


PROGRAMA DE MEDICAID DE LOUISIANA

Devuelva este formulario o llame antes del:

Utilice este formulario para renovar la cobertura de Medicaid. Si **no** renueva, la cobertura de Medicaid **terminará**. Después de obtener la información que necesitamos de usted, le avisaremos si usted y/o su familia aún están cubiertos.

Cómo renovar

1. **Complete y firme este formulario para renovar por correo o llame a su trabajador para renovar por teléfono.**
2. **Obtenga los comprobantes.** Vea el dibujo de la casilla de correo  al lado de cada documento que necesitamos. Si necesita más tiempo para obtener los comprobantes, avísenos inmediatamente.
3. **Envíenos este formulario y los comprobantes que ya tiene inmediatamente**, para que podamos comenzar a trabajar para ver si usted y/o su familia cumplen con los requisitos. **Traiga o envíenos por fax el formulario y comprobantes o envíelos por correo en el sobre que le llego con este formulario.**
4. Cuando obtenga el resto de los comprobantes, envíelos o tráigalos a nuestras oficinas. Si necesita la dirección o número de fax de la oficina de Medicaid más cercana, llame al 1-888-342-6207, TTY: 1-800-220-5404. Estas llamadas son gratis.

¿Qué idioma habla mejor? Inglés Español Vietnamita Otro _____
¿Qué idioma escribe mejor? Inglés Español Vietnamita Otro _____

1. Cuéntenos sobre usted (la persona que recibe Medicaid).

Nombre (primero, inicial del segundo, apellido) _____ Masculino Femenino

Apellido de soltera _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____


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

¿Dónde nació usted? Ciudad _____ Condado _____

Estado _____ País _____

Nombre de su madre (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Apellido de soltera de su madre _____

 Si usted **no es** ciudadano/a de los Estados Unidos, envíe comprobantes de su estado migratorio y responda las siguientes preguntas.

Si **no es** ciudadano/a de Estados Unidos, ¿en qué fecha entró al país? _____

¿Cuál es su número de tarjeta de residencia permanente? _____

2. Díganos como contactarlo/a

Dirección de Correo _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección donde vive (si es diferente) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____


Condado donde vive _____ Teléfono de día (_____) _____

Teléfono celular (_____) _____ Teléfono de mensajes (_____) _____

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 este formulario, llame a su trabajador o a Medicaid al 1-877-252-2447; Si tiene problemas para oír y tiene un teléfono de texto TTY, llame al 1-800-220-5404. ESTAS LLAMADAS SON GRATIS.

3. Díganos sobre las personas que viven con usted. Nadie vive conmigo – Pase a la pregunta 4. *Díganos sobre su cónyuge, hijos menores de 19 años y padres de los niños.*  *Si alguien que recibe Medicaid no es ciudadano/a de los Estados Unidos, envíenos comprobantes de su estado migratorio. Para espacio adicional, utilice una hoja aparte.*

A. Nombre (Primer nombre, apellido) _____ Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____ Número de Seguro Social _____
Relación con usted: Cónyuge Hijo/a Hijastro/a Otro: _____

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 Medicaid esta persona? Sí No Si **sí**, responda las siguientes preguntas. Si **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 _____

Si no es ciudadano/a de los Estados Unidos, ¿en qué fecha entró al país? _____

¿Cuál es su número de tarjeta de residencia permanente? _____

B. Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido) _____ Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____ Número de Seguro Social _____
Relación con usted: Cónyuge Hijo/a Hijastro/a Otro: _____

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 Medicaid esta persona? Sí No Si **sí**, responda las siguientes preguntas. Si **no**, pase a la

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ País _____

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

Apellido de soltera de la madre _____

Si no es ciudadano/a de los Estados Unidos, ¿en qué fecha entró al país? _____

¿Cuál es su número de tarjeta de residencia permanente? _____

C. Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido) _____ Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____ Número de Seguro Social _____
Relación con usted: Cónyuge Hijo/a Hijastro/a Otro: _____

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 Medicaid esta persona? Sí No Si **sí**, responda las siguientes preguntas. Si **no**, pase a la

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ País _____

Nombre de la madre (nombre, inicial del segundo, apellido) _____

Apellido de soltera de la madre _____

Si no es ciudadano/a de los Estados Unidos, ¿en qué fecha entró al país? _____

¿Cuál es su número de tarjeta de residencia permanente? _____

D. Nombre (Primer nombre, inicial del segundo, apellido) _____ Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento (mes, día, año) _____ Número de Seguro Social _____
Relación con usted: Cónyuge Hijo/a Hijastro/a Otro: _____

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 Medicaid esta persona? Sí No Si **sí**, responda las siguientes preguntas. Si **no**, pase a la **4**

Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ País _____

Nombre de la madre (nombre, inicial del segundo, apellido) _____

Apellido de soltera de la madre _____

Si no es ciudadano/a de los Estados Unidos, ¿en qué fecha entró al país? _____

¿Cuál es su número de tarjeta de residencia permanente? _____

4. **¿Tiene alguien que recibe Medicaid un esposo/a que ha fallecido?** Sí – Complete abajo
 No – Pase a la pregunta 5

¿Quién tiene un esposo/a fallecido/a? _____

Díganos sobre el esposo/a fallecido/a. *Si necesita, use una hoja aparte.*

Nombre _____ Número de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha de fallecimiento _____

¿Veterano? Sí No Número de Retirado del ferrocarril _____

5. **¿Tiene alguna de las personas que reciben Medicaid una discapacidad?** Sí – Complete abajo
 No – Pase a la pregunta 6 *Si necesita espacio adicional, utilice una hoja aparte.*

Persona #1:

¿Quién tiene la discapacidad? _____ ¿Cuándo comenzó? _____

Cuéntenos sobre la discapacidad _____

Díganos sobre los doctores, hospitales o proveedores médicos que atienden a esta persona.

Nombre _____ Dirección y número de teléfono _____

Nombre _____ Dirección y número de teléfono _____

Nombre _____ Dirección y número de teléfono _____

Nombre _____ Dirección y número de teléfono _____

Nombre _____ Dirección y número de teléfono _____

Persona #2:

¿Quién tiene la discapacidad? _____ ¿Cuándo comenzó? _____

Cuéntenos sobre la discapacidad _____

Díganos sobre los doctores, hospitales o proveedores médicos que atienden a esta persona.

Nombre _____ Dirección y número de teléfono _____

Nombre _____ Dirección y número de teléfono _____

Nombre _____ Dirección y número de teléfono _____

Nombre _____ Dirección y número de teléfono _____

Nombre _____ Dirección y número de teléfono _____

6. **Si alguna de las personas que reciben Medicaid está embarazada, cuéntenos sobre el embarazo.**



Fecha de parto estimada _____ ¿Espera más de un bebé? Sí No

7. **Si alguien que recibe Medicaid ha solicitado beneficios de discapacidad de la Administración del Seguro Social o Ingreso de Seguridad Suplemental (SSI) en los últimos 12 meses, díganos:**

¿Quién solicitó? _____ ¿Ha sido tomada una decisión? Sí No

Si sí, ¿cuál fue la decisión? _____

8. **¿Trabaja alguien?** Sí – Complete en la próxima página No – Pase a la pregunta 9


 *Envíe copias de los talones de cheques u otro comprobante de ingresos del último mes.*  *Si alguien tiene su propio negocio, envíe copias de los formularios de declaración de impuestos con todas las secciones (schedules) adjuntas, u otros comprobantes si no tiene la declaración de impuestos.*

| | | | |
|-----------------|---|---|---|
| ¿Quién trabaja? | Nombre del empleador _____ Número de teléfono del empleador _____ <input type="checkbox"/> Negocio propio | ¿Cuánto? (muestre ingreso bruto, no lo que se lleva a casa) \$ _____ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> mensual | ¿Se ofrece seguro a través de este trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Quién trabaja? | Nombre del empleador _____ Número de teléfono del empleador _____ <input type="checkbox"/> Negocio propio | ¿Cuánto? (muestre ingreso bruto, no lo que se lleva a casa) \$ _____ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> mensual | ¿Se ofrece seguro a través de este trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

9. ¿Recibe alguien dinero de:

- Seguro social • SSI • Pensión Alimenticia • Manutención marital • Desempleo
- Dinero de amigos/familiares • Worker's Comp (compensación de trabajadores)
- Beneficios de veterano • Retiro • Retiro del Ferrocarril • Dividendos • Derechos
- Anualidades • Renta de otras propiedades • Algo más (díganos)

Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 10


 **Envíe comprobantes.** Usted **no** tiene que enviar comprobantes de beneficios de seguro social, SSI o desempleo, a no ser que el desempleo se reciba de otro estado. Usted no tiene que enviar comprobantes de manutención infantil si lo recibe a través de la oficina de Support Enforcement Services (SES) de Louisiana -- díganos.

| | | | |
|-------------------|-----------------|--|--|
| ¿Quién lo recibe? | Tipo de ingreso | ¿Cuánto recibe? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes | Para beneficios de veterano o de retiro del ferrocarril, díganos el número de reclamo o de registro: |
| ¿Quién lo recibe? | Tipo de ingreso | ¿Cuánto recibe? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes | Para beneficios de veterano o de retiro del ferrocarril, díganos el número de reclamo o de registro: |
| ¿Quién lo recibe? | Tipo de ingreso | ¿Cuánto recibe? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes | Para beneficios de veterano o de retiro del ferrocarril, díganos el número de reclamo o de registro: |

