


## Mẫu đơn Gia hạn

Gửi lại trước:

Sử dụng mẫu đơn này để gia hạn chương trình bảo hiểm Medicaid. Nếu quý vị **không** gia hạn, các dịch vụ Medicaid sẽ bị chấm dứt. Sau khi nhận được thông tin từ quý vị, chúng tôi sẽ cho biết quý vị và/hoặc gia đình của quý vị có còn đủ tiêu chuẩn hay không.

### Cách gia hạn.

- Hãy điền và ký tên vào mẫu đơn này để gia hạn bằng **thu hoặc** gọi nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị để gia hạn bằng điện thoại.
- Hãy bắt đầu thu gom tài liệu chứng minh. Hãy tìm hình ảnh thùng thư  cạnh mỗi hồ sơ chúng tôi cần. Nếu quý vị cần **thêm thời gian** để thu gom thêm bằng chứng, hãy cho chúng tôi biết ngay.
- Hãy gửi ngay mẫu đơn gia hạn này cùng với bằng chứng quý vị đã có, để chúng tôi có thể bắt đầu làm việc để xem quý vị và/hoặc gia đình quý vị có đủ tiêu chuẩn hay không. **Hãy mang trực tiếp hoặc fax mẫu đơn gia hạn và bằng chứng cho chúng tôi hoặc gửi trong bao thư đi cùng với mẫu đơn này.**
- Khi quý vị có thêm bằng chứng, hãy gửi **hoặc** mang trực tiếp đến cho chúng tôi. Nếu quý vị cần địa chỉ hoặc số fax của văn phòng Medicaid gần nhất, hãy gọi theo số 1-888-342-6207, TTY: 1-800-220-5404. Đây là những số điện thoại miễn phí.

Ngôn ngữ nào quý vị nói giỏi nhất?  Tiếng Anh  Tiếng Tây Ban Nha  Tiếng Việt  Khác \_\_\_\_\_  
Ngôn ngữ nào quý vị viết giỏi nhất?  Tiếng Anh  Tiếng Tây Ban Nha  Tiếng Việt  Khác \_\_\_\_\_

### 1. Hãy cho chúng tôi biết về quý vị (người nhận Medicaid).

Tên (tên, chữ đầu tên lót, họ) \_\_\_\_\_  Nam  Nữ

Nhũ danh \_\_\_\_\_

Số An sinh Xã hội \_\_\_\_\_ Ngày sinh (tháng, ngày, năm) \_\_\_\_\_

Nguồn gốc chủng tộc/Dân tộc (quý vị không phải trả lời, chỉ đánh dấu một hoặc nhiều):  Người da trắng

Người da đen  Người châu Á  Người Da đỏ hoặc người Bản xứ Alaska


Người Bản xứ Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương  Người Hispanic hoặc Latinh

Nơi sinh của quý vị? Thành phố \_\_\_\_\_ Hạt \_\_\_\_\_

Tiểu bang \_\_\_\_\_ Nước \_\_\_\_\_

Tên Mẹ (tên, chữ đầu tên lót, họ) \_\_\_\_\_

Tên Thời con gái của Mẹ \_\_\_\_\_

 Nếu quý vị **không phải** là công dân Hoa Kỳ, hãy gửi bằng chứng tình trạng di trú và trả lời những câu hỏi tiếp theo.

Nếu quý vị **không phải** là công dân Hoa Kỳ, thì quý vị đến Hoa Kỳ khi nào? \_\_\_\_\_

Số Thẻ Cư trú INS của quý vị? \_\_\_\_\_

### 2. Hãy cho chúng tôi biết cách liên lạc với quý vị.

Địa chỉ Gửi thư \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Địa chỉ Nhà (nếu khác ở trên) \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_


Giáo xứ Quý vị Sống \_\_\_\_\_ Số điện thoại Ban ngày ( \_\_\_\_\_ )

Số điện thoại Di động ( \_\_\_\_\_ ) Điện thoại Nhắn tin ( \_\_\_\_\_ )

