



# Louisiana Medicaid Program

## Đơn Xin Sự Chăm Sóc Dài Hạn

Ngày lần đầu xin đơn \_\_\_\_\_

Để bắt đầu tiến hành điền đơn cho việc chăm sóc dài hạn HOẶC chi tiết về HCBS, gọi chúng tôi số miễn phí tại số 1+877+456-1146 từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 7:00 giờ sáng đến 7:00 giờ tối giờ trung ương, hay gọi TTY tại số 1-877-456-1172 nếu quý vị bị lãng tai.

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 \_\_\_\_\_

Chúng tôi có thể giới thiệu người thông dịch miễn phí cho quý vị nếu quý vị không nói được tiếng Anh

1. Hãy cho chúng tôi biết về người cần sự chăm sóc dài hạn.

Tên (Tên gọi, Tên đệm viết tắt, Tên họ lúc chưa có chồng, Họ) \_\_\_\_\_

Số An Ninh Xã Hội # \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Phái Tính  Nam  Nữ

Chủng tộc<sup>①</sup> \_\_\_\_\_ Tình Trạng Hôn Nhân <sup>②</sup> \_\_\_\_\_ Công dân Mỹ?  Có  Không Cư Dân của Louisiana?  Có  Không

<sup>①</sup>Không cần cho biết về chủng tộc. Nếu quý vị muốn cho biết, dùng quy tắc sau đây: A (Á Đông), B (Đen), H (Tây Ban Nha), I (Mỹ Da Đỏ), hay W (Trắng).

<sup>②</sup>Dùng quy tắc cho tình trạng hôn nhân: S (Độc Thân), M (Kết Hôn), D (Ly Dị), or W (Góa phụ).

Cựu Quân Nhân?  Có  Không Nếu **Có**, Số khai thác# \_\_\_\_\_ Hưu Trí Đường Xe Lửa# \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu Bang \_\_\_\_\_ Số Vùng \_\_\_\_\_

Địa chỉ nhà \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu Bang \_\_\_\_\_ Số Vùng \_\_\_\_\_

Quận \_\_\_\_\_ Số điện thoại nhà# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Số điện thoại ban ngày# (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2. Có phải quý vị là người chịu trách nhiệm lo về công việc của người xin đơn?  Có  Không Nếu **Có**, xin cho chúng tôi biết về **quý vị**.

Tên \_\_\_\_\_ Số điện thoại ban ngày # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư \_\_\_\_\_

Sự liên hệ với người xin đơn \_\_\_\_\_

Nếu **Không**, có **ai khác** chịu trách nhiệm lo về công việc của người xin đơn?  Có  Không Nếu **Có**, cho chúng tôi biết về người chịu trách nhiệm.

Tên \_\_\_\_\_ Số điện thoại ban ngày # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư \_\_\_\_\_

Sự liên hệ với người xin đơn \_\_\_\_\_

3. Chúng tôi nên gửi thư của người xin đơn tới địa chỉ nào? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Tình trạng cư xá (dưỡng lão) **hiện tại** của người xin đơn là gì?

đang ở trong cư xá

Tên của cư xá \_\_\_\_\_ Ngày đi vào \_\_\_\_\_

dự định muốn vào cư xá

Tên của cư xá \_\_\_\_\_ Ngày đi vào \_\_\_\_\_

5. Nếu người xin đơn có thể rời khỏi cư xá này, họ sẽ ở đâu? \_\_\_\_\_

6. Người xin đơn có phải di chuyển tới Louisiana từ tiểu bang khác?  Có  Không Nếu **Có**, khi nào? \_\_\_\_\_ Họ có dự định ở lại Louisiana?  Có  Không

7. Người xin đơn có vợ hoặc chồng hợp pháp đang cư ngụ cùng nhà và/hoặc với con trẻ dưới 18 tuổi?  Có  Không Nếu **Có**, xin cho chúng tôi biết về những người phụ thuộc. Số An Ninh Xã Hội của vợ/chồng chỉ được dùng để kiểm tra lợi tức mà thôi. Nếu quý vị không cho số An Ninh Xã Hội, điều này sẽ không quan hệ với sự hợp lệ của Medicaid của người xin đơn. Điều này chỉ quan hệ với bao nhiêu người xin đơn phải trả cho cư xá chăm sóc.

