

Medicaid Purchase có thể đáp ứng nhu cầu của quý vị!

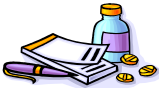
Medicaid Purchase là gì?

Louisiana's Medicaid Purchase Plan là một chương trình bảo hiểm sức khỏe **PHẢI CHĂNG CHỈ** dành cho công nhân bị khuyết tật.

Có những phúc lợi gì?

Chương trình bảo hiểm sức khỏe này bảo hiểm y tế đầy đủ bao gồm

thuốc kê toa



chăm sóc tại bệnh viện

dịch vụ bác sĩ



dụng cụ & tiếp liệu y tế

vận chuyển y tế



dịch vụ hỗ trợ cá nhân (PAS)

Quý vị có thể nhận PAS nếu quý vị cần giúp đỡ trong sinh hoạt hàng ngày, như ăn và tắm, tìm và giữ việc làm.

Làm thế nào để tôi đủ tiêu chuẩn?

Để được bảo hiểm sức khỏe qua Medicaid Purchase, quý vị **phải**

- ❖ bị khuyết tật nặng (phù hợp với tiêu chuẩn An sinh Xã hội);
- ❖ làm việc;
- ❖ nhỏ nhất là 16 tuổi nhưng không quá 65 tuổi;



- ❖ có thu nhập **được tính** hàng tháng dưới \$2328;
- ❖ có tài sản **được tính** thấp hơn \$25,000;
- ❖ có bảo hiểm sức khỏe khác, nếu quý vị có thể nhận miễn phí; **và**
- ❖ trả phí bảo hiểm khi thu nhập **được tính** hàng tháng của quý vị cao hơn \$1397.

Chúng tôi sẽ **tính** thấp hơn phân nửa số tiền quý vị kiếm được (làm việc để có) và tính tất cả trừ \$20 cho mỗi khoản tiền khác mà quý vị nhận được.

Giới hạn thu nhập tăng mỗi năm vào tháng Tư.

Tài sản là gì?

Tài sản là những thứ như:



- ❖ tài khoản ngân hàng;
- ❖ cổ phần, trái phiếu, và những nguồn tiền mặt khác;
- ❖ xe hơi, xe tải, tàu thuyền, và các loại xe cộ khác;
- ❖ tài sản riêng, kể cả tài sản thừa kế hoặc bất động sản; **và**
- ❖ bất kỳ thứ gì quý vị sở hữu.

TIN VUI!



Nhà của quý vị, một chiếc xe, bất kỳ hợp đồng bảo hiểm nhân thọ nào, tài khoản tiết kiệm chăm sóc y tế và tài khoản hưu trí, và cổ phần của vợ/chồng của quý vị trong tài sản công cộng **sẽ không được tính** vào chương trình này.

Bảo hiểm này có giá bao nhiêu đối với tôi?

“Phí bảo hiểm” của quý vị (tiền quý vị trả mỗi tháng) sẽ dựa trên thu nhập **được tính** của quý vị – không dựa trên tuổi hoặc tình trạng sức khỏe của quý vị.

Thu nhập Được tính

dưới \$1397
\$1354 - \$1862
\$1806 - \$2328



Phí bảo hiểm Hàng tháng

\$0
\$80
\$110

Tôi nộp đơn như thế nào?

Quý vị chỉ cần:



- ❖ điền vào mẫu đơn đính kèm;
- ❖ cung cấp thông tin chúng tôi cần; và
- ❖ gửi hoặc mang mẫu đơn này đến cho chúng tôi sớm nhất có thể.

Quý vị cần những thông tin nào từ phía tôi?

Quý vị cần cung cấp cho chúng tôi:

- ❖ Số An sinh Xã hội;
- ❖ bằng chứng tổng thu nhập tháng gần đây nhất của quý vị;
- ❖ Thẻ Medicare và bất kỳ thẻ bảo hiểm sức khỏe nào khác; **và**
- ❖ thẻ đăng ký người nước ngoài hoặc giấy di trú, nếu quý vị không phải là công dân Hoa Kỳ.

Gửi bản sao của những giấy tờ này sớm nhất có thể. **Không đợi** để gửi cùng với mẫu đơn này. Chúng tôi có thể cho quý vị thêm thời gian để cung cấp mọi thông tin còn thiếu sau khi chúng tôi nhận đơn của quý vị.



