

**Medicaid Purchase** puede ser la respuesta a sus necesidades!

**¿Qué es Medicaid Purchase?**

El Plan Medicaid Purchase en Louisiana es cobertura de salud **FACIL DE OBTENER**, disponible **SÓLO** para personas tienen incapacidades y que trabajan.

**¿Cuáles son los beneficios?**

Este plan da cobertura médica completa que incluye:



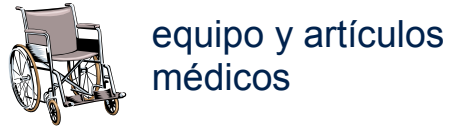
recetas médicas



atención en hospital



consulta médica



equipo y artículos médicos



transporte médico




Servicios de Ayuda Personal (PAS)

Usted puede obtener PAS si necesita ayuda con sus actividades diarias, como alimentarse y bañarse; o encontrar y mantener un trabajo.

**¿Cómo califico?**

Para obtener cobertura de salud en Medicaid Purchase, usted **debe**

- ❖ tener una incapacidad severa, incluida en los listados del Seguro Social;
- ❖ trabajar; 
- ❖ tener al menos 16 años pero no tener 65 todavía;
- ❖ tener un ingreso **contable** mensual que sea menor de \$2328;
- ❖ tener bienes **contables** que sean menores de \$25,000;
- ❖ tomar otro seguro de salud, si puede hacerlo sin que tenga que pagar; **y**
- ❖ pagar una mensualidad si su ingreso mensual **contable** es mayor de \$1397.

Tomaremos en cuenta menos de la mitad de su ingreso (por trabajo) y todo, menos \$20 de cualquier otro dinero que reciba.  
Los límites de ingreso aumentan cada año en abril.

**¿Qué son bienes?**

Bienes son cosas como:



- ❖ cuentas de banco;
- ❖ acciones, bonos y otros recursos en efectivo;
- ❖ carros, camiones, botes y otros vehículos;
- ❖ propiedad, incluyendo herencia o propiedad testamentaria, y
- ❖ alguna otra cosa que le pertenece



**¡BUENAS NOTICIAS!**

Su casa, un vehículo, las pólizas de seguro de vida, sus ahorros médicos, cuentas de retiros, y la parte de su cónyuge de toda propiedad en común, **no se cuentan**.

**¿Cuánto me costará?**

El pago que hará mensualmente estará basado en su ingreso **contable** – no en su edad o en su condición de salud.

Ingreso Contable	Pago mensual
Menos de \$1397	\$0
\$1362 a \$1862	\$80
\$1816 a \$2328	\$110

**¿Cómo lo solicito?**



Usted sólo necesita:



- ❖ llenar la solicitud adjunta;
- ❖ obtener la información que necesitamos; y
- ❖ enviar por correo o traer la solicitud y la información, tan pronto como pueda.

**¿Qué información debo adjuntar?**

Usted necesitará darnos:

- ❖ número de Seguro Social;
- ❖ comprobante de su ingreso total del último mes; 
- ❖ Tarjeta Medicare y de otros seguros de salud y 
- ❖ Tarjeta de residencia o documentos de inmigración, si no es ciudadano de los E.U.

Envíe todas las copias que pueda de los comprobantes solicitados. **No espere** para enviar la solicitud. Después de recibida, podemos darle más tiempo para que envíe los documentos que le solicitamos.

## ¿Qué pasará después?

En la mayoría de los casos, decidiremos si usted califica y le haremos saber la decisión en los siguientes 45 días después de recibida su solicitud. Si usted no recibe beneficios del Seguro Social, debemos decidir acerca de su incapacidad y puede tomar hasta 90 días.

## ¿A quién puedo llamar para obtener ayuda?

Si necesita ayuda para llenar el formulario, llame a su oficina local Medicaid.

Si tiene preguntas o necesita más información sobre Medicaid Purchase, llámenos al 1+888+544-7996 o al TTY 1+800+220-5404,

O por Internet: [www.LaMPP.org](http://www.LaMPP.org)

El programa en Louisiana Benefits Planning Assistance and Outreach (BPAO) puede ayudarle a entender cómo sus beneficios cambian cuando usted trabaja. Llame al 1+888+942-8104 o TDD 1+504+942-5900, o por correo electrónico [ssbenplan@lsuhsc.edu](mailto:ssbenplan@lsuhsc.edu).



El programa Protection and Advocacy for Beneficiaries of Social Security (PABSS) puede ayudar con asuntos relacionados al trabajo y otros servicios de apoyo. Llámelos (para hablar o TDD) al 1+800+960-7705.

## ¿Puede alguien ayudarme a encontrar un trabajo?

Si usted recibe dinero de la Administración de Seguro Social debido a su incapacidad, el programa Ticket to Work le puede ayudar. Llame al 1+866+968-7842 ó TTY 1+866+833-2967. También puede obtener información en [www.yourtickettowork.com](http://www.yourtickettowork.com).



## ¿Qué pasa si renuncio o pierdo mi trabajo?

Usted puede mantener la cobertura Medicaid Purchase hasta por 6 meses, siempre y cuando planee volver a trabajar.

## ¿Cuáles son mis derechos?

Si usted cree que nuestra decisión es

- ✓ injusta,
- ✓ incorrecta, o
- ✓ tardada,

puede solicitar una Audiencia.