Địa chỉ E-mail \_\_\_\_\_

**Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp điền mẫu đơn, hãy gọi công tác viên của quý vị hoặc Medicaid qua số 1-888-342-6207; TTY: 1-800-220-5404.  
ĐÂY LÀ NHỮNG SỐ ĐIỆN THOẠI MIỄN PHÍ.**

3. **Hãy cho chúng tôi biết về những người đang sống với quý vị.**  Không Ai Sống với Tôi – Chuyển sang Câu hỏi 4

Hãy cho chúng tôi biết về vợ/chồng, trẻ em dưới 19 tuổi và cha mẹ của những trẻ em này.  Nếu có người nhận Medicaid không phải là công dân Hoa Kỳ hãy gửi bằng chứng về tình trạng di trú của họ. Nếu cần thêm chỗ viết, hãy sử dụng một tờ giấy riêng.

A. Tên (tên, chữ đầu tên lót, họ) \_\_\_\_\_  Nam  Nữ

Ngày sinh (tháng, ngày, năm) \_\_\_\_\_ Số An sinh Xã hội \_\_\_\_\_

Quan hệ với Quý vị:  Vợ/Chồng  Con  Con riêng  Khác: \_\_\_\_\_

Nguồn gốc chủng tộc/Dân tộc (quý vị không phải trả lời, chỉ đánh dấu một hoặc nhiều):

Người da trắng  Người da đen  Người châu Á  Người Da đỏ hoặc Người Bản xứ Alaska

Người Bản xứ Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương  Người Hispanic hoặc Latinh

Người này có Medicaid không?  Có  Không Nếu **có**, trả lời các câu hỏi kế tiếp. Nếu **không**, chuyển sang phần B.

Nơi sinh: Thành phố \_\_\_\_\_ Giáo xứ/Hạt \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Nước \_\_\_\_\_

Tên Mẹ (tên, chữ đầu tên lót, họ) \_\_\_\_\_

Tên Thời con gái của Mẹ \_\_\_\_\_

Người này có sống ở Louisiana không?  Có  Không

Nếu không phải là công dân Hoa Kỳ, ngày đến Hoa kỳ? \_\_\_\_\_ Số Thẻ Cư trú INS \_\_\_\_\_

B. Tên (tên, chữ đầu tên lót, họ) \_\_\_\_\_  Nam  Nữ

Ngày sinh (tháng, ngày, năm) \_\_\_\_\_ Số An sinh Xã hội \_\_\_\_\_

Quan hệ với Quý vị:  Vợ/Chồng  Con  Con riêng  Khác: \_\_\_\_\_

Nguồn gốc chủng tộc/Dân tộc (quý vị không phải trả lời, chỉ đánh dấu một hoặc nhiều):

Người da trắng  Người da đen  Người châu Á  Người Da đỏ hoặc Người Bản xứ Alaska

Người Bản xứ Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương  Người Hispanic hoặc Latinh

Người này có Medicaid không?  Có  Không Nếu **có**, trả lời các câu hỏi kế tiếp. Nếu **không**, chuyển sang phần C.

Nơi sinh: Thành phố \_\_\_\_\_ Giáo xứ/Hạt \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Nước \_\_\_\_\_

Tên Mẹ (tên, chữ đầu tên lót, họ) \_\_\_\_\_

Tên Thời con gái của Mẹ \_\_\_\_\_

Người này có sống ở Louisiana không?  Có  Không

Nếu không phải là công dân Hoa Kỳ, ngày đến Hoa kỳ? \_\_\_\_\_ Số Thẻ Cư trú INS \_\_\_\_\_

C. Tên (tên, chữ đầu tên lót, họ) \_\_\_\_\_  Nam  Nữ

Ngày sinh (tháng, ngày, năm) \_\_\_\_\_ Số An sinh Xã hội \_\_\_\_\_

Quan hệ với Quý vị:  Vợ/Chồng  Con  Con riêng  Khác: \_\_\_\_\_

Nguồn gốc chủng tộc/Dân tộc (quý vị không phải trả lời, chỉ đánh dấu một hoặc nhiều):

Người da trắng  Người da đen  Người châu Á  Người Da đỏ hoặc Người Bản xứ Alaska

Người Bản xứ Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương  Người Hispanic hoặc Latinh

Người này có Medicaid không?  Có  Không Nếu **có**, trả lời các câu hỏi kế tiếp. Nếu **không**, chuyển sang phần D.