Điều gì tiếp theo?

Trong hầu hết trường hợp, chúng tôi sẽ quyết định xem quý vị có đủ tiêu chuẩn hay không và sẽ cho quý vị biết quyết



định của chúng tôi trong vòng 45 ngày sau khi chúng tôi nhận được đơn của quý vị. Nếu quý vị không nhận

những phúc lợi An sinh Xã hội thì chúng tôi sẽ phải quyết định về tình trạng khuyết tật của quý vị và có thể mất đến 90 ngày.

Tôi có thể gọi cho ai để được giúp đỡ?

Nếu quý vị cần giúp điền vào mẫu đơn này, hãy gọi cho văn phòng Medicaid tại địa phương của mình.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần thêm thông tin về Medicaid Purchase, hãy gọi cho chúng tôi theo số miễn phí 1+888+544-7996 hoặc TTY 1+800+220-5404,



HOẶC vào trang www.dhh.state.la.us.



Dự án Tiên phong và Hỗ trợ Chương trình Phúc lợi Louisiana (BPAO) có thể giúp quý vị hiểu cách làm thế nào để có thể thay đổi phúc lợi của mình. Hãy gọi cho họ theo số điện thoại miễn phí 1+888+942-8104 hoặc TDD 1+504+942-5900, hoặc gửi e-mail đến



ssbenplan@lsuhsc.edu.

Chương trình Bảo vệ và Biện hộ cho Người thụ hưởng An sinh Xã hội (PABSS) có thể giúp tư vấn liên quan đến việc làm và các dịch vụ hỗ trợ khác. Hãy gọi cho họ theo số miễn phí (tiếng nói và TDD) 1+800+960-7705.

Ai có thể giúp tôi tìm việc làm?

Nếu quý vị nhận tiền từ Cơ quan Quản lý An sinh Xã hội do quý vị bị khuyết tật, thì chương trình Ticket to Work (Giới thiệu Việc làm) có thể trợ giúp.

Hãy gọi cho họ theo số miễn phí 1+866+968-7842 hoặc TTY 1+866+833-2967. Quý vị cũng có thể tìm thêm thông tin tại

www.yourtickettowork.com.



Điều gì xảy ra nếu tôi bỏ hoặc mất việc?

Quý vị có thể giữ bảo hiểm Medicaid Purchase đến 6 tháng, nếu quý vị có kế hoạch trở lại làm việc.

Tôi có quyền gì?

Nếu quý vị nghĩ rằng quyết định của chúng tôi là

- ✓ không công bằng,
- ✓ sai, hoặc
- ✓ quá muộn,



quý vị có thể yêu cầu một cuộc Điều trần.

Để yêu cầu một cuộc điều trần, hãy gọi hoặc viết thư cho văn phòng Medicaid tại địa phương của quý vị và/hoặc viết thư trực tiếp cho:

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

Chương trình Medicaid của Louisiana là một chương trình cơ hội công bằng. Quý vị sẽ không bị phân biệt đối xử vì chủng tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, sự khuyết tật, tôn giáo, dân tộc hoặc niềm tin chính trị của quý vị.

Nếu quý vị nghĩ chúng tôi đã phân biệt đối xử với quý vị, hãy gọi Văn phòng Dân quyền Khu vực của DHHS Hoa Kỳ tại Dallas, TX theo số 1+800+368-1019, gọi hoặc viết thư cho văn phòng Medicaid tại địa phương của quý vị, và/hoặc viết thư trực tiếp cho:

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

This public document was published at a total cost of \$2,286.90. Three thousand copies of this public document were published in this first printing at a cost of \$2,286.90. The total cost of all printings of this document, including reprints, is \$2,286.90. 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.

BHSF Form 1-MPP Cover Vietnamese
Issued: 04/12 (English 04/12)
Prior Issues Obsolete



Quý vị có bị khuyết tật không?

Quý vị có muốn làm việc, hoặc làm việc thêm không?

Quý vị có cần bảo hiểm sức khỏe không?