Tên (Tên gọi, Tên đệm viết tắt, Họ)	Số An Ninh Xã Hội #	Ngày sinh			Công dân Mỹ (Có hay Không)	Liên hệ với người xin đơn
		Tháng	Ngày	Năm		
						vợ/chồng

Hãy cho chúng tôi biết về người vợ/chồng đang cư ngụ cùng nhà, nếu có.

Số khai thác An Ninh Xã Hội # \_\_\_\_\_ Số khai thác Cựu Quân Nhân# \_\_\_\_\_

Hưu Trí Đường Xe Lửa # \_\_\_\_\_

Người xin đơn có muốn một phần tiền thu nhập của họ cho vợ/chồng và/hoặc con trẻ dưới 18 tuổi?  Có  Không

8. Người xin đơn đã từng kết hôn với người khác **ngoại trừ** người vợ/chồng ghi trong câu hỏi số 7?  Có  Không Nếu **Có**, cho chúng tôi chi tiết sau đây.

Tên \_\_\_\_\_ Số An Ninh Xã Hội # \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Số Khai Thác của An Ninh Xã Hội # \_\_\_\_\_

Số Khai Thác của Cựu Quân Nhân # \_\_\_\_\_ Hưu Trí Đường Xe Lửa # \_\_\_\_\_

Người xin đơn có từng ly dị với người vợ/chồng này?  Có  Không Nếu **Có**, cho chúng tôi ngày và ở quận của sự ly dị. \_\_\_\_\_

Người vợ/chồng này qua đời chưa?  Có  Không Nếu **Có**, cho chúng tôi biết ngày khai tử \_\_\_\_\_

**Lợi tức không do lương bổng là tiền nhận từ An Ninh Xã Hội, hưu dưỡng, hưu trí, lợi tức cựu quân nhân, tiền lì xì, và tiền nhận từ bạn bè và họ hàng.**

9. Người xin đơn, vợ/chồng hợp pháp, hay con trẻ dưới 18 tuổi có nhận **BẤT CỨ** khoản tiền nào khác, như các loại ghi dưới đây?  Có  Không Nếu **Có**, xin cho chúng tôi biết chi tiết về **MỖI** người. Ghi rõ lợi tức trước khi trừ các khoản, không phải tiền lãnh về. (Xin dùng thêm giấy, nếu cần thiết.)

Nguồn lợi tức	Tên nguồn gốc, Địa chỉ, và Số điện thoại #	Ai nhận tiền này?	Số tiền
An Ninh Xã Hội/An Ninh Xã Hội Phụ (SSI)			\$
Lợi tức Cựu Quân Nhân			\$
Hưu Trí cho nhân viên đường xe lửa			\$
Hưu Trí/Hưu Dưỡng/Niên Kim			\$
Tiền mắc nợ niên kim được ngược lại			\$
Tiền lì xì/Phần lì xì/Lệ phí trả cho chủ đại lý			\$
Tiền nhà cho thuê			\$
Nguồn khác (xin ghi rõ)			\$

Tiền thu nhập này được  gửi vào ngân hàng  gửi trực tiếp vào ngân hàng Hay  đổi tiền tại \_\_\_\_\_

10. Người xin đơn, vợ/chồng hợp pháp, hay những con trẻ dưới 18 tuổi đã từng để đơn xin trợ cấp cho các nguồn nêu trong câu hỏi số 9 mà chưa nhận được tiền không?  Có  Không Nếu **Có**, cho ai và nguồn nào? \_\_\_\_\_

**Tiền thu nhập lương bổng là lợi tức nhận từ việc làm.**

11. Người xin đơn, vợ/chồng hợp pháp, hay con trẻ dưới 18 tuổi có đi làm không?  Có  Không Người xin đơn hoặc vợ/chồng hợp pháp có đi làm tự túc không?  Có  Không Nếu **Có**, cho bất cứ câu hỏi nào, xin cho chúng tôi biết chi tiết về **MỖI** người đi làm. Nói rõ lợi tức trước khi trừ các khoản, **KHÔNG** phải tiền lãnh về.