Para solicitar una audiencia, llame o escriba a la oficina Medicaid y/o escriba a:

DHH Bureau of Appeals  
P. O. Box 4183  
Baton Rouge, LA 70821-4183

El programa Medicaid de Louisiana es un programa de igualdad de oportunidades. Usted no puede ser tratado diferente por razones de raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas.

Si piensa que lo hemos hecho, llame a la Oficina Regional de los Derechos Civiles del DHHS de E. U. en Dallas, TX al 1+800+368-1019, llame o escriba a su oficina local Medicaid, y/o escriba directamente a:

Department of Health & Hospitals  
P. O. Box 1349  
Baton Rouge, LA 70821-1349

This public document was published at a total cost of \$2,069.10. Two thousand (2,000) copies of this public document were published in this first printing at a cost of \$2,0069.10. The total cost of all printings of this document, including reprints, is \$2,069.10. This document was published by Office of State Printing, 950 Brickyard Lane, Baton Rouge, LA 70804-9095 to advise applicants, recipients and other individuals of the Medicaid Purchase Plan under authority of 42 CFR 435.905 (a)(1). This material was printed in accordance with the standards for printing by state agencies established pursuant to R.S. 43:31. Printing of this material was purchased in accordance with provisions of Title 43 of the Louisiana Revised Statutes.

# ¿Tiene alguna incapacidad?

# ¿Trabaja Usted?

# ¿Necesita cobertura De salud?

**Medicaid Purchase Plan**  
for workers with disabilities

## 1+888+544-7996



6. ¿Tiene usted, o tiene en común con su cónyuge, algún bien o recurso como los que se listan a continuación?  Sí  No Si tiene, dénos la siguiente información. (Envíe comprobante de posesión y del valor)

Bien/Recurso	Nombre, dirección y teléfono de la compañía Número de cuenta; y/o descripción	Valor	Cantidad que se debe
Cuentas de cheques/ahorros(tipo)		\$	
Certificados de Depósito		\$	
Cuentas de Retiro		\$	
Anualidades/Fideicomiso		\$	
Acciones/bonos		\$	
Vehículos (si tiene más de uno)		\$	\$
Propiedad, además de su casa		\$	\$
Otro (por favor especificar)		\$	\$

7. ¿Alguna vez usted ha solicitado o recibido Seguro Social por Incapacidad o Ingreso suplementario de Seguridad?  Sí  No Si respondió sí, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Le han contestado?  Sí  No Si ya le contestaron, ¿Cuál fue la decisión? \_\_\_\_\_

8. ¿Qué incapacidad tiene usted? \_\_\_\_\_  
Díganos sobre los doctores y proveedores médicos que lo atienden:

Nombre del proveedor(es)	Dirección y teléfono del proveedor médico

9. ¿Cómo supo del Medicaid Purchase Plan? \_\_\_\_\_

### Derechos y Responsabilidades

- ❖ Declaro que soy ciudadano de los E. U., o que estoy legal en este país.
- ❖ La información que doy en esta solicitud es verdadera y correcta según mi mejor conocimiento. Me doy cuenta que, si sabiendo doy información que no es verdadera o que es incompleta, puedo obtener beneficios para los cuales no soy elegible. Si esto sucede, puedo ser penado legalmente por fraude. También puedo ser obligado a pagar a Medicaid todos los servicios médicos que se me han pagado sin ser elegible.
- ❖ Entiendo que la información que doy sobre mi situación será verificada. Estoy de acuerdo en ayudar a que se haga y a que Medicaid obtenga la información que necesita de agencias de gobierno, empleadores, proveedores médicos y de otras fuentes. Si me rehúso a colaborar en este proceso, o en posteriores revisiones hechas por cambios reportados, o como parte de una revisión de Elegibilidad del Receptor, significa que no puedo recibir Medicaid hasta que colabore.
- ❖ Sé que los números de Seguro Social sólo serán usados para obtener información de otras agencias de gobierno para comprobar mi elegibilidad.
- ❖ Estoy de acuerdo en informar a Medicaid dentro de los primeros 10 días si: 1) Me muevo para otro estado; 2) cambio el lugar donde vivo o recibo el correo; 3) hay cambios en la cobertura de otro seguro de salud; 4) hay cambios en la situación de mi trabajo
- ❖ Al aceptar Medicaid, estoy de acuerdo en que todos los pagos médicos que reciba de otras fuentes, serán enviados al Departamento de Salud y Hospitales por servicios que Medicaid me haya cubierto.
- ❖ Puedo solicitar una Audiencia si creo que la decisión tomada en mi caso es injusta, incorrecta o tardada.
- ❖ Medicaid no puede tratarme diferente por razones de raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si creo que lo han hecho, puedo llamar a la Oficina Regional para los Derechos Civiles del DHH en Dallas, TX al 1+800+368-1019 o escribir a: Louisiana's Department of Health & Hospitals, Human Resources, P. O. Box 1349 Baton Rouge, LA 70821-1349.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de la Agencia, si es aplicable

\_\_\_\_\_  
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.

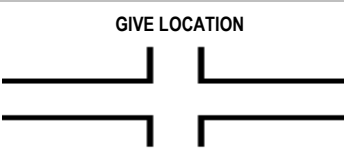
**Box 19:** Date and sign the card with your signature or mark.

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.**

<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							