


Đơn Gia Hạn

Gửi đơn lại trước ngày: _____

Đơn này dùng để gia hạn trợ cấp y tế cho trẻ em qua chương trình LaCHIP/Medicaid. Chúng tôi (Medicaid) sẽ cho quý vị biết nếu con của quý vị có đủ điều kiện được trợ cấp y tế.

Cách gia hạn.

1. Điền và ký tên vào đơn gia hạn rồi gửi qua bưu điện HOẶC liên lạc với viên chức đại diện hoặc gọi số 1-877-252-2447 để điền đơn gia hạn qua điện thoại.
2. **Thu thập giấy chứng nhận.** Quý vị phải gửi bằng chứng cho những câu hỏi có hình hộp thư . Nếu quý vị cần thêm thời gian để thu thập giấy chứng nhận, hãy cho chúng tôi biết ngay.
3. **Gửi đơn gia hạn này và giấy tờ chứng minh đã có ngay,** để chúng tôi tái xét xem con của quý vị có tiếp tục được trợ cấp y tế không. **Mang hoặc fax đơn gia hạn và giấy chứng nhận cho chúng tôi hoặc gửi qua đường bưu điện dùng phong bì đính kèm với đơn này.**
4. Khi quý vị có đủ những giấy chứng minh, gửi hoặc mang đến cho chúng tôi. Gọi số 1-888-342-6207 (có vấn đề về thính giác gọi số 1-800-220-5404) nếu cần địa chỉ văn phòng Medicaid địa phương hoặc số fax.

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 _____

1. Lý lịch bản thân (Cha mẹ hoặc người nuôi dưỡng).

Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ Nam Nữ

Số An Ninh Xã Hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): Trắng Đen Á Châu
 Da Đỏ hoặc người Alaska Người Hawaii hoặc người Đảo Thái Bình Dương Người Mỹ La Tinh

2. Cho chúng tôi biết cách liên lạc với quý vị .

Địa chỉ nhận thư _____

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Zip _____

Địa chỉ nhà (nếu khác địa chỉ trên) _____

Thành phố _____ Tiểu bang _____ Zip _____

Quận _____

Điện thoại ban ngày (_____) Điện thoại di động (_____)

Điện thoại để nhắn tin (_____) Địa chỉ -mail _____

Ngày giờ thuận tiện để liên lạc từ 7 giờ sáng đến 5 giờ chiều _____

Nếu quý vị đang tạm thời sống ở tiểu bang khác, quý vị có dự định trở về Louisiana? Có Không


3. Cho chúng tôi biết về người cha/mẹ hoặc người nuôi dưỡng (không phải người đứng tên đơn) Không có cha/mẹ khác – trả lời câu hỏi số 4

Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ Nam Nữ

Số An Ninh Xã Hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): Trắng Đen Á Châu
 Da Đỏ hoặc người Alaska Người Hawaii hoặc người Đảo Thái Bình Dương Người Mỹ La Tinh

4. Cho chúng tôi biết lý lịch của trẻ em dưới 19 tuổi đang sống chung với quý vị .

 Trẻ em **không phải** là công dân Hoa Kỳ, gửi hồ sơ chứng minh tình trạng di trú. Nếu cần thêm chỗ để viết, xin dùng thêm giấy trắng.

A. Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ Nam Nữ

Số An Ninh Xã Hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Quan hệ với quý vị: Con Con riêng của vợ/chồng Cháu Quan hệ khác: _____

Gọi số 1-877-252-2447 thường trực 24 tiếng để điền đơn gia hạn. Nếu cần giúp điền đơn, hãy gọi viên chức đại diện hoặc 1-888-342-6207 (TTY 1-800-220-5404). SỐ ĐIỆN THOẠI TRÊN MIỄN PHÍ.

Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): Trắng Đen Á Châu
 Da Đỏ hoặc người Alaska Người Hawai hoặc người Đảo Thái Bình Dương Người Mỹ La Tinh

Người này có trợ cấp y tế không? Có Không Nếu **có**, trả lời câu kế tiếp. Nếu **không**, đến phần **B**.