Tên của người đi làm	Tên, Địa chỉ & Số điện thoại # của chủ hãng HOẶC Chi tiết của việc làm tự túc	Tiền lương trả mỗi giờ	Số giờ làm mỗi tuần	Bao lâu được lãnh tiền?
		\$		
		\$		

Tiền thu nhập này được  gửi vào ngân hàng  gửi trực tiếp vào ngân hàng Hay  đổi tiền tại \_\_\_\_\_

12. Người xin đơn hay vợ/chồng hợp pháp có nhận bất cứ số tiền tổng cộng như tiền bảo hiểm hoặc vụ thừa kiện, kế thừa, hay số tiền An Ninh Xã Hội trả cho trước đây?  Có  Không Nếu **Có**, cho ai? \_\_\_\_\_ Số tiền \$ \_\_\_\_\_ Khi nào? \_\_\_\_\_ Từ nguồn nào? \_\_\_\_\_ Cho lý do gì? \_\_\_\_\_

Tên luật sư, địa chỉ, và số điện thoại # (nếu có) \_\_\_\_\_

**Câu hỏi số 13 đến 20 hỏi về của cải hay tài nguyên của người xin đơn VÀ/HOẶC của người vợ/chồng hợp pháp. Gạch Có trong hộp trống (☐) bên cạnh các mục mà người xin đơn, vợ/chồng hợp pháp, hay cả hai có quyền sở hữu. Điền hết mọi chi tiết vào những hộp trống mà gạch Có (☐). Ghi định giá tốt nhất của giá trị cho mỗi mục. Gạch Không trong hộp trống (☐) cho những tài nguyên mà người xin đơn hay vợ/chồng hợp pháp không thể vào hoặc không có quyền sở hữu.**

**Giá trị tài chánh của những tài nguyên và của cải bao gồm ngân phiếu, tiền tiết kiệm, và trương mục credit union, cổ phiếu, cổ phần, trương mục ký thác định kỳ, tiền thị trường tiền tệ, kỳ phiếu, và hộp bỏ tiền an toàn (safey deposit boxes). Có thể có trương mục cá nhân hay đồng sở hữu. Chúng tôi sẽ dùng tiền còn lại từ GIẤY PHÚT ĐẦU TIÊN TRONG NGÀY ĐẦU THÁNG để quyết định giá trị của cải.**

13. Có những tài chánh tài nguyên hay của cải mà người xin đơn và/hoặc vợ/chồng hợp pháp có thể vào hay có quyền sở hữu?

**Trương mục ngân phiếu**  Có  Không (Xin dùng thêm giấy, nếu cần thiết.)

(a) Tên của người trong trương mục \_\_\_\_\_

Tên và địa chỉ của ngân hàng hay cơ quan tài chánh \_\_\_\_\_

Số Bạn Kê \_\_\_\_\_ Tiền còn lại \$ \_\_\_\_\_

(b) Tên của người trong trương mục \_\_\_\_\_

Tên và địa chỉ của ngân hàng hay cơ quan tài chánh \_\_\_\_\_

Số Bạn Kê \_\_\_\_\_ Tiền còn lại \$ \_\_\_\_\_

**Trương mục tiết kiệm**  Có  Không (Xin dùng thêm giấy, nếu cần thiết.)

(a) Tên của người trong trương mục \_\_\_\_\_

Tên và địa chỉ của ngân hàng hay cơ quan tài chánh \_\_\_\_\_

Số Bạn Kê \_\_\_\_\_ Tiền còn lại \$ \_\_\_\_\_

(b) Tên và địa chỉ trong trương mục \_\_\_\_\_

Tên và địa chỉ của ngân hàng hay cơ quan tài chánh \_\_\_\_\_

Số Bạn Kê \_\_\_\_\_ Tiền còn lại \$ \_\_\_\_\_

**Trương mục ký thác định kỳ**  Có  Không (Xin dùng thêm giấy, nếu cần thiết.)

Tên của người chủ \_\_\_\_\_

Tên và địa chỉ của ngân hàng hay cơ quan tài chánh \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Miêu tả \_\_\_\_\_