Nơi sinh: Thành phố \_\_\_\_\_ Giáo xứ/Hạt \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Nước \_\_\_\_\_

Tên Mẹ (tên, chữ đầu tên lót, họ) \_\_\_\_\_

Tên Thời con gái của Mẹ \_\_\_\_\_

Người này có sống ở Louisiana không?  Có  Không

Nếu không phải là công dân Hoa Kỳ, ngày đến Hoa kỳ? \_\_\_\_\_ Số Thẻ Cư trú INS \_\_\_\_\_

D. Tên (tên, chữ đầu tên lót, họ) \_\_\_\_\_  Nam  Nữ

Ngày sinh (tháng, ngày, năm) \_\_\_\_\_ Số An sinh Xã hội \_\_\_\_\_

Quan hệ với Quý vị:  Vợ/Chồng  Con  Con riêng  Khác: \_\_\_\_\_

Nguồn gốc chủng tộc/Dân tộc (quý vị không phải trả lời, chỉ đánh dấu một hoặc nhiều):

Người da trắng  Người da đen  Người châu Á  Người Da đỏ hoặc Người Bản xứ Alaska

Người Bản xứ Hawaii hoặc Người Đảo Thái Bình Dương  Người Hispanic hoặc Latinh

Người này có Medicaid không?  Có  Không Nếu **có**, trả lời các câu hỏi kế tiếp.

Nơi sinh: Thành phố \_\_\_\_\_ Giáo xứ/Hạt \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Nước \_\_\_\_\_

Tên Mẹ (tên, chữ đầu tên lót, họ) \_\_\_\_\_

Tên Thời con gái của Mẹ \_\_\_\_\_

Người này có sống ở Louisiana không?  Có  Không

Nếu đang sống tạm thời ở tiểu bang khác, họ có định trở về sống ở Louisiana không?  Có  Không

**4. Có người nào có Medicaid mà có vợ/chồng qua đời không?**  Có – Điền vào Dưới đây  
 Không – Chuyển qua Câu hỏi 5

Ai có vợ/chồng qua đời? \_\_\_\_\_

Hãy cho chúng tôi biết về vợ/chồng đã qua đời đó. *Nếu cần thêm chỗ viết, hãy sử dụng một tờ giấy riêng.*

Tên \_\_\_\_\_ Số An sinh Xã hội \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Ngày chết \_\_\_\_\_

Cựu chiến binh?  Có  Không Số Hưu trí Hòa xa \_\_\_\_\_

**5. Có người nào có Medicaid hiện bị tàn tật không?**  Có – Điền vào Dưới đây  
 Không – Chuyển qua Câu hỏi 6 *Nếu cần thêm chỗ viết, hãy sử dụng một tờ giấy riêng.*

**Người số 1:**

Ai bị tàn tật? \_\_\_\_\_ Khi bắt đầu bị tàn tật? \_\_\_\_\_

Hãy cho chúng tôi biết về sự tàn tật. \_\_\_\_\_

Hãy cho chúng tôi biết về bác sĩ hoặc bệnh viện chăm sóc người này.

Tên \_\_\_\_\_ Địa chỉ và Số điện thoại \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Địa chỉ và Số điện thoại \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Địa chỉ và Số điện thoại \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Địa chỉ và Số điện thoại \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Địa chỉ và Số điện thoại \_\_\_\_\_

**Người số 2:**

Ai bị tàn tật? \_\_\_\_\_ Khi bắt đầu bị tàn tật? \_\_\_\_\_

Hãy cho chúng tôi biết về sự tàn tật. \_\_\_\_\_

Hãy cho chúng tôi biết về bác sĩ hoặc bệnh viện chăm sóc người này.