Nơi sinh: Thành phố _____ Quận _____ Tiểu bang _____ Quốc gia _____

Tên mẹ (tên gọi, tên đệm, họ) _____

Tên họ của mẹ _____

Người này có sống ở Louisiana không? Có Không

Nếu người này đang tạm thời sống ở bang khác, người này có dự định trở về Louisiana? Có Không

Nếu **không** là công dân Hoa Kỳ, ngày đến Hoa Kỳ? _____ Số Thẻ Thường Trú _____

B. Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ Nam Nữ

Số An Ninh Xã Hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Quan hệ với quý vị: Con Con riêng của vợ/chồng Cháu Quan hệ khác: _____

Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): Trắng Đen Á Châu
 Da Đỏ hoặc người Alaska Người Hawai hoặc người Đảo Thái Bình Dương Người Mỹ La Tinh

Người này có trợ cấp y tế không? Có Không Nếu **có**, trả lời câu kế tiếp. Nếu **không**, đến phần **C**.

Nơi sinh: Thành phố _____ Quận _____ Tiểu bang _____ Quốc gia _____

Tên mẹ (tên gọi, tên đệm, họ) _____

Tên họ của mẹ _____

Người này có sống ở Louisiana không? Có Không

Nếu người này đang tạm thời sống ở bang khác, người này có dự định trở về Louisiana? Có Không

Nếu **không** là công dân Hoa Kỳ, ngày đến Hoa Kỳ? _____ Số Thẻ Thường Trú _____

C. Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ Nam Nữ

Số An Ninh Xã Hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Quan hệ với quý vị: Con Con riêng của vợ/chồng Cháu Quan hệ khác: _____

Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): Trắng Đen Á Châu
 Da Đỏ hoặc người Alaska Người Hawai hoặc người Đảo Thái Bình Dương Người Mỹ La Tinh

Người này có trợ cấp y tế không? Có Không Nếu **có**, trả lời câu kế tiếp. Nếu **không**, đến phần **D**.

Nơi sinh: Thành phố _____ Quận _____ Tiểu bang _____ Quốc gia _____

Tên mẹ (tên gọi, tên đệm, họ) _____

Tên họ của mẹ _____

Người này có sống ở Louisiana không? Có Không

Nếu người này đang tạm thời sống ở bang khác, người này có dự định trở về Louisiana? Có Không

Nếu **không** là công dân Hoa Kỳ, ngày đến Hoa Kỳ? _____ Số Thẻ Thường Trú _____

D. Tên (Tên gọi, tên đệm, tên họ) _____ Nam Nữ

Số An Ninh Xã Hội _____ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) _____

Quan hệ với quý vị: Con Con riêng của vợ/chồng Cháu Quan hệ khác: _____

Chủng tộc/Nguồn gốc (không buộc trả lời, đánh dấu một hoặc nhiều hơn): Trắng Đen Á Châu
 Da Đỏ hoặc người Alaska Người Hawai hoặc người Đảo Thái Bình Dương Người Mỹ La Tinh

Người này có trợ cấp y tế không? Có Không Nếu **có**, trả lời câu kế tiếp

Nơi sinh: Thành phố _____ Quận _____ Tiểu bang _____ Quốc gia _____

Tên mẹ (tên gọi, tên đệm, họ) _____

Tên họ của mẹ _____

Người này có sống ở Louisiana không? Có Không

Nếu người này đang tạm thời sống ở bang khác, người này có dự định trở về Louisiana? Có Không

Nếu **không** là công dân Hoa Kỳ, ngày đến Hoa Kỳ? _____ Số Thẻ Thường Trú _____

5. Bất cứ ai đang có trợ cấp y tế LaCHIP mà mang thai, xin cho chúng tôi biết thêm chi tiết.


Không có thai - Trả lời câu hỏi số 6

Ngày sẽ sinh em bé _____ Có thai sinh đôi hoặc nhiều hơn? Có Không

Nếu người này đã gặp bác sĩ hoặc đã đi bệnh viện chăm sóc thai nhi, cho chúng tôi biết tên bác sĩ và/hoặc bệnh viện _____

6. Nếu trẻ em này có trợ cấp y tế LaCHIP và bảo hiểm sức khỏe cá nhân, trả lời câu hỏi dưới.

Không có bảo hiểm sức khỏe - Trả lời câu số 7

 **Gửi bản sao mặt trước và mặt sau của thẻ bảo hiểm cá nhân.** Nếu có nhiều hơn hai bảo hiểm, dùng thêm một tờ giấy khác.