Số Bạn Kê \_\_\_\_\_ Giá trị \$ \_\_\_\_\_

**Cổ phiếu/cổ phần**  Có  Không (Xin dùng thêm giấy, nếu cần thiết.)

Tên của người chủ \_\_\_\_\_

Miêu tả \_\_\_\_\_

Số Bạn Kê \_\_\_\_\_ Giá trị \$ \_\_\_\_\_

**Niên Kim/Trương mục Hưu Trí**  Có  Không (Xin dùng thêm giấy, nếu cần thiết.)

Tên của người chủ/người nhận tiền \_\_\_\_\_

Tên quỹ trương mục \_\_\_\_\_

Có nhận tiền định kỳ hiện bây giờ không?  Có  Không

Nếu **Có**, số tiền nhận là bao nhiêu? \$ \_\_\_\_\_

Bao lâu được lãnh tiền? \_\_\_\_\_

Nếu **Không**, những số tiền này có dùng được không?  Có  Không

Có thể rút tiền tổng cộng trong quỹ này không?  Có  Không

Số bạn kê \_\_\_\_\_ Giá trị \$ \_\_\_\_\_

**Trương mục IRA/Keogh**  Có  Không (Xin dùng thêm giấy, nếu cần thiết.)

Tên của người trong trương mục \_\_\_\_\_

Tên của cơ quan tài chánh \_\_\_\_\_

Số bạn kê \_\_\_\_\_ Giá trị \$ \_\_\_\_\_

**Hộp bảo tiền an toàn (Safety Deposit Boxes)**  Có  Không (Xin dùng thêm giấy, nếu cần thiết.)

Tên của người chủ \_\_\_\_\_

Tên của ngân hàng hay cơ quan tài chánh \_\_\_\_\_

Vật trong hộp \_\_\_\_\_ Giá trị \$ \_\_\_\_\_

**Khác (xin ghi rõ)** \_\_\_\_\_  Có  Không (Xin dùng thêm giấy, nếu cần thiết.)

Tên trong trương mục \_\_\_\_\_

Số bạn kê \_\_\_\_\_ Giá trị \$ \_\_\_\_\_

Người xin đơn hoặc vợ/chồng hợp pháp có đứng tên cho trương mục ngân hàng cho ai khác không?  
 Có  Không Có ai khác có giữ tiền trong trương mục của họ nhưng tiền đó thuộc về người xin đơn hay người vợ/chồng hợp pháp?  Có  Không Nếu **Có**, xin cho chúng tôi thêm chi tiết.

• Tên của ai hiện trong trương mục? \_\_\_\_\_

• Trương mục này thật sự thuộc về ai? \_\_\_\_\_

• Tên của ngân hàng hay cơ quan tài chánh là gì? \_\_\_\_\_

• Số bạn kê là gì? \_\_\_\_\_

• Có bao nhiêu tiền trong trương mục này? \_\_\_\_\_

• Có bao nhiêu tiền thuộc về người đơn xin hoặc vợ/chồng hợp pháp? \_\_\_\_\_

**Vật sở hữu mà cảm như Di Sản CÓ THỂ hay KHÔNG CÓ THỂ tính như là tài nguyên, tùy theo đặc sắc của di sản.**

14. Người xin đơn hoặc vợ/chồng hợp pháp đã từng lập giao thác di sản, bỏ những vật trong di sản, hay một trong hai người thừa kế di sản? Nếu **Có**, xin cho chúng tôi thêm chi tiết sau đây.

- Ngày giao thác di sản được lập \_\_\_\_\_
- Giao thác di sản có thể được hủy bỏ không?  Có  Không
- Giao thác di sản có phải được thành lập bởi Di Chúc và Chúc Ngôn cuối?  Có  Không
- Giao thác di sản có phải được thành lập cho người tàn tật dưới 65 tuổi không?  Có  Không
- Ai đã lập giao thác di sản này? \_\_\_\_\_
- Vật sở hữu hoặc tiền của ai đã được dùng để lập giao thác di sản ? \_\_\_\_\_
- Hãy miêu tả tổng quát những vật trong di sản \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ai là người thừa kế cho tiền này? \_\_\_\_\_
- Ai là người thừa kế chính? \_\_\_\_\_
- Ai là người chịu giao thác di sản? \_\_\_\_\_

**Của cải chôn cất CÓ THỂ hay KHÔNG CÓ THỂ tính như là tài nguyên. Thường, mảnh đất chôn cất, sắp đặt chôn cất mà không đổi được, hoặc cho tới \$1,500.00 dành cho quỹ chôn cất sẽ được trừ ra.**

15. Người xin đơn hay vợ/chồng hợp pháp có sắp đặt hợp đồng hay hiệp ước chôn cất không?  
 Có  Không Nếu **Có**, xin cho chúng tôi thêm chi tiết.

