

TAKE CHARGE

Renovación para Programa de planificación familiar

Devuelva este formulario o llame antes del:

Utilice este formulario para renovar su cobertura para servicios del programa de planificación familiar. Si usted no renueva, su cobertura terminará. Usted puede renovar por correo, por fax, por teléfono o en persona.

Cómo renovar:

Por correo: Complete y firme el formulario. Envíe el formulario y los comprobantes necesarios (vea la página 3) en el sobre adjunto. Si necesita espacio adicional para responder una pregunta, utilice una hoja aparte.

Por fax: Complete y firme el formulario. Envíe el formulario y los comprobantes necesarios (vea la página 3) al número de fax que aparece en la carta que le vino con este formulario o envíelo al 1-877-523-2987.

Por teléfono: Llame al trabajador que le envió este formulario o llame gratis al 1-877-252-2447 de lunes a viernes de 8:00 A.M. a 4:00 P.M. Oprima el 2 para español y el 7 para un operador que puede transferirle con su trabajador. Usted debe hablar a su trabajador para renovar por teléfono.

En persona: Visite la oficina de Medicaid más cercana o centro de solicitudes de Medicaid. Para saber cual es la oficina más cercana, llame al 1-877-252-2447. Si usted es sordo o tiene problemas de oído y tiene un teléfono de texto TTY, llame al 1-800-220-5404.

¿Qué idioma habla mejor? Inglés Español Vietnamita Otro _____

¿Qué idioma escribe mejor? Inglés Español Vietnamita Otro _____

1. Cuéntenos sobre usted – La mujer que recibe servicios del programa de planificación familiar.

Su nombre _____
primero inicial del segundo apellido de soltera apellido de casada

Dirección de su casa _____
número y calle apartamento/lote número

_____ *ciudad estado código postal*

Dirección de Correo (si es diferente) _____
número y calle apartamento/lote número

_____ *ciudad estado código postal*

Su número de seguro social _____ - _____ - _____ Condado donde usted vive _____

Estado civil: Casada Soltera Separada Divorciada Viuda

Dirección de E-mail _____

Teléfono de su casa (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____ Teléfono de día (_____) _____

El mejor día/horario para llamarle de lunes a viernes entre 8 a.m. y 4:30 p.m. _____

2. En la próxima página díganos sobre las personas que viven con usted – Liste a su esposo primero (si es casada) y luego a sus hijos menores de 18 años de edad. Si nadie vive con usted, pase a la pregunta 3.

Si hay más de 4 personas, utilice una hoja aparte. El número de seguro social se debe proveer para su esposo, hijos y cualquier persona que recibe Medicaid.

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda con esta solicitud, llame a nuestra oficina al 1-877-252-2447. 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.

Nombre (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____ Número de seguro social _____ - _____ - _____

Relación con usted: Esposo Hijo/a Hijastr/a Nieto/a Otro _____

Nombre (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____ Número de seguro social _____ - _____ - _____

Relación con usted: Esposo Hijo/a Hijastr/a Nieto/a Otro _____

Nombre (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____ Número de seguro social _____ - _____ - _____

Relación con usted: Esposo Hijo/a Hijastr/a Nieto/a Otro _____

Nombre (primero, inicial del segundo, apellido) _____

Fecha de nacimiento (mes, día, año) _____ Número de seguro social _____ - _____ - _____

Relación con usted: Esposo Hijo/a Hijastr/a Nieto/a Otro _____

3. Seguro Médico

¿Tiene usted Medicare? Sí No

¿Tiene seguro médico? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 4

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

Nombre y número de teléfono de la compañía de seguros _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

Cubre: Hospital Doctor Medicina Dental Ambulancia Embarazo Planificación de familia

4. Embarazo

¿Está usted embarazada? Sí No Fecha de parto estimada _____

¿Espera más de un bebé? Sí No

5. Ingreso de trabajo

¿Trabaja alguien (usted, su esposo o hijos menores de 18 años)? Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 6

Díganos sobre **cada** trabajo de tiempo completo, de medio tiempo o negocio.

¿Quién trabaja?	Nombre y número de teléfono del empleador o negocio	¿Negocio propio?	¿Cuánto? (muestre ingreso bruto, no lo que se lleva a casa)	¿Con qué frecuencia?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

6. Otros ingresos – No del trabajo

¿Recibe usted o alguien de su hogar dinero que no sea de un trabajo, como:

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

Sí – Complete abajo No – Pase a la pregunta 7

¿Quién lo recibe?	¿Qué es?	¿Cuánto? (muestre ingreso bruto, no lo que se lleva a casa)	¿Con qué frecuencia?
			<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual
			<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual
			<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> cada dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mensual

7. Cuidado de niños o de adultos

¿Paga usted o su esposo 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 8

Nombre del niño/s o adulto que recibe 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 _____ Número de teléfono (____) _____

8. Manutención infantil o marital

¿Paga alguien en su casa manutención infantil o marital ordenada por la corte a alguien fuera de su casa? Sí No

Si sí, ¿a quién? _____ Persona de su hogar que lo paga _____

¿Cuánto paga y con qué frecuencia? _____

Envíenos los siguientes comprobantes

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 último año y las secciones (schedules) adjuntas— *suyo, de su esposo y de sus hijos menores de 18 años.*

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 pasado – *suyo, de su esposo, y de sus hijos menores de 18 años*

Declaraciones de amigos o familiares que le dan dinero a usted, su esposo y/o a sus hijos menores de 18 años

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. *Si se paga a través de la oficina de Support Enforcement Services de Louisiana, no tiene que enviar comprobantes – díganos.*

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

LO QUE MEDICAID/PROGRAMA TAKE CHARGE 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/TAKE CHARGE 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/TAKE CHARGE 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/TAKE CHARGE.

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/TAKE CHARGE ha pagado por usted y los solicitantes.

REPORTE DE CAMBIOS: Usted acuerda informar a Medicaid/TAKE CHARGE dentro de los primeros 10 días de los siguientes cambios: 1) si alguien que recibe servicios del programa de planificación familiar se muda fuera del estado; 2) si hay cambios en su dirección de correo o de su casa; 3) si alguien que recibe servicios del programa de planificación familiar tiene seguro médico privado o Medicare, y 4) si alguien que recibe servicios del programa de planificación familiar queda embarazada

ENFORCE DE MANUTENCIÓN INFANTIL: Usted comprende que Medicaid/TAKE CHARGE sólo enviará información de su caso a la oficina de Child Support Enforcement para que obtenga asistencia médica si usted lo solicita.

LO QUE USTED TIENE DERECHO A ESPERAR DE MEDICAID/PROGRAMA TAKE CHARGE

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/PROGRAMA TAKE CHARGE 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 4818 Baton Rouge, LA 70821-4818



USTED DEBE FIRMAR ABAJO



Firme aquí: _____ **Fecha** _____

Si alguien de Medicaid o un centro de solicitudes le ayudó a completar este formulario, ellos firmarán abajo.

_____ **Fecha** _____

Por favor devuelva este formulario de renovación inmediatamente. Nosotros le daremos más tiempo para obtener los comprobantes si lo necesita. Si usted necesita la dirección o fax de su oficina local de Medicaid, llame al 1-877-252-2447. Si usted es sorda o tiene problemas de oído y tiene un teléfono de texto TTY, llame al 1-800-220-5404. Estas llamadas son gratis.

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.

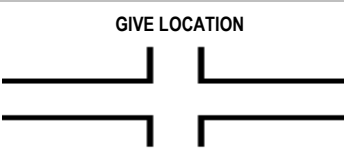
Box 19: Date and sign the card with your signature or mark.

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							