1+888+544-7996



| | |
|---------------------|--------------------|
| For Agency Use Only | |
| Request date _____ | (Application date) |
| Agency Rep _____ | |

Để bảo vệ ngày nộp đơn của quý vị, chúng tôi phải nhận đơn này trước _____.
(chỉ dành cho cơ quan sử dụng)

Ngôn ngữ nào quý vị **nói** tốt nhất? Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Việt Khác (ghi rõ) _____
Ngôn ngữ nào quý vị **viết** tốt nhất? Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Việt Khác (ghi rõ) _____

Nếu quý vị không nói được tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí cho quý vị. Nếu quý vị cần trợ giúp để điền mẫu đơn này, hãy gọi cho văn phòng Medicaid tại địa phương của quý vị hoặc gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí 1+888+544-7996. Nếu quý vị bị khiếm thính hoặc khó nghe, hãy gọi số TTY miễn phí 1+800+220-5404.

Đây là đơn xin bảo hiểm sức khỏe cho những người **khuyết tật có làm việc** và nhỏ nhất là 16 tuổi nhưng không quá 65 tuổi. Nếu quý vị cần Medicaid cho người khác, hãy đánh dấu (✓) vào ô này . Chúng tôi sẽ gửi cho quý vị thông tin về việc nộp đơn xin bảo hiểm Medicaid khác. Vui lòng điền vào từng mục trên mẫu đơn này. Nếu câu trả lời cho một câu hỏi là không hoặc 0, hãy viết "không". Nếu quý vị cần thêm chỗ trống cho bất kỳ mục nào, hãy sử dụng một tờ giấy riêng.

1. Hãy cho chúng tôi biết QUÝ VỊ là ai, QUÝ VỊ sống ở đâu, và nơi QUÝ VỊ nhận thư:
Tên _____ Giáo xứ _____
Địa chỉ _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Zip _____
Địa chỉ nhận thư _____ Thành phố _____ Tiểu bang _____ Zip _____
Số điện thoại nhà (____) _____ Số điện thoại ban ngày (____) _____

2. Hãy cho chúng tôi biết về **quý vị** và **vợ/chồng** của quý vị. Quý vị không buộc phải cho số An sinh Xã hội của vợ/chồng của quý vị nếu họ không nộp đơn. Nếu có, thì số này chỉ được sử dụng để xác nhận tài sản. Quý vị không buộc phải cung cấp thông tin về chủng tộc. Nếu quý vị chọn cung cấp thông tin này, hãy sử dụng những mã số sau:
1=Người Da trắng; 2=Người Da đen; 3=Người Mỹ Da đỏ/Alaska; 4=Người Châu Á; 5=Người Hispanic/Latinh;
6=Người Hawaii/Đảo TBD; 7=Người Hispanic/Latinh & Khác; 8=Đa Chủng tộc, Không phải Người Hispanic;
9=Không biết

| Tên - tên, tên lót, họ | Số An sinh Xã hội | Ngày sinh | | | Giới tính Nam/Nữ | Chủng tộc | Công dân Hoa Kỳ/ Người nước ngoài hợp pháp | | Cư dân Louisiana | | Quan hệ với quý vị |
|------------------------|-------------------|-----------|------|-----|------------------|-----------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------|-------|--------------------|
| | | Tháng | Ngày | Năm | | | Có | Không | Có | Không | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | quý vị | | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không | vợ/chồng | | |

3. Hãy cho chúng tôi biết về TỪNG việc làm hoặc công việc kinh doanh mà **quý vị** có. Hãy cho biết tổng thu nhập hoặc thu nhập trước khi khấu trừ, **lương** trước khi đóng thuế. (Gửi bản sao cuống phiếu lương hoặc những chứng từ khác về thu nhập tháng gần đây nhất của quý vị. Nếu quý vị tự kinh doanh, hãy gửi bản sao mẫu khai thuế liên bang mới nhất có đính kèm lịch đóng thuế. Gửi bằng chứng khác nếu quý vị không có mẫu khai thuế.)

| Tên, địa chỉ, số điện thoại cơ quan HOẶC Thông tin tự kinh doanh | Số tiền đã nhận | Bao lâu được trả một lần? | Số giờ làm việc mỗi tuần |
|------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------|
| | \$ | | |
| | \$ | | |

4. **Quý vị** có nhận được tiền theo các loại như được liệt kê dưới đây không? Có Không
 * An sinh Xã hội * Thất nghiệp * Tiền từ bạn bè hoặc thân nhân
 * Hưu trí/Trợ cấp hưu trí/Niên kim * Bồi thường Tai nạn lao động * **Khoản tiền** khác không được liệt kê
 * Phúc lợi Cựu chiến binh * Lợi nhuận/Cổ tức/Tiền bản quyền