- Với ai? \_\_\_\_\_
- Tiền này được làm vào quỹ như thế nào?  Tiền Mặt  Bảo hiểm nhân thọ  Cả hai
- Hợp đồng được trả hết chưa?  Có  Không
- Hợp đồng hoặc sắp đặt này có thể hủy bỏ không?  Có  Không
- Những sự phục vụ hay vật nào được bao gồm? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Người xin đơn hay vợ/chồng hợp pháp có để dành tiền một bên cho quỹ chôn cất?  Có  Không  
Nếu **Có**, xin cho chúng tôi thêm chi tiết.

- Những gì đã được để dành một bên? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ai là người chủ của quỹ chôn cất này? \_\_\_\_\_
- Quỹ chôn cất này ý định bao gồm người nào? \_\_\_\_\_
- Những vật này đã được để dành một bên khi nào? \_\_\_\_\_
- Giá trị của quỹ này bao nhiêu? \$ \_\_\_\_\_

Người xin đơn hay vợ/chồng hợp pháp có vật chôn cất, như là mảnh đất nghĩa địa, mồ mả, hầm mộ, phần mộ, khung hòm, quan tài, bình đựng di cốt, lộ đặt trong tường, đánh dấu mộ, mô bìa, và chi phí để mở/đóng lỗ đất?  Có  Không Nếu **Có**, xin cho chúng tôi thêm chi tiết.

Vật	Tên của người chủ	Ngày Để Mộ Bên hay Mua	Giá trị hiện tại	Sự chôn cất cho ai?	Sự liên hệ với người xin đơn (Vợ/chồng, con, v.v)
			\$		
			\$		

Những mua sắm cho việc chôn cất đã được trả hết chưa?  Có  Không Nếu **Không**, những đồ mua nào là hợp đồng trả góp? \_\_\_\_\_

**Thường, tiền hủy bỏ kế ước bảo hiểm nhân thọ với tổng giá trị hơn \$1500.00 sẽ được tính là tài nguyên.**

16. Người xin đơn hoặc vợ/chồng hợp pháp có bảo hiểm nhân thọ hay chôn cất chưa ghi trên?  
 Có  Không Nếu **Có**, xin cho chúng tôi thêm chi tiết.

Tên của người được bảo hiểm	Tên của người chủ kế ước	Tên và địa chỉ của hãng bảo hiểm	Số Kế Ước #	Mặt giá trị	Tiền mặt giá trị
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

**Thường một chiếc xe hơi sẽ không tính, nếu xe được dùng cho những việc hàng ngày như đi làm, đi điều trị về y khoa thường xuyên, hay dùng như dụng cụ cho người tàn tật.**

17. Người xin đơn hoặc vợ/chồng hợp pháp có làm chủ cho bất cứ xe hơi, xe vận tải, xe mô tô, tàu, xe cắm trại, loại xe chạy bất cứ thời tiết/khung cảnh (ATVs), hay xe giải trí khác không?  Có  Không Nếu **Có**, xin cho chúng tôi thêm chi tiết.

Hiệu/Kiểu Mẫu/Năm	Tên của chủ nhân	Sự Dụng	Giá trị	Số tiền thanh toán
			\$	
			\$	

**Ngôi nhà (và thửa đất) thường không có tính với giới hạn của tài nguyên– không quan hệ tới giá trị bao nhiêu. Tiền lời chủ nhân cho di sản hay tài sản thường được tính là tài nguyên mặc dù vật sở hữu CHƯA ĐƯỢC chia hay sự kế vị chưa mở.**

18. Người xin đơn hay vợ/chồng hợp pháp làm chủ (đứng tên), hoặc mua căn nhà họ đang ở không?  
 Có  Không Nếu **Có**, xin cho chúng tôi thêm chi tiết.

Hãy cho biết địa chỉ hoặc vị trí của nhà ở đâu và miêu tả vật sở hữu, bao gồm lô đất bao lớn và bất cứ vật kiến trúc hay nhà đang cất trên mảnh đất \_\_\_\_\_

19. Người xin đơn hay vợ/chồng hợp pháp có làm chủ cho **bất cứ** vật sở hữu, như là cắm trại, nhà nghỉ mát, vật sở hữu cho thuê, diện tích (tính theo mẫu), hoặc vật sở hữu ở tiểu bang khác?

