



# Solicitud de renovación de Medicaid

Devuelva este formulario o llame antes del:

Utilice este formulario para renovar la cobertura de LaCHIP/Medicaid de los niños. Usted puede renovar por correo o por teléfono. Si **no** renueva, la cobertura de ellos **terminará**. Después de que nos contacte, le avisaremos si ellos aún están cubiertos.

**Cómo renovar por correo**

1. Complete este formulario.
2. Obtenga los comprobantes. Vea la página 7 de la solicitud con la lista de documentos que deberá enviar.
3. Envíe el formulario y los documentos por correo, por fax o llévelos en persona. Nosotros le daremos más tiempo para entregar los comprobantes si lo necesita.

**Cómo renovar por teléfono**

1. Llame a su trabajador/a o al **1-877-252-2447**, nuestra línea gratis de renovación las 24 horas.
2. Obtenga los comprobantes. Vea la página 7 con la lista de documentos que debe enviar.
3. Envíe los documentos por correo, por fax o llévelos en persona. Nosotros le daremos más tiempo si lo necesita.

¿Qué idioma habla mejor?  Inglés  Español  Vietnamita  Otro \_\_\_\_\_  
¿Qué idioma escribe mejor?  Inglés  Español  Vietnamita  Otro \_\_\_\_\_

## 1. Cuéntenos sobre usted (el padre/madre legal o natural de los niños).

Nombre (primero, apellido) \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno):  Blanco  Negro  Asiático  
 Indio Americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico  Hispano o Latino

## 2. Díganos cómo contactarlo/a.

Dirección de Correo \_\_\_\_\_ Apartamento/Lote # \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Dirección donde vive (si es diferente) \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Condado donde vive (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de su casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de día (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Dirección de E-mail \_\_\_\_\_  
El mejor día/horario para llamarle de lunes a viernes entre 8 a.m. y 4:30 p.m. \_\_\_\_\_

**Si usted tiene preguntas o necesita ayuda con esta solicitud, llame a Medicaid al 1-888-342-6207. Si usted es sordo o tiene problemas de oído y tiene un teléfono de texto TTY, llame al 1-800-220-5404. ESTAS LLAMADAS SON GRATIS**

**3. Díganos sobre el padre/madre legal o natural de los niños que vive con usted.**

No vive con nosotros el padre/la madre – Pase a la 4

Nombre (Primer nombre, apellido) \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno):  Blanco  Negro  Asiático

Indio Americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico  Hispano o Latino

**4. Díganos sobre los niños menores de 19 que viven con usted.**

**A.** Nombre (primero, apellido) \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_

La relación con usted:  Hijo/a  Hijastro/a  Nieto/a  Otro (díganos): \_\_\_\_\_

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno):  Blanco  Negro  Asiático

Indio Americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico  Hispano o Latino

¿Recibe este niño LaCHIP o Medicaid?  Sí - Responda la siguiente pregunta.  No - Pase a la **B**.

Lugar de nacimiento: Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_

¿Es el niño ciudadano de los Estados Unidos?  Sí - Pase a la **B**  No - Responda estas preguntas.

¿Cuándo entró al país? \_\_\_\_\_ ¿Es residente permanente?  Sí  No

Si **sí** ¿Cuál es el número de tarjeta de residencia permanente (green card)? A# \_\_\_\_\_

**B.** Nombre (primero, apellido) \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_

La relación con usted:  Hijo/a  Hijastro/a  Nieto/a  Otro (díganos): \_\_\_\_\_

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno):  Blanco  Negro  Asiático

Indio Americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico  Hispano o Latino

¿Recibe este niño LaCHIP o Medicaid?  Sí - Responda la siguiente pregunta.  No - Pase a la **C**.

Lugar de nacimiento: Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_

¿Es el niño ciudadano de los Estados Unidos?  Sí - Pase a la **C**  No - Responda estas preguntas.