Tên \_\_\_\_\_ Địa chỉ và Số điện thoại \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Địa chỉ và Số điện thoại \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Địa chỉ và Số điện thoại \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Địa chỉ và Số điện thoại \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Địa chỉ và Số điện thoại \_\_\_\_\_

**6. Nếu có người có Medicaid hiện đang mang thai, hãy cho chúng tôi biết về thai kỳ.**



Ngày dự sinh tốt nhất. \_\_\_\_\_ Có hơn một thai nhi không?  Có  Không

Nếu họ đã đến bác sĩ hoặc y viện, hãy cho chúng tôi biết về bác sĩ và/hoặc y viện này. \_\_\_\_\_

**7. Nếu có người có Medicaid đã nộp đơn xin phúc lợi Tàn tật An sinh Xã hội hoặc Thu nhập An sinh Bổ sung (SSI) trong 12 tháng qua, hãy cho chúng tôi biết về điều này.**

Ai nộp đơn? \_\_\_\_\_ Đã có quyết định chưa?  Có  Không

Nếu có, quyết định đó là gì? \_\_\_\_\_


8. Có người nào đang làm việc không?  Có – Điền vào Dưới đây  Không – Chuyển qua Câu hỏi 9
-  **Hãy gửi những bản sao cuống phiếu lãnh lương hoặc bằng chứng thu nhập tháng vừa rồi.**  **Nếu có người tự kinh doanh, hãy gửi những bản sao mẫu khai thuế liên bang mới nhất với tất cả các bản kê khai thuế, hoặc những bằng chứng khác nếu quý vị không có mẫu khai thuế.**

Tên của Người Làm việc	Tên Cơ quan	Được trả bao nhiêu (trước thuế, lương trước khi đóng thuế)? \$ _____	Việc làm này có bảo hiểm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	Số Điện thoại Cơ quan	Bao lâu một lần? <input type="checkbox"/> mỗi tuần <input type="checkbox"/> mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> hai lần một tháng <input type="checkbox"/> mỗi tháng	
	<input type="checkbox"/> Tự kinh doanh		
Tên của Người Làm việc	Tên Cơ quan	Được trả bao nhiêu (trước thuế, lương trước khi đóng thuế)? \$ _____	Việc làm này có bảo hiểm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
	Số Điện thoại Cơ quan	Bao lâu một lần? <input type="checkbox"/> mỗi tuần <input type="checkbox"/> mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> hai lần một tháng <input type="checkbox"/> mỗi tháng	
	<input type="checkbox"/> Tự kinh doanh		

9. Có người nào nhận thu nhập (tiền) từ:

- An sinh Xã hội • SSI • Trợ cấp Nuôi con • Tiền trợ cấp sau ly dị • Tiền từ Bạn bè/Người thân
- Bồi thường Tai nạn lao động • Thất nghiệp • Phúc lợi Cựu chiến binh • Hưu trí
- Hưu trí Hòa xa • Cổ tức • Tiền bản quyền • Niên kim • Cho thuê Bất động sản • Khác

Có – Điền vào Dưới đây  Không – Chuyển qua Câu hỏi 10

 **Hãy gửi bằng chứng thu nhập của quý vị; Quý vị không phải gửi bằng chứng An sinh Xã hội, SSI hoặc Thất nghiệp, trừ khi Thất nghiệp từ tiểu bang khác. Quý vị không phải gửi bằng chứng trợ cấp nuôi con nếu quý vị nhận tiền này qua Phòng Cường chế Thi hành Cấp dưỡng Nuôi con Louisiana (SES) -- hãy cho chúng tôi biết.**