10. ¿Ha solicitado alguien ayuda del seguro social o beneficios de veterano pero no se los otorgaron todavía? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 11

¿Quién? _____
¿Qué es? _____

11. Díganos de cualquier persona del hogar que tenga alguna de las cosas enumeradas.

 **Envíe comprobantes de cada uno para mostrar el valor y/o quien lo posee.** Si no hay comprobantes avísenos.

¿Cuentas de cheques? Sí No

Si sí, ¿a quién le pertenecen? _____

Número de cuenta/s _____

¿Cuánto hay en cada cuenta? _____

Nombre del banco _____

¿Cuentas de ahorros? Sí No

Si **sí**, ¿a quién le pertenecen? _____

Número de cuenta/s _____

¿Cuánto hay en cada cuenta? _____

Nombre del banco _____

¿Certificados de depósito (CD)? Sí No

Si **sí**, ¿a quién le pertenecen? _____

Número de cuenta/s _____

¿Cuánto hay en cada cuenta? _____

Nombre del banco _____

¿Bonos y/o acciones? Sí No

Si **sí**, ¿a quién le pertenecen? _____

Si son bonos, ¿de qué tipo? _____

Número de bono/s _____

¿Cuál es el valor del bono/s? _____

¿Cuál es el valor de las acciones? _____

¿Cuál es el nombre de la compañía? _____

¿Anualidades y/o cuentas de retiro? Sí No

Si **sí**, ¿a quién le pertenecen? _____

Número de cuenta/s _____

¿Cuánto hay en cada cuenta? _____

¿Se reciben pagos periódicamente? Sí No

Si **sí**, ¿cuánto? \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Si **no**, ¿pueden recibirse pagos? Sí No

¿Se puede hacer un retiro de todos los fondos? Sí No

¿Cuentas IRA (cuenta de retiro individual) o Keogh? Sí No

Si **sí**, ¿a quién le pertenece? _____

Nombre/s en la cuenta _____

Nombre del banco _____

Número de cuenta/s _____

¿Cuánto hay en cada cuenta? _____

¿Cajas de seguridad o de depósito? Sí No

Si **sí**, ¿a quién le pertenece? _____

Nombre del banco _____

¿Qué hay dentro de la caja o cajas? _____

¿Cuál es el valor de los artículos que están en cada caja? _____

¿Automóviles, camionetas, botes, campers, motocicletas, ATVs (cuatriciclos)? Sí No

Si **sí**, ¿cuántos hay en el hogar? _____

¿Quién es el dueño? _____

¿Cuáles son las marcas, tipos y modelos? _____

¿Cuál es el valor de cada uno? _____

¿Cuánto se debe del valor de cada uno? _____

¿Seguros de vida o de entierro? Sí No

Si **sí**, ¿Quién tiene seguro? _____

¿Quién es el dueño de la póliza/s? _____

¿Cuál es el valor total de cada póliza (face value)? _____

¿Cuál es el Número de póliza/s? _____

¿Nombre de la compañía/s de seguros? _____

¿Hay dinero reservado en una cuenta de banco para entierro o un contrato de entierro acordado previamente con la casa funeraria? Sí No

Si sí, ¿a quién le pertenecen? _____

¿Cuál es el valor? _____

¿Nombre del banco o compañía? _____

Si es un contrato de entierro previamente acordado, ¿cómo se pagará? Seguro de vida En efectivo
 Ambos

¿Está completamente pagado el contrato previamente acordado? Sí No

¿Puede el contrato previamente acordado ser cancelado o revocado? Sí No

¿Propiedad donde vive? Sí No

Si sí, ¿a quién le pertenece? _____

¿Cuál es el valor? _____

Díganos sobre ella (ubicación, tamaño del lote, número de acres). _____

¿Propiedad en la que usted no vive, como otra casa, tierras o propiedad fuera del estado? Sí No

Si sí, ¿a quién le pertenece? _____

¿Cuál es el valor? _____

Díganos sobre ella (ubicación, tamaño del lote, número de acres). _____


¿Algo más? Sí No

Si sí, ¿a quién le pertenece? _____

¿Qué es? _____

¿Cuál es el valor? _____

Díganos sobre este bien o bienes. _____

12. ¿Ha creado alguien que recibe Medicaid un fideicomiso, o ha puesto bienes en un fideicomiso o se ha creado un fideicomiso para él o ella? Sí – Responda abajo No – Pase a la pregunta 13.  *Envíe copia de los documentos del fideicomiso.*