Có  Không Trong hai người nào có chia tài sản hay di sản không?  Có  Không Nếu **Có** cho bất cứ câu hỏi nào, xin cho chúng tôi thêm chi tiết.

Hãy cho biết địa chỉ hoặc vị trí của nhà ở đâu và miêu tả vật sở hữu, bao gồm lô đất bao lớn và bất cứ vật kiến trúc hay nhà đang cất trên mảnh đất \_\_\_\_\_

Tên của tài sản (nếu có) \_\_\_\_\_

Tên của những chủ nhân của vật sở hữu \_\_\_\_\_

Giá trị của vật sở hữu \$ \_\_\_\_\_ Số nợ còn lại cho vật sở hữu \$ \_\_\_\_\_

**Tài nguyên mà được cho hay bán từ người xin đơn hoặc vợ/chồng mà ÍT HƠN giá trị có thể làm cho người xin đơn không đủ tiêu chuẩn cho sự trả tiền của cư xá.**

20. Người xin đơn, hay vợ/chồng hợp pháp, hoặc ai khác thay mặt cho họ đã TỪNG cho, bán, hoặc chuyển nhượng bất cứ tài nguyên hay bất động sản nào không?  Có  Không Nếu **Có**, xin cho chúng tôi thêm chi tiết.

• Vật gì đã được cho, bán, hay chuyển nhượng? \_\_\_\_\_

• Đã cho, bán, hay chuyển nhượng khi nào? \_\_\_\_\_

• Nếu bất động sản được chuyển, đã được ghi vào sổ ở đâu và khi nào? \_\_\_\_\_

• Tên và sự liên hệ của người đã được những vật \_\_\_\_\_

• Giá trị của những vật là bao nhiêu \$ \_\_\_\_\_

• Người xin đơn hay vợ/chồng đã được trao đổi cái gì? \_\_\_\_\_

• Điều gì đã xảy ra cho các vật đã nhận? \_\_\_\_\_

• Tại sao cho, bán, hoặc chuyển nhượng vật ấy? \_\_\_\_\_

21. Nếu người xin đơn DƯỚI 65 TUỔI, họ có bị tàn tật không?  Có  Không Nếu **Có**, hãy cho chúng tôi biết về sự tàn tật \_\_\_\_\_

Tàn tật bắt đầu khi nào? \_\_\_\_\_

Xin cho chúng tôi biết về bác sĩ, bệnh viện, hay nơi cung cấp về y khoa đã chăm sóc cho người này.

Tên của bác sĩ, bệnh viện hay nơi cung cấp về y khoa	Địa chỉ và số điện thoại # của nơi cung cấp y khoa

Người này đã từng để đơn xin tiền An Ninh Xã Hội Tàn Tật hoặc An Ninh Xã Hội Phụ (SSI) chưa?

Có  Không Nếu **Có**, đã có sự quyết định cho đơn xin chưa?  Có  Không

22. Người xin đơn có được trợ cấp của Medicare không?  Có  Không Nếu **Có**, Số Khai Thác Medicare là \_\_\_\_\_. Có bao gồm  Phần A;  Phần B.

23. Người này có bảo hiểm cá nhân, bao gồm sự bảo túc của Medicare, mà bao gồm đi bác sĩ và bệnh viện?  Có  Không Nếu **Có**, xin cho chúng tôi biết thêm chi tiết.

Tên hãng bảo hiểm, Địa chỉ, và Số điện thoại #	Nhóm/Số Khế Ước #	Số tiền trả hàng tháng	Những người được bao che
		\$	
		\$	

24. Người xin đơn có muốn xin Medicaid cho sự giúp đỡ về y khoa hay những sản sóc đã nhận được trong **3 tháng qua** không?  Có  Không Nếu **Có**, xin cho tháng nào? \_\_\_\_\_  
Nếu **Có**, hãy cho chúng tôi biết về phục vụ y khoa họ đã nhận trong thời gian này.

Tên, Địa chỉ, và Số điện thoại # của nơi cung cấp về y khoa	Ngày được phục vụ chăm sóc	Số tiền tổng cộng	Số tiền nợ
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

25. Người xin đơn có nhận giấy nợ CHƯA TRẢ cho sự chăm sóc về y khoa hoặc sự phục vụ khác cho họ hay những người phụ thuộc mà chưa ghi trong câu hỏi số 24?  Có  Không Nếu **Có**, xin cho chúng tôi biết về những phục vụ này.