Tên Người Nhận Tiền	Loại Thu nhập	Thanh toán bao nhiêu? \$ _____	Đối với những phúc lợi Cựu chiến binh hoặc Hưu trí Hòa xa, hãy cho chúng tôi biết số đơn yêu cầu.
		Bao lâu một lần? <input type="checkbox"/> mỗi tuần <input type="checkbox"/> mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> hai lần một tháng <input type="checkbox"/> mỗi tháng	
Tên Người Nhận Tiền	Loại Thu nhập	Thanh toán bao nhiêu? \$ _____	Đối với những phúc lợi Cựu chiến binh hoặc Hưu trí Hòa xa, hãy cho chúng tôi biết số đơn yêu cầu.
		Bao lâu một lần? <input type="checkbox"/> mỗi tuần <input type="checkbox"/> mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> hai lần một tháng <input type="checkbox"/> mỗi tháng	
Tên Người Nhận Tiền	Loại Thu nhập	Thanh toán bao nhiêu? \$ _____	Đối với những phúc lợi Cựu chiến binh hoặc Hưu trí Hòa xa, hãy cho chúng tôi biết số đơn yêu cầu.
		Bao lâu một lần? <input type="checkbox"/> mỗi tuần <input type="checkbox"/> mỗi 2 tuần <input type="checkbox"/> hai lần một tháng <input type="checkbox"/> mỗi tháng	

10. Có người nào đã nộp đơn xin thu nhập như phúc lợi An sinh Xã hội hoặc Cựu chiến binh, nhưng họ chưa nhận được trợ cấp?  Có – Điền vào Dưới đây  Không – Chuyển qua Câu hỏi 11

Ai? \_\_\_\_\_

Phúc lợi gì? \_\_\_\_\_

11. Hãy cho chúng tôi biết về bất kỳ người nào có những điều liệt kê dưới đây.

 **Hãy gửi bằng chứng để cho thấy nó có giá trị gì và/hoặc quý vị hoặc họ sở hữu nó. Nếu không có bằng chứng, hãy cho chúng tôi biết.**

Tài khoản séc?  Có  Không

Nếu có, tên người sở hữu? \_\_\_\_\_

Số tài khoản? \_\_\_\_\_

Trong tài khoản có bao nhiêu tiền? \_\_\_\_\_

Tên ngân hàng? \_\_\_\_\_

**Tài khoản tiết kiệm?**  Có  Không

Nếu có, tên người sở hữu? \_\_\_\_\_

Số tài khoản? \_\_\_\_\_

Trong tài khoản có bao nhiêu tiền? \_\_\_\_\_

Tên ngân hàng? \_\_\_\_\_

**Chứng chỉ tiền gửi (CD)?**  Có  Không

Nếu có, tên người sở hữu? \_\_\_\_\_

Số tài khoản? \_\_\_\_\_

Tài khoản có bao nhiêu tiền? \_\_\_\_\_

Tên ngân hàng? \_\_\_\_\_

**Trái phiếu và/hoặc cổ phần?**  Có  Không

Nếu có, tên người sở hữu? \_\_\_\_\_

Nếu là trái phiếu, loại gì? \_\_\_\_\_

Số Trái phiếu \_\_\_\_\_

Giá trị của trái phiếu? \_\_\_\_\_

Giá trị của cổ phiếu? \_\_\_\_\_

Tên của công ty? \_\_\_\_\_

**Niên kim và/hoặc tài khoản hưu trí?**  Có  Không

Nếu có, tên chủ tài khoản? \_\_\_\_\_

Số Tài khoản \_\_\_\_\_

Trong tài khoản có bao nhiêu tiền? \_\_\_\_\_

Thanh toán có nhận được thưởng xuyên không?  Có  Không

Nếu có, bao nhiêu? \$ \_\_\_\_\_ Bao lâu một lần? \_\_\_\_\_

Nếu **không**, có thanh toán như thế không?  Có  Không

Có thể rút gộp các quỹ này không?  Có  Không

**Các tài khoản IRA và/hoặc Keogh?**  Có  Không

Nếu có, tên người sở hữu? \_\_\_\_\_

Tên Tài khoản \_\_\_\_\_

Tên Ngân hàng? \_\_\_\_\_

Số Tài khoản \_\_\_\_\_

Trong tài khoản có bao nhiêu tiền? \_\_\_\_\_

**Kết sắt An toàn?**  Có  Không

Nếu có, tên người sở hữu? \_\_\_\_\_

Tên Ngân hàng \_\_\_\_\_

Cái gì trong kết sắt đó? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Giá trị những vật trong kết sắt? \_\_\_\_\_