Cho chúng tôi biết tên trẻ em có bảo hiểm sức khỏe cá nhân _____
 Người đứng tên hợp đồng bảo hiểm _____ Ngày bảo hiểm có hiệu lực _____
 Tên hãng bảo hiểm và số điện thoại _____
 Địa chỉ của hãng bảo hiểm _____
 Số hợp đồng bảo hiểm _____ số nhóm _____
 Bảo hiểm trả loại nào? Bệnh viện Bác sĩ Thuốc Nha sĩ Xe cấp cứu Mang thai
 Bảo hiểm trên có mua qua sở làm phải? Có Không Nếu có, trả bao nhiêu một tháng? _____

→ Nếu bảo hiểm mua qua sở làm, Medicaid có thể sẽ giúp trả cho tiền mua bảo hiểm hàng tháng qua chương trình LaHIPP. Gọi số 1-866-362-5253 hoặc vào mạng www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov để biết thêm chi tiết.



7. Con của quý vị có ai có bảo hiểm sức khỏe cá nhân mà đã hết hiệu lực trong vòng 12 tháng qua không? Có – Điền vào phần sau Không – Trả lời câu hỏi số 8

Cho chúng tôi biết ai đã không còn bảo hiểm. _____
 Ngày bảo hiểm hết hiệu lực _____ Tên hãng bảo hiểm _____
 Số hợp đồng bảo hiểm _____ số nhóm _____

8. Nếu con của quý vị không có bảo hiểm sức khỏe cá nhân, con của quý vị có thể mua bảo hiểm sức khỏe với người khác không? Có – Điền vào phần sau Không – Trả lời câu hỏi số 9

Người đứng mua bảo hiểm. _____ Số điện thoại(_____) _____


9. Có ai trong gia đình đi làm? Có – Điền vào phần sau Không – Trả lời câu hỏi số 10

 **Gửi bản sao cuống lương hoặc bằng chứng lợi tức của tháng vừa qua.**  **Nếu có cơ sở làm riêng,** gửi bản sao của đơn khai thuế liên bang mới nhất kèm theo những đơn thuế liệt kê (schedule), hoặc giấy tờ chứng nhận khác nếu quý vị không có đơn khai thuế. Ông bà (nội ngoại) và người nuôi dưỡng (không phải cha mẹ) không phải gửi giấy tờ chứng minh lợi tức.

Tên của người đi làm	<input type="checkbox"/> Có cơ sở làm riêng Tên sở làm Số Điện thoại sở làm	Lãnh lương bao nhiêu? \$ _____ Bao lâu được lãnh? <input type="checkbox"/> mỗi tuần <input type="checkbox"/> mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> hai lần một tháng <input type="checkbox"/> mỗi tháng	Có thể mua Bảo hiểm qua sở làm được không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tên của người đi làm	<input type="checkbox"/> Có cơ sở làm riêng Tên sở làm Số Điện thoại sở làm	Lãnh lương bao nhiêu? \$ _____ Bao lâu được lãnh? <input type="checkbox"/> mỗi tuần <input type="checkbox"/> mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> hai lần một tháng <input type="checkbox"/> mỗi tháng	Có thể mua Bảo hiểm qua sở làm được không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

10. Is anyone getting income (money) from:

- Tiền cấp dưỡng cho con
 - Tiền nhận từ bạn/họ hàng
 - Tiền hưu/An Ninh Xã Hội
 - Phụ cấp An Ninh Xã Hội (SSI)
 - Tiền thất nghiệp
 - Tiền bồi thường lao động
 - Tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng
 - Lợi tức cưu quân nhân
 - Khoản tiền khác
- Có – Điền vào phần sau Không – Trả lời câu hỏi số 11

 **Gửi chứng nhận của lợi tức.** Quý vị **không cần** gửi chứng nhận của tiền An Ninh Xã Hội, phụ cấp An Ninh Xã Hội, hoặc tiền thất nghiệp, trừ khi khoản tiền trên nhận từ tiểu bang khác. Quý vị không phải gửi bằng chứng cho tiền cấp dưỡng cho con nếu nhận qua văn phòng buộc cha/mẹ cấp dưỡng cho con nếu không ở chung của (Louisiana Support Enforcement Services) – Cho chúng tôi biết. Ông bà (nội ngoại) và người nuôi dưỡng (không phải cha mẹ) không phải gửi giấy tờ chứng minh lợi tức