Tên, Địa chỉ, và Số điện thoại # của nơi cung cấp về y khoa	Ai nhận sự chăm sóc này?	Ngày được phục vụ chăm sóc	Số tiền tổng cộng	Số tiền nợ

26. Người xin đơn đã từng nhận được Medicaid của Louisiana?  Có  Không Nếu **Có**, chúng tôi có cần phải thay thế thẻ nhựa Medicaid không?  Có  Không

## Những Quyền Lợi và Trách Nhiệm

- ★ Tôi tuyên bố rằng người xin đơn này là công dân Mỹ hay được hợp pháp cư trú trong quốc gia này.
- ★ Mọi chi tiết tôi trình bày trong mẫu đơn này là sự thật và đúng theo hết sự hiểu biết của tôi. Tôi hiểu rằng nếu tôi khai những điều không đúng sự thật hoặc dấu giếm những chi tiết cần thiết và người xin đơn được hưởng lợi ích về sức khỏe trong khi họ không được hợp lệ, chúng tôi có thể bị pháp luật trừng phạt về tội gian lận và phải bồi hoàn lại cho Medicaid những giấy nợ về y khoa đã trả không đúng.
- ★ Tôi hiểu rằng mọi chi tiết mà tôi đã cho về tình trạng của người xin đơn sẽ bị kiểm chứng. Tôi đồng ý để cộng tác và để Medicaid lấy chi tiết cần thiết từ những cơ quan chính quyền, những người làm chủ, những nơi cung ứng về y khoa và những nguồn gốc khác.
- ★ Tôi hiểu rằng những số An Ninh Xã Hội của chúng tôi sẽ được dùng để lấy chi tiết về lợi tức từ những cơ quan khác, như Văn Phòng Thuế Vũ, để chứng minh hợp lệ.
- ★ Tôi hiểu rằng do sự chấp nhận của Medicaid, tôi đồng ý cho Bộ Y Tế và Bệnh Viện (Department of Health and Hospitals) quyền để mọi sự giúp đỡ về y khoa hoặc những số tiền trả từ những thành phần thứ ba họ sẽ phải chịu trách nhiệm cho mọi sự săn sóc về y khoa người xin đơn đã nhận. Tôi đồng ý để tiết lộ mọi chi tiết về y khoa cần bởi chương trình Medicaid hoặc các chương trình khác cho mục đích để trả tiền hay sự nhận tiền các giấy nợ về y khoa. Tôi hiểu rằng đây là sự đòi hỏi cho người xin đơn nhận được sự trợ cấp. Tôi đồng ý cộng tác để đạt được sự giúp đỡ về y khoa và trả tiền từ bất cứ ai chịu trách nhiệm.
- ★ Tôi hiểu quy định Phục Hồi Tài Sản cho quyền Bộ Y Tế và Bệnh Viện (DHH) để lấy lại những chi phí của những tiền trả bởi Medicaid từ tài sản của người xin đơn. Những chi phí bao gồm số tiền tổng cộng của tiền trả cho sự phục vụ ở cư xá, chăm sóc bệnh viện, và toa thuốc nhận lúc 55 tuổi hay lớn hơn. Tài sản là vật sở hữu đang làm chủ lúc giờ khai tử. DHH sẽ không thỉnh cầu đối với tài sản khi người xin đơn hay vợ/ chồng hợp pháp đang còn sống. DHH cũng sẽ không thỉnh cầu nếu người xin đơn có con mà dưới 21 tuổi, mù, hay tàn tật. Có thể sẽ không thu lại tài sản nếu không có lợi ích cho DHH, HOẶC nếu người thừa kế xin đơn về sự khó khăn sau lúc lâm chung của người xin đơn. Sự khó khăn tồn tại nếu vật sở hữu của tài nguyên là nguồn lợi tức duy nhất cho người thừa kế, hay có trạng huống nào ép buộc khác.
- ★ Tôi đồng ý để báo cho Medicaid trong vòng 10 ngày nếu: có gì thay đổi với nguồn lợi tức và tài nguyên của người xin đơn hay vợ/chồng hợp pháp; thay đổi với bảo hiểm sức khỏe hay tiền nguyệt liêm; và thay đổi chỗ ở hoặc địa chỉ nhận thư của chúng tôi.
- ★ Chúng tôi có thể đòi hỏi cho sự xét sự công bằng nếu chúng tôi nghĩ rằng trường hợp của tôi đã được giải quyết thiếu công bằng, không đúng hoặc đã giải quyết quá trễ.
- ★ Chương trình Medicaid không thể phân biệt về chủng tộc, màu da, phái tính, tuổi tác, tôn giáo, nguồn gốc quốc gia hay quan niệm về chính trị. Nếu chúng tôi thấy rằng những điều này đã có, chúng tôi có thể gọi cho U.S. DHHS Regional Office of Civil Rights ở Dallas, TX tại số 1+800+368-1019 hay viết thư cho Louisiana's Department of Health and Hospitals, Human Resources tại P.O. Box 1349 Baton Rouge, LA 70821-1349.