**Xe hơi, xe tải, thuyền, xe cắm trại, xe gắn máy, ATV?**  Có  Không

Nếu có, hộ gia đình có bao nhiêu cái? \_\_\_\_\_

Ai sở hữu chúng? \_\_\_\_\_

Nhãn hiệu, kiểu và năm sản xuất? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mỗi thứ đáng giá bao nhiêu? \_\_\_\_\_

Mỗi thứ nợ bao nhiêu? \_\_\_\_\_

**Bảo hiểm nhân thọ hoặc chôn cất?**  Có  Không

Nếu có, ai có bảo hiểm? \_\_\_\_\_

Ai sở hữu hợp đồng hoặc các hợp đồng bảo hiểm? \_\_\_\_\_

Hãy cho chúng tôi biết giá trị mỗi hợp đồng bảo hiểm (mệnh giá). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Số hợp đồng bảo hiểm? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tên của các công ty bảo hiểm? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tài khoản ngân hàng dành cho chôn cất, hoặc một hợp đồng chôn cất dự phòng với công ty mai táng?**

Có  Không

Nếu có, tên người sở hữu hợp đồng này? \_\_\_\_\_

Giá trị hợp đồng? \_\_\_\_\_

Tên của ngân hàng hoặc công ty? \_\_\_\_\_

Nếu là hợp đồng chôn cất dự phòng, hợp đồng này được tài trợ (thanh toán) như thế nào?

Tiền mặt  Bảo hiểm Nhân thọ  Cả hai

Hợp đồng dự phòng này có được thanh toán đủ không?  Có  Không

Hợp đồng dự phòng này có thể hủy hoặc rút lại không?  Có  Không

**Bất động sản đang ở?**  Có  Không

Nếu có, tên người sở hữu? \_\_\_\_\_

Giá trị tài sản? \_\_\_\_\_

Hãy cho chúng tôi biết về tài sản này (địa điểm, diện tích lô đất, số mẫu anh). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bất động sản, không phải nhà đang ở, như nhà khác, đất hoặc bất động sản ngoài tiểu bang?**

Có  Không

Nếu có, tên người sở hữu? \_\_\_\_\_

Giá trị tài sản? \_\_\_\_\_

Hãy cho chúng tôi biết về tài sản này (địa điểm, diện tích lô đất, số mẫu anh, công trình xây dựng trên đó). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Tài sản khác?**  Có  Không

Nếu có, tên người sở hữu? \_\_\_\_\_

Loại tài sản? \_\_\_\_\_

Giá trị tài sản? \_\_\_\_\_

Hãy cho chúng tôi biết về tài sản đó. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12. Có người nào có Medicaid mà đã từng lập quỹ tín thác, đưa tài sản vào quỹ tín thác, hoặc lập quỹ tín thác cho các tài sản đó?**  Có – Điền vào Dưới đây  Không – Chuyển qua Câu hỏi 13

 **Hãy gửi một bản sao về quỹ tín thác đó.**

Hãy cho chúng tôi biết về ngày lập quỹ tín thác. \_\_\_\_\_

Quỹ tín thác này có thể hủy hoặc rút lại không?  Có  Không

Quỹ tín thác này có được lập theo Ý nguyện Cuối cùng và Chúc thư hay không?  Có  Không

Quỹ tín thác này có được lập cho người tàn tật dưới 65 tuổi hay không?  Có  Không

Người lập quỹ tín thác? \_\_\_\_\_

Tiền hoặc tài sản được lập cho quỹ tín thác này là của ai? \_\_\_\_\_


Hãy cho chúng tôi biết có những gì trong quỹ tín thác này. \_\_\_\_\_

Ai hưởng thu nhập từ quỹ tín thác này? \_\_\_\_\_

Ai là người hưởng thu nhập chính từ quỹ tín thác này? \_\_\_\_\_

Ai là người được ủy thác? \_\_\_\_\_

**13. Nếu có người nhận Medicaid có bảo hiểm sức khỏe cá nhân, hãy trả lời những câu hỏi bên dưới.**  Không có Bảo hiểm – Chuyển qua Câu hỏi 14

 **Hãy gửi những bản sao mặt trước và mặt sau của tất cả thẻ bảo hiểm.** Nếu có bảo hiểm thứ hai, hãy sử dụng tờ giấy khác.