Díganos la fecha en que el fideicomiso fue creado. _____

¿Puede ser revocado o cancelado? Sí No

¿Fue establecido el fideicomiso por un testamento? Sí No

¿Fue establecido el fideicomiso para una persona discapacitada menor de 65 años de edad? Sí No

¿Quién lo creó? _____

¿De quién es la propiedad o el dinero utilizado para establecer el fideicomiso? _____


Díganos qué hay en el fideicomiso. _____

¿Quién recibe ingresos del fideicomiso? _____

¿Quién es la persona principal que recibe ingresos del fideicomiso? _____

¿Quién es el administrador? _____

13. Si alguien que recibe Medicaid tiene seguro médico privado, responda las siguientes preguntas. Nadie tiene seguro – Pase a la pregunta 14

 *Envíe copias del frente y el reverso de las tarjetas de seguro. Si hay más de un seguro, utilice una hoja aparte.*

Díganos quién está cubierto. _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha inicial de cobertura _____

Nombre y número de teléfono de la compañía de seguros _____

Dirección de la compañía de seguros _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

Cubre: Hospital Doctor Medicina Dental Ambulancia Embarazo

¿Es este seguro a través de un trabajo? Sí No Si sí, ¿Cuánto cuesta al mes? _____

→ *Si el seguro es a través de un trabajo, Medicaid podría ayudarle a pagar las cuotas con el programa LaHIPP. Llame al 1-866-362-5253 o visite www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov para más información.*

14. Si alguno de los solicitantes no tiene seguro médico ¿podría tener seguro médico bajo la póliza de alguien más? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 15


Díganos bajo la póliza de quién _____ Número de teléfono de ellos (_____) _____

15. ¿Tiene Medicare alguna de las personas que reciben Medicaid? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 16

Nombre _____ Número de Medicare _____

Nombre _____ Número de Medicare _____

16. ¿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 17

 *Envíe comprobantes de pago si quiere que lo descontemos de sus ingresos. Estos costos reducen el monto de sus ingresos que consideramos y pueden ayudarle a continuar recibiendo Medicaid.*

Nombre del niño/s o adulto que recibe el cuidado _____

¿Quién lo paga? _____

¿Cuánto paga? _____ ¿Con qué frecuencia? _____


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

Nombre de la guardería o proveedor de cuidados _____

Número de teléfono de la guardería o proveedor de cuidados (_____) _____

Dirección de la guardería o proveedor de cuidados _____ Ciudad _____

17. ¿Paga alguien en su casa manutención infantil o marital ordenada por la corte? Sí – Complete abajo No – Firme abajo

 *Envíe una copia de la orden de la corte y comprobante de pagos si quiere que lo descontemos de sus ingresos. Estos gastos reducen el monto de sus ingresos que consideramos y puede ayudar a continuar recibiendo Medicaid. Si lo paga a través de la oficina de Louisiana Support Enforcement Services (SES), usted **no** tiene que enviar comprobantes -- díganos.*

Nombre de la persona que lo paga _____

¿Cuánto paga? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Es el fin de la solicitud. Usted debe firmar en la próxima página.



Firme aquí: _____ Fecha _____

Firma del esposo/a aquí (si recibe Medicaid): _____ Fecha _____

Si alguien de Medicaid completó esta solicitud, ellos firmarán abajo.

_____ Fecha _____

Por favor utilice el sobre que vino con este formulario de renovación para enviar el formulario firmado y los comprobantes que tenga. Gracias.

✓ Antes de enviar este formulario, por favor confirme los siguientes puntos:

→ Recuerde que no tiene que tener todos los comprobantes cuando envía el formulario. Puede enviar el resto más tarde. Le enviaremos una carta y le daremos al menos 10 días para enviar los comprobantes faltantes.

- Yo firmé y puse fecha al formulario.
- Contesté todas las preguntas y complete todas las secciones de este formulario.
- Para las personas que no son ciudadanas de los Estados Unidos, envíe o enviaré comprobantes de estado migratorio.
- Estoy enviando o voy a enviar una copia de ambos lados de las tarjetas de seguros.
- Estoy enviando o voy a enviar comprobantes de ingresos de todas las personas listadas en este formulario.
- Estoy enviando o voy a enviar comprobantes de pago por cuidado de niños de la guardería o comprobantes de pago por cuidados de un adulto del proveedor de los cuidados
- Estoy enviando o voy a enviar orden de la corte y comprobantes de pago de manutención marital o infantil dados a personas fuera del hogar
- Estoy enviando o voy a enviar comprobantes de los bienes que poseemos.
- Estoy enviando o voy a enviar copia de los documentos del fideicomiso.

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

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.

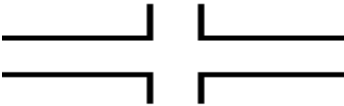
Box 19: Date and sign the card with your signature or mark.

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 | | | | | | | |