¿Cuándo entró al país? \_\_\_\_\_ ¿Es residente permanente?  Sí  No

Si **sí** ¿Cuál es el número de tarjeta de residencia permanente (green card)? A# \_\_\_\_\_

**C.** Nombre (primero, apellido) \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_

La relación con usted:  Hijo/a  Hijastro/a  Nieto/a  Otro (díganos): \_\_\_\_\_

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno):  Blanco  Negro  Asiático

Indio Americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico  Hispano o Latino

¿Recibe este niño LaCHIP o Medicaid?  Sí - Responda la siguiente pregunta.  No - Pase a la **D**.

Lugar de nacimiento: Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_

¿Es el niño ciudadano de los Estados Unidos?  Sí - Pase a la **D**  No - Responda estas preguntas.

¿Cuándo entró al país? \_\_\_\_\_ ¿Es residente permanente?  Sí  No

Si sí ¿Cuál es el número de tarjeta de residencia permanente (green card)? A# \_\_\_\_\_

**D.** Nombre (primero, apellido) \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mes, día, año) \_\_\_\_\_

La relación con usted:  Hijo/a  Hijastro/a  Nieto/a  Otro (díganos): \_\_\_\_\_

Raza/Antecedente étnico (No tiene que contestar. Puede más de uno):  Blanco  Negro  Asiático

Indio Americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico  Hispano o Latino

¿Recibe este niño LaCHIP o Medicaid?  Sí - Responda la siguiente pregunta.  No - Pase a la **5**

Lugar de nacimiento: Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Nombre de la madre (nombre, inicial del Segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de la madre \_\_\_\_\_

¿Es el niño ciudadano de los Estados Unidos?  Sí - Pase a la **5**  No - Responda estas preguntas.

¿Cuándo entró al país? \_\_\_\_\_ ¿Es residente permanente?  Sí  No

Si sí ¿Cuál es el número de tarjeta de residencia permanente (green card)? A# \_\_\_\_\_

**5. Si alguien que recibe LaCHIP/Medicaid está embarazada, díganos sobre el embarazo**

Ninguna embarazada – Pase a la pregunta 6

¿Quién? \_\_\_\_\_

Fecha aproximada de parto: \_\_\_\_\_

¿Espera más de un bebé?  Sí  No

**6. Si alguno de los niños tiene LaCHIP/Medicaid y seguro médico privado, responda las siguientes preguntas.  No tienen seguro – Pase a la pregunta 7**

Díganos los nombres de los niños que están cubiertos \_\_\_\_\_

Nombre del dueño de la póliza \_\_\_\_\_ Fecha que empezó la cobertura \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_ Grupo número \_\_\_\_\_

¿Qué cubre la póliza?  Hospital  Doctor  Medicina  Dental  Ambulancia  Maternidad

¿El seguro es a través de su trabajo?  Sí  No Si dijo sí, ¿Cuánto cuesta al mes? \_\_\_\_\_

→ Si el seguro es por su trabajo, Medicaid podría pagarle la mensualidad a través del programa LaHIPP. Llame al 1-866-362-5253 o visite [www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov](http://www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov) para más información.

**7. ¿Terminó el seguro privado en los últimos 12 meses?  Sí – Complete abajo**

No – Pase a la pregunta 8

Díganos quién ya no tiene seguro. \_\_\_\_\_

Fecha en que terminó el seguro \_\_\_\_\_ Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_ Grupo número \_\_\_\_\_

**8. Si alguno de los niños no tiene seguro médico privado ¿podrían tenerlo bajo la póliza de alguien más?**  Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 9

Díganos bajo la póliza de quién. \_\_\_\_\_ Su número de teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**9. ¿Trabaja alguien?**  Sí – Conteste abajo  No – Pase a la pregunta 10

*Abuelos u otros tutores (que no son los padres) no tienen que dar esta información.*