Hãy cho chúng tôi biết người được bảo hiểm. \_\_\_\_\_

Tên của Người giữ hợp đồng bảo hiểm \_\_\_\_\_ Ngày Bắt đầu Bảo hiểm \_\_\_\_\_

Tên và Số điện thoại của Công ty Bảo hiểm \_\_\_\_\_

Địa chỉ của Công ty Bảo hiểm \_\_\_\_\_

Số Hợp đồng Bảo hiểm \_\_\_\_\_ Số Nhóm \_\_\_\_\_

Hợp đồng này bảo hiểm gì?  Bệnh viện  Bác sĩ  Y tế  Nha khoa  Xe cấp cứu  Thai kỳ

Bảo hiểm này có thông qua một việc làm không?  Có  Không Nếu có, bao nhiêu tiền một tháng? \_\_\_\_\_

→ Nếu bảo hiểm này thông qua một việc làm, Medicaid có thể giúp thanh toán phí bảo hiểm qua chương trình LaHIPP. Hãy gọi 1-866-362-5253 hoặc vào trang web [www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov](http://www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov) để biết thêm thông tin.

**14. Nếu có người nhận Medicaid mà không có bảo hiểm sức khỏe, họ có thể nhận nó theo hợp đồng bảo hiểm của người khác không?**  Có – Điền vào Dưới đây  Không – Chuyển qua Câu hỏi 15

Hãy cho chúng tôi biết là theo hợp đồng bảo hiểm của ai. \_\_\_\_\_


Số Điện thoại của Họ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**15. Có người nào nhận Medicaid mà có Medicare không?**  Có – Điền vào Dưới đây  Không – Chuyển sang Câu hỏi 16

Tên \_\_\_\_\_ Số Yêu cầu Bảo hiểm (trên thẻ Medicare) \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Số Yêu cầu Bảo hiểm (trên thẻ Medicare) \_\_\_\_\_

**16. Có người nào thanh toán tiền chăm sóc cho trẻ em hoặc người lớn bị tàn tật để làm việc hoặc được huấn luyện không?**  Có – Điền vào Dưới đây  Không – Chuyển qua Câu hỏi 17

 **Hãy gửi bằng chứng thanh toán nếu quý vị muốn chúng tôi cấp tín dụng cho quý vị.** Các chi phí này sẽ làm giảm số thu nhập mà chúng tôi tính và có thể giúp người có Medicaid tiếp tục giữ bảo hiểm.

Tên của Trẻ em hoặc Người lớn Nhận Sự chăm sóc \_\_\_\_\_

Ai thanh toán tiền chăm sóc? \_\_\_\_\_

Thanh toán bao nhiêu? \_\_\_\_\_ Thanh toán bao lâu một lần? \_\_\_\_\_

Quý vị hoặc họ có được trợ giúp thanh toán từ người khác hoặc chương trình khác không?  Có  Không

Bao nhiêu? \_\_\_\_\_


Tên của Trung tâm Chăm sóc Ban ngày hoặc Người chăm sóc \_\_\_\_\_

Số Điện thoại của Trung tâm Chăm sóc Ban ngày hoặc Người chăm sóc ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Địa chỉ của Trung tâm Chăm sóc Ban ngày hoặc Người chăm sóc \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_

17. Có người nào trả tiền trợ cấp nuôi con hoặc tiền trợ cấp sau ly dị theo lệnh của tòa án không?  Có – Điền vào Dưới đây  Không – Ký tên vào Mẫu Bên dưới