(Cho biết **tất cả** tiền mà quý vị nhận được và gửi bằng chứng thu nhập. Quý vị **không phải** gửi bằng chứng về thu nhập An sinh Xã hội hoặc Thất nghiệp.)

| Loại thu nhập | Tên, địa chỉ và số điện thoại nguồn thu nhập | Quý vị nhận bao nhiêu? | Bao lâu nhận một lần? |
|---------------|----------------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| | | \$ | |
| | | \$ | |

Quý vị đã bao giờ nộp đơn xin trợ cấp tiền từ bất kỳ nguồn nào trong số này? Có Không Nếu **Có**, khi nào và từ nguồn nào? _____

5. Quý vị có Medicare hoặc bảo hiểm khác không? Có Không Nếu **Có**, trả lời những câu sau:
(Gửi bằng chứng bảo hiểm và thanh toán phí bảo hiểm.)

| Tên, địa chỉ và số điện thoại của công ty bảo hiểm | Nhóm/số hợp đồng | Chi phí hàng tháng | Hợp đồng bảo hiểm: | | |
|-------------------------------------------------------|------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | bệnh viện | bác sĩ | xe cấp cứu |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Quý vị có thể nhận bảo hiểm sức khỏe từ cơ quan của mình không? Có Không

6. Quý vị, hoặc quý vị cùng với vợ/chồng của mình, có bất kỳ tài sản hoặc nguồn thu nào khác như liệt kê dưới đây không? Có Không Nếu **Có**, hãy cho chúng tôi những thông tin sau. (Gửi bằng chứng sở hữu và giá trị.)

| Tài sản/Nguồn | Tên, địa chỉ và số điện thoại công ty; Số tài khoản và/hoặc mô tả | Giá trị | Tiền nợ |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------|---------|
| Tài khoản Tiết kiệm/Séc (loại) | | \$ | |
| Chứng nhận Tiền gửi | | \$ | |
| Tài khoản hưu trí | | \$ | |
| Niên kim/Tín phiếu | | \$ | |
| Cổ phiếu/Trái phiếu | | \$ | |
| Xe cộ (nếu hơn một) | | \$ | \$ |
| Tài sản, không phải nhà quý vị | | \$ | \$ |
| Khác (vui lòng ghi rõ) | | \$ | \$ |

7. Quý vị đã bao giờ nộp đơn hoặc nhận phúc lợi cho Khuyết tật An sinh Xã hội hoặc Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI) chưa? Có Không Nếu **Có**, khi nào? _____ Đã ra quyết định chưa? Có Không Nếu **Có**, quyết định đó như thế nào? _____

8. Quý vị bị khuyết tật gì? _____
Hãy cho chúng tôi biết về bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác chăm sóc cho quý vị:

| Tên nhà cung cấp dịch vụ | Địa chỉ và số điện thoại của nhà cung cấp dịch vụ y tế |
|--------------------------|--------------------------------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