Tên	Nguồn lợi tức	Lãnh bao nhiêu? \$ _____	Bao lâu lãnh một lần? <input type="checkbox"/> mỗi tuần <input type="checkbox"/> mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> mỗi tháng

Tên	Nguồn lợi tức	Lãnh bao nhiêu? \$ _____	Bao lâu lãnh một lần? <input type="checkbox"/> mỗi tuần <input type="checkbox"/> mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> mỗi tháng
Tên	Nguồn lợi tức	Lãnh bao nhiêu? \$ _____	Bao lâu lãnh một lần? <input type="checkbox"/> mỗi tuần <input type="checkbox"/> mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> mỗi tháng
Tên	Nguồn lợi tức	Lãnh bao nhiêu? \$ _____	Bao lâu lãnh một lần? <input type="checkbox"/> mỗi tuần <input type="checkbox"/> mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> mỗi tháng

11. Có ai điền đơn cho chương trình Hưu Trí /An Ninh Xã Hội, hoặc Lợi tức cụu quân nhân, nhưng chưa được lãnh không? Có – Điền vào phần sau Không – Trả lời câu hỏi số 12

Ai? _____ Chương trình nào? _____

12. Có ai phải trả tiền cho việc giữ trẻ hoặc trả tiền để chăm sóc người lớn bị tàn tật để quý vị đi làm hoặc đi huấn nghệ không? Có – Điền vào phần sau Không – Trả lời câu hỏi số 13

 **Gửi bằng chứng của tiền trả hàng tháng** nếu quý vị muốn được khấu trừ. Số tiền khấu trừ này sẽ làm giảm tổng lợi tức phải tính của quý vị và có thể giúp con quý vị có tiếp tục được hưởng trợ cấp y tế.

Tên của trẻ em hoặc người bị tàn tật cần sự chăm sóc _____

Ai trả tiền chăm sóc này? _____

Trả bao nhiêu? _____ Bao lâu phải trả một lần? _____


Có ai hoặc có chương trình nào giúp quý vị trả tiền chăm sóc này không? Có Không

Bao nhiêu? _____

Tên của nơi giữ trẻ hoặc tên người giữ trẻ _____

Thành Phố _____ Số điện thoại (_____) _____

13. Có ai phải trả tiền cấp dưỡng cho con, vợ, hoặc chồng không? Có – Điền vào phần sau
 Không – Ký tên vào đơn

 **Gửi bằng chứng của tiền trả hàng tháng** nếu quý vị muốn được khấu trừ. Số tiền khấu trừ này sẽ làm giảm tổng lợi tức phải tính của quý vị và có thể giúp con quý vị có tiếp tục được hưởng trợ cấp y tế. Quý vị không phải gửi bằng chứng cho tiền cấp dưỡng cho con nếu nhận qua văn phòng buộc cha/mẹ cấp dưỡng cho con nếu không ở chung của Louisiana.

Tên của người trả số tiền trên _____

Trả bao nhiêu tiền? _____ Bao lâu trả một lần? _____



Ký Tên: _____ Ngày _____

Nếu viên chức đại diện của văn phòng Medicaid điền đơn này cho quý vị, họ sẽ ký tên dưới đây.

_____ Ngày _____

Dùng phong bì dính kèm để gửi đơn và những giấy tờ chứng minh đến văn phòng Medicaid. Cảm ơn.

✓ Trước khi quý vị gửi đơn gia hạn, làm ơn xem lại những mục sau:

Lưu ý, quý vị không phải gửi tất cả giấy chứng minh khi gửi Đơn Gia Hạn. Quý vị có thể gửi giấy chứng minh sau. Chúng tôi sẽ gửi thư và cho quý vị ít nhất là 15 ngày để bổ túc hồ sơ.