¿Quién trabaja?	Nombre del Empleador _____ Teléfono del Empleador _____ <input type="checkbox"/> Trabajo por mi cuenta	¿Cuánto le pagan (cantidad antes de las deducciones)? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual	¿Se ofrece seguro a través del trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Quién trabaja?	Nombre del Empleador _____ Teléfono del Empleador _____ <input type="checkbox"/> Trabajo por mi cuenta	¿Cuánto le pagan (cantidad antes de las deducciones)? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual	¿Se ofrece seguro a través del trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**10. ¿Recibe alguien ingresos (dinero) de:**

- Seguro Social • SSI • Desempleo • Compensación para Obreros • Dinero de amigos/familia
- Sustento Infantil (proporcione el nombre del niño que lo recibe) • Pensión Alimenticia • Otro (especifique)

Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 11

*Abuelos u otros tutores (que no son los padres) no tienen que dar esta información.*

¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto recibe? \$ _____	¿Como lo recibe? <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> mensual
¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto recibe? \$ _____	¿Como lo recibe? <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> mensual
¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto recibe? \$ _____	¿Como lo recibe? <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> mensual
¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto recibe? \$ _____	¿Como lo recibe? <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> mensual

11. ¿Ha solicitado alguien beneficios como del Seguro social, pero aún no lo recibe?  Sí – Complete abajo  No – Pase a pregunta 12

¿Quién? \_\_\_\_\_ ¿Qué es? \_\_\_\_\_

12. ¿Paga alguien por el cuidado de niños o de un adulto discapacitado para poder trabajar, ir a la escuela o recibir entrenamiento?  Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 13

Nombre del niño/s o Adulto que recibe el cuidado \_\_\_\_\_

¿Quién paga por el cuidado? \_\_\_\_\_

¿Quién lo paga? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto paga al mes? \_\_\_\_\_

¿Recibe ayuda para pagarlo de alguien o de algún programa?  Sí – ¿Cuánto? \_\_\_\_\_  No

Nombre de la guardería o proveedor de cuidados \_\_\_\_\_

Dirección de la guardería o proveedor de cuidados \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

13. ¿Paga alguien que vive con usted manutención infantil o marital ordenada por la corte?  Sí – Complete abajo  No – Pase a la pregunta 14

Nombre de la persona que lo paga \_\_\_\_\_

¿Cuánto paga? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

14. Si algún niño necesita una tarjeta nueva de LaChip/Medicaid, díganos quién. \_\_\_\_\_  
 Ningún niño la necesita – Firme en la próxima página

**Este es el final de la solicitud. Usted debe firmar en la próxima página.**

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

### LO QUE MEDICAID TIENE DERECHO A ESPERAR DE USTED

**CIUDADANÍA Y ESTADO MIGRATORIO:** Usted declara que la información proveída en esta solicitud sobre ciudadanía y estado migratorio es verdadera y correcta.

**REPORTE VERAZ:** Usted declara que la información que da en la solicitud es verdadera y correcta. Usted entiende que si a propósito da información que no es verdadera o no da toda la información que debe dar, usted y los solicitantes pueden recibir beneficios de salud que no deberían recibir. Si esto sucede puede ser penada legalmente por fraude y también puede ser obligada a devolver a Medicaid los gastos médicos que Medicaid ha pagado por usted erróneamente.

**VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN:** Usted entiende que la información que nos da sobre usted y los solicitantes será verificada. Usted está de acuerdo en ayudar a hacerlo y a permitir que Medicaid obtenga la información que necesita de agencias de gobierno, empleadores, proveedores médicos y otros.

**NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL:** Usted entiende que los números de seguro social sólo serán usados para obtener información de otras agencias de gobierno para decidir si usted y/o los solicitantes están calificados para Medicaid.

**PAGOS DE GASTOS MÉDICOS POR UNA TERCERA PARTE:** Usted entiende que al aceptar Medicaid, el departamento tiene derecho al dinero que usted reciba de otras fuentes como de compañías de seguros o pagos por orden judicial, por servicios que Medicaid ha pagado por usted y los solicitantes.