Chữ ký của người xin đơn hoặc người Đại Diện

Tháng/Ngày/Năm

Chữ ký của vợ/chồng, nếu có

Tháng/Ngày/Năm

**Nếu Ký với chữ "X"**

Chữ ký của người làm chứng

Chữ ký của người làm chứng

Chữ ký của Viên Chức/Người thầu

Tháng/Ngày/Năm

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.

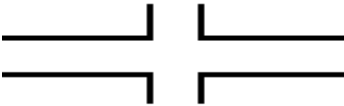
**Box 19:** Date and sign the card with your signature or mark.

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.**

<b>LOUISIANA MAIL VOTER REGISTRATION APPLICATION FORM #04</b>				<b>OFFICIAL USE ONLY</b> 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) LAST _____ First _____ FULL MIDDLE OR MAIDEN _____						<b>GIVE LOCATION</b> 	
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 MONTH _____ DAY _____ YEAR _____	6 * SOCIAL SECURITY #(CIRCLE ONE) NO _____ YES # _____	7 SEX (CIRCLE ONE) MALE _____ FEMALE _____	8 ** RACE/ ETHNIC ORIGIN (CIRCLE ONE) WHITE _____ BLACK _____ ASIAN _____ HISPANIC _____ AMER. INDIAN _____ OTHER: _____			
9 PARTY AFFILIATION (CIRCLE ONE) DEM GRN LBT RFM REP NONE _____ OTHER (SPECIFY) _____			10 APPLICANTS'S PLACE OF BIRTH CITY OR TOWN _____ PARISH OR COUNTY _____ STATE _____ COUNTRNY _____			11 MOTHERS MAIDEN NAME _____	
12 ** HOME PHONE ( ) _____		13 ** DAYTIME PHONE ( ) _____		14 LA DRIVERS LICENSE / I.D. #(CIRCLE ONE) NO _____ YES # _____		15 Will you require assistance at the polls?(CIRCLE ONE) NO YES IF YES, GIVE REASON _____	
16 LAST RESIDENCE ADDRESS ADDRESS _____		17 PLACE OF REGISTRATION PARISH OR COUNTY _____ STATE _____		18 FOMER REGISTERED NAME, IF APPLICABLE _____			
<b>AFFIRMATION :</b> I do hereby solemnly swear or affirm that I am a United States citizen, that I am at least 17 years old, that I am not currently under an order of imprisonment for conviction of a felony, that I am not currently under a judgment of full interdiction or limited interdiction where my right to vote has been suspended, that I am a bona fide resident of this state and parish, and that the facts given by me on this application are true to the best of my knowledge and belief. If I have provided false information, I may be subject to a fine of not more than \$1,000 (\$2,500 for subsequent offense) or imprisonment for not more than 1 year.							
19 SIGN YOUR NAME IN BOX AT RIGHT _____							
DATE: _____ / _____ / _____							
20 IF YOU ARE UNABLE TO SIGN YOUR NAME, TWO WITNESSES TO YOUR MARK MUST SIGN HERE							
WITNESS SIGNATURE _____				WITNESS SIGNATURE _____			
* Last 4 digits of the social security number required if no LA driver's license issued; social security number is intended to be used for voter registration purposes only Full # Optional ** OPTIONAL							
LR-1M (REV. 1/11, 7/11) R.S. 18:104 FORM #04							