- Tôi đã ký tên và viết ngày vào Đơn Gia Hạn.
- Tôi đã trả lời tất cả các câu hỏi và điền tất cả mọi phần của đơn này.
- Trẻ em đang hưởng trợ cấp y tế LaCHIP mà không phải công dân Hoa Kỳ, tôi đang gửi/sẽ gửi chứng nhận tình trạng di trú.
- Tôi đang gửi/sẽ gửi bản sao mặt trước và mặt sau của thẻ bảo hiểm cá nhân của trẻ em.
- Tôi đang gửi/sẽ gửi giấy chứng nhận của những người có lợi tức liệt kê trong đơn.
- Tôi đang gửi/sẽ gửi giấy chứng nhận tiền chi phí cho việc giữ trẻ/chăm sóc người lớn bị tàn tật.
- Tôi đang gửi/sẽ gửi giấy chứng nhận tiền cấp dưỡng cho con, vợ hoặc chồng.

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.

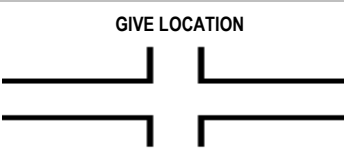
Box 19: Date and sign the card with your signature or mark.

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.

LOUISIANA MAIL VOTER REGISTRATION APPLICATION FORM #04				OFFICIAL USE ONLY COMP REG # _____ Reg Type _____ Wd/ Dist _____ Pct _____ In _____ Out _____			
1 Are you a citizen of the United States of America? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Will you be 18 years of age on or before election day YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> If you checked no in response to either of these questions, DO NOT COMPLETE THIS FORM.							
2 NAME OF APPLICANT (PLEASE PRINT NAME)						GIVE LOCATION 	
LAST		First		FULL MIDDLE OR MAIDEN			
3 RESIDENCE ADDRESS (MUST BE ADDRESS WHERE YOU CLAIM HOMESTEAD EXEMPTION, IF ANY)							
HOUSE OR APT. NO. & STREET				CITY OR TOWN		STATE ZIP	
IF NO mail delivery to residential address, check here: ()				MAILING ADDRESS IF DIFFERENT			
4 AGE		5 DATE OF BIRTH		6 * SOCIAL SECURITY #(CIRCLE ONE)		7 SEX (CIRCLE ONE)	
		MONTH DAY YEAR		NO YES # _____		MALE FEMALE	
8 ** RACE/ ETHNIC ORIGIN (CIRCLE ONE)							
WHITE BLACK ASIAN HISPANIC AMER. INDIAN OTHER: _____							
9 PARTY AFFILIATION (CIRCLE ONE)				10 APPLICANTS'S PLACE OF BIRTH		11 MOTHERS MAIDEN NAME	
DEM GRN LBT RFM REP NONE OTHER (SPECIFY) _____				CITY OR TOWN PARISH OR COUNTY STATE COUNTRY			
12 ** HOME PHONE			13 ** DAYTIME PHONE		14 LA DRIVERS LICENSE / I.D. #(CIRCLE ONE)		15 Will you require assistance at the polls?(CIRCLE ONE)
()			()		NO YES # _____		NO YES IF YES, GIVE REASON
16 LAST RESIDENCE ADDRESS			17 PLACE OF REGISTRATION		18 FOMER REGISTERED NAME, IF APPLICABLE		
ADDRESS			PARISH OR COUNTY STATE				
AFFIRMATION : I do hereby solemnly swear or affirm that I am a United States citizen, that I am at least 17 years old, that I am not currently under an order of imprisonment for conviction of a felony, that I am not currently under a judgment of full interdiction or limited interdiction where my right to vote has been suspended, that I am a bona fide resident of this state and parish, and that the facts given by me on this application are true to the best of my knowledge and belief. If I have provided false information, I may be subject to a fine of not more than \$1,000 (\$2,500 for subsequent offense) or imprisonment for not more than 1 year.							
19 SIGN YOUR NAME IN BOX AT RIGHT							
DATE: _____ / _____ / _____							
20 IF YOU ARE UNABLE TO SIGN YOUR NAME, TWO WITNESSES TO YOUR MARK MUST SIGN HERE							
WITNESS SIGNATURE				WITNESS SIGNATURE			
* Last 4 digits of the social security number required if no LA driver's license issued; social security number is intended to be used for voter registration purposes only Full # Optional ** OPTIONAL							
LR-1M (REV. 1/11, 7/11) R.S. 18:104 FORM #04							