9. Quý vị biết Medicaid Purchase Plan từ đâu? _____

Quyền và Trách nhiệm

- ❖ Tôi tuyên bố rằng tôi là công dân Hoa Kỳ hoặc cư trú hợp pháp ở đất nước này.
- ❖ Thông tin tôi đã cung cấp trong mẫu đơn này là trung thực và đúng theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi biết rằng nếu tôi cố tình cung cấp thông tin không đúng HOẶC cố tình giấu giếm thông tin, thì tôi có thể nhận được phúc lợi y tế mà tôi không đủ tiêu chuẩn. Nếu điều này xảy ra, tôi có thể bị trừng phạt vì tội lừa đảo theo luật pháp. Tôi cũng có thể phải trả lại cho Medicaid mọi hóa đơn y tế đã thanh toán sai.
- ❖ Tôi hiểu rằng thông tin tôi đã cung cấp về trường hợp của tôi sẽ được kiểm tra. Tôi đồng ý trợ giúp cho việc này, và cho phép Medicaid lấy thông tin cần thiết từ các cơ quan chính phủ, công ty, nhà cung cấp dịch vụ y tế và các nguồn khác. Nếu tôi từ chối trợ giúp quá trình này hoặc trong những lần kiểm tra sau này do những thay đổi được báo cáo, hoặc là một phần của việc kiểm tra Sự hội đủ Tiêu chuẩn của Người thụ hưởng, có nghĩa là tôi chỉ nhận được Medicaid khi tôi trợ giúp.
- ❖ Tôi biết rằng số An sinh Xã hội chỉ được sử dụng để lấy thông tin từ những cơ quan chính phủ khác để chứng minh sự đủ tiêu chuẩn của tôi.
- ❖ Tôi đồng ý báo cho Medicaid trong vòng 10 ngày nếu 1) tôi rời khỏi tiểu bang; 2) có sự thay đổi về nơi ở hoặc địa chỉ nhận thư; 3) có sự thay đổi về những chương trình bảo hiểm sức khỏe khác; 4) có sự thay đổi về tình trạng việc làm của tôi.
- ❖ Khi chấp nhận Medicaid, là tôi đồng ý rằng bất kỳ sự thanh toán y tế nào nhận được từ những nguồn khác sẽ được gửi đến Bộ Y tế và Bệnh viện cho những dịch vụ đã được Medicaid bao trả.
- ❖ Tôi có thể yêu cầu cuộc Điều trần nếu tôi nghĩ rằng quyết định được đưa ra đối với trường hợp của tôi là không công bằng, không đúng hoặc quá muộn.
- ❖ Medicaid không thể đối xử khác biệt với tôi vì chủng tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, sự khuyết tật, tôn giáo, dân tộc hoặc niềm tin chính trị của tôi. Nếu tôi nghĩ họ đã làm như vậy, thì tôi có thể gọi cho Văn phòng Dân quyền Khu vực của DHHS Hoa Kỳ tại Dallas, TX theo số 1+800+368-1019 hoặc gửi thư cho Bộ Y tế & Bệnh viện, Phòng Nhân lực của tiểu bang Louisiana tại P. O. Box 1349 Baton Rouge, LA 70821-1349.

Chữ ký của Người nộp đơn hoặc Đại diện Ủy quyền

Ngày

Chữ ký của Đại diện Cơ quan, nếu có

Ngày

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

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.

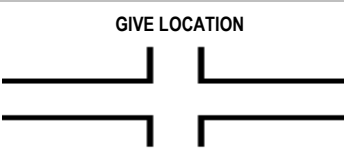
Box 19: Date and sign the card with your signature or mark.

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 COUNTRNY | | | |
| 12 ** HOME PHONE | | | 13 ** DAYTIME PHONE | | 14 LA DRIVERS LICENSE / I.D. #(CIRCLE ONE) | | 15 Will you require assistance at the polls?(CIRCLE ONE) |
| () | | | () | | NO YES # _____ | | NO YES IF YES, GIVE REASON |
| 16 LAST RESIDENCE ADDRESS | | | 17 PLACE OF REGISTRATION | | 18 FOMER REGISTERED NAME, IF APPLICABLE | | |
| ADDRESS | | | PARISH OR COUNTY STATE | | | | |
| AFFIRMATION : I do hereby solemnly swear or affirm that I am a United States citizen, that I am at least 17 years old, that I am not currently under an order of imprisonment for conviction of a felony, that I am not currently under a judgment of full interdiction or limited interdiction where my right to vote has been suspended, that I am a bona fide resident of this state and parish, and that the facts given by me on this application are true to the best of my knowledge and belief. If I have provided false information, I may be subject to a fine of not more than \$1,000 (\$2,500 for subsequent offense) or imprisonment for not more than 1 year. | | | | | | | |
| 19 SIGN YOUR NAME IN BOX AT RIGHT | | | | | | | |
| DATE: _____ / _____ / _____ | | | | | | | |
| 20 IF YOU ARE UNABLE TO SIGN YOUR NAME, TWO WITNESSES TO YOUR MARK MUST SIGN HERE | | | | | | | |
| WITNESS SIGNATURE | | | | WITNESS SIGNATURE | | | |
| * Last 4 digits of the social security number required if no LA driver's license issued; social security number is intended to be used for voter registration purposes only Full # Optional ** OPTIONAL | | | | | | | |
| LR-1M (REV. 1/11, 7/11) R.S. 18:104 FORM #04 | | | | | | | |