptar Medicaid, El Departamento del Salud y Hospitales tiene el derecho a cualquier ayuda o pago médico de terceras personas que sean legalmente responsables de hacerlos por servicios médicos recibidos por el solicitante. Estoy de acuerdo en que se revele cualquier información médica que necesite el Programa Medicaid u otros programas con el propósito de pagar o recibir pagos de facturas médicas del solicitante. Estoy informado que este es un requisito para obtener cobertura. Acuerdo colaborar para obtener ayuda de cualquier persona que legalmente sea responsable de proveerla.
- ★ Entiendo que las reglas de Recuperación Testamentaria requieren que el DHH recupere de los bienes testamentarios del solicitante, el costo de ciertos pagos hechos por Medicaid. Estos costos incluyen la cantidad total de pagos por servicios de local, hospital y recetas médicas recibidos a la edad de 55 años o mayor. Los bienes testamentarios es lo que se posee a la fecha de la muerte. El DHH no hará reclamos sobre la propiedad mientras el solicitante o su cónyuge esté vivo. El DHH tampoco hará reclamos si el solicitante tiene un hijo dependiente que sea menor de 21 años, ciego o incapacitado. El reclamo puede no hacerse si no es costo efectivo para el DHH hacerlo así, O si la herencia se necesita para solventar alguna dificultad después de la muerte del solicitante. Una dificultad puede existir si la propiedad testamentaria es la única fuente de ingreso de los herederos, si ese ingreso es limitado, o si hay otras circunstancias apremiantes.
- ★ Acordamos informar a Medicaid dentro de los primeros 10 días si: hay cambios en los recursos e ingresos del solicitante o de su cónyuge; cambios en la cobertura o en las primas del seguro de salud; y cambios en el lugar donde vivimos o recibimos el correo.
- ★ Podemos apelar si creemos que la decisión tomada en nuestro caso es injusta, incorrecta o tardada.
- ★ Medicaid no puede discriminar por razones de raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si creemos que lo han hecho, podemos llamar a la Oficina Regional para los Derechos Civiles en Dallas, TX al 1+800+368-1019 ó escribir a: Department of Health & Hospitals, Human Resources, P. O. Box 1349 Baton Rouge, LA 70821-1349.

 Firma del Solicitante o Representante Autorizado

 Fecha

 Firma del Cónyuge, si es aplicable

 Fecha

Si se ha firmado con "X"

 Firma de Testigo Firma

 de Testigo

 Firma del Representante/Contratista de la Agencia

 Fecha

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.

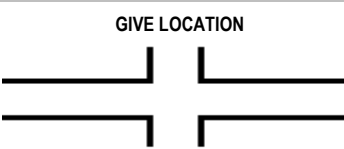
Box 19: Date and sign the card with your signature or mark.

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)						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							