**REPORTANDO CAMBIOS:** Usted acuerda informar a Medicaid dentro de los primeros 10 días de los siguientes cambios: 1) si alguien que recibe Medicaid se mueve fuera del estado; 2) si alguien viene o se va del hogar; 3) cambios en el lugar donde vive o recibe su correo; 4) cambios en su seguro de salud privado y las mensualidades; 5) cambios en los ingresos; 6) cambios en los bienes poseídos por cualquiera de los beneficiarios de Medicaid que son discapacitados o mayores de 65 años; y 7) si el embarazo termina

**ENFORCE DE MANUTENCIÓN INFANTIL:** Usted comprende que Medicaid sólo enviará información de su caso a la oficina de Child Support Enforcement para que obtenga asistencia médica si usted lo solicita. Nosotros enviaremos información sólo si los padres reciben Medicaid.

### LO QUE USTED TIENE DERECHO A ESPERAR DE MEDICAID

**DERECHO A UNA APELACIÓN:** Usted comprende que puede pedir una audiencia si piensa que la decisión tomada en su caso es injusta, incorrecta o es tomada muy tarde.

**NO DISCRIMINACIÓN:** Usted comprende que Medicaid no puede tratarlo diferente por razones de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si piensa que se ha hecho, puede llamar a: U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights 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

**OTROS SERVICIOS:** Usted entiende información sobre WIC, KIDMED, y otros servicios de Medicaid se le enviarán a las personas que reciben Medicaid.



Firme aquí: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Si Medicaid completó esta solicitud, ellos firmarán abajo.*

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Comentarios del solicitante o del representante de Medicaid:**

---

---

---

---

La persona que hizo comentarios firme aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Envíenos los siguientes comprobantes

Algunos de estos documentos no aplican a su situación, la de su esposo, ni la de sus hijos que solicitan. Para los documentos que si aplican a su situación, avíenos si no tiene o no puede conseguir algunos de estos comprobantes, porque tal vez podemos ayudarle a obtenerlos.

¿Qué enviar?
Copias de todas las tarjetas de seguro médico (frente y reverso) <b>de todos los solicitantes</b>
Talones de cheques del último mes que muestren el salario bruto (antes de los impuestos) o una carta del empleador. Si tiene su propio negocio, envíe copias de los impuestos del ultimo año y las secciones (schedules) adjuntas – <b>para solicitantes o sus padres (legales o naturales)</b> . <i>Los abuelos y otros tutores (que no son los padres naturales) no tienen que enviar esta información.</i>
Comprobantes de ingresos brutos (antes de impuestos) de beneficios de veterano, compensación de trabajadores (worker’s comp), manutención marital, y cualquier otro ingresos que no sea de un trabajo. Los comprobantes podrían ser cartas de concesión y formulario de impuestos 1099 del año – <b>para los solicitantes y sus padres</b> . <i>Los abuelos y otros tutores (que no son los padres naturales) no tienen que enviar esta información.</i>
Declaraciones de amigos o familiares que le dan dinero a los padres del/de los solicitantes
Comprobantes de pago por cuidado de niños de la guardería. Comprobantes de pago por cuidados de un adulto del proveedor de los cuidados
Orden de la corte y comprobantes de pago de manutención marital o infantil dados a personas fuera del hogar. <i>Si se paga a través de la oficina de Support Enforcement Services de Louisiana, <b>no tiene que enviar comprobantes</b> – díganos.</i>

### ✓ Antes de enviar el formulario de renovación, confirme los siguientes puntos:

- Yo contesté todas las preguntas y completé todas las partes de esta solicitud de renovación.
- Yo firmé y puse fecha a la solicitud.
- Estoy enviando los comprobantes necesarios enumerados en esta página que aplican a mi situación. ***No tiene que enviar comprobantes cuando envía el formulario de renovación. Avíenos si necesita tiempo adicional***

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.

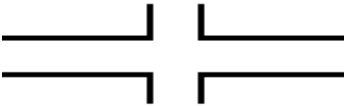
**Box 19:** Date and sign the card with your signature or mark.

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)						<b>GIVE LOCATION</b> 	
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				
<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							