 **Hãy gửi một bản sao của lệnh tòa án và bằng chứng thanh toán nếu quý vị muốn chúng tôi cấp tín dụng cho quý vị. Các chi phí này sẽ làm giảm số thu nhập mà chúng tôi tính và có thể giúp người có Medicaid tiếp tục giữ bảo hiểm. Nếu được thanh toán qua Phòng Công chế Thi hành Cấp dưỡng Nuôi con Louisiana (SES), quý vị **không** phải gửi bằng chứng - hãy cho chúng tôi biết.**

Tên của Người trong Nhà Quý vị Thanh toán Khoản tiền này \_\_\_\_\_

Thanh toán bao nhiêu? \_\_\_\_\_ Thanh toán bao lâu một lần? \_\_\_\_\_

**Đây là phần kết thúc mẫu đơn gia hạn. Vui lòng ký tên bên dưới.**



Ký Tên của Quý vị Ở đây: \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Vợ/Chồng Ký tên Ở đây (nếu có Medicaid): \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

*Nếu có người từ Medicaid điền mẫu đơn này cho quý vị, thì họ ký tên dưới đây.*

\_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

**Vui lòng sử dụng bao thư đi cùng với mẫu đơn gia hạn này để gửi mẫu đơn gia hạn đã ký tên và các tài liệu chứng minh quý vị đã có. Xin cảm ơn.**

**✓ Trước khi quý vị gửi mẫu đơn gia hạn này, vui lòng đánh dấu vào những câu sau:**

**➔ Xin nhớ, quý vị không bắt buộc phải gửi tất cả bằng chứng khi quý vị gửi mẫu đơn gia hạn. Quý vị có thể gửi những bằng chứng còn lại, sau. Chúng tôi sẽ gửi thư cho quý vị và cho quý vị ít nhất 10 ngày để gửi bằng chứng còn thiếu.**

- Tôi đã ký tên và đề ngày tháng vào mẫu đơn này.
- Tôi đã trả lời tất cả những câu hỏi và điền tất cả các phần trong mẫu đơn này.
- Đối với bất kỳ ai không phải là công dân Hoa Kỳ, tôi có gửi/sẽ gửi giấy chứng minh tình trạng nhập cư.
- Tôi đang/sẽ gửi một bản sao hai mặt của tất cả thẻ bảo hiểm sức khỏe.
- Tôi đang/sẽ gửi bằng chứng thu nhập cho tất cả những người được liệt kê trong đơn này.
- Tôi đang/sẽ gửi bằng chứng thanh toán cho chăm sóc trẻ em/người lớn.
- Tôi đang/sẽ gửi lệnh của tòa án và bằng chứng thanh toán tiền trợ cấp nuôi con, tiền trợ cấp sau ly dị.
- Tôi đang/sẽ gửi bằng chứng cho những thứ được sở hữu.
- Tôi đang/sẽ gửi một bản sao tài liệu về các chứng từ tín thác.

Department of Health and Hospitals  
Voter Registration Declaration (Tùy chọn)

Nếu quý vị điền vào, câu trả lời của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến các phúc lợi mà quý vị nhận được từ Sở Y Tế và Bệnh Viện Louisiana (*Louisiana Department of Health and Hospitals*).

Nếu quý vị chưa được đăng ký bầu cử ở nơi mình sống, quý vị có muốn xin đăng ký bầu cử ở đây ngày hôm nay không?  Có  Không

- Nếu quý vị đánh dấu vào "Yes" vui lòng hoàn tất tờ "Louisiana Mail Voter Registration Application" gửi kèm. Quý vị có thể gửi tờ Voter Registration Application đến văn phòng Đăng Ký Bầu Cử tại địa phương có liệt kê trong đơn này hoặc gửi đến Department of Health and Hospitals.
- **NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐÁNH DẤU BẤT CỨ MỤC NÀO THÌ COI NHƯ QUÝ VỊ KHÔNG MUỐN BẦU CỬ LẦN NÀY.**

Việc xin đăng ký hay từ chối đăng ký bầu cử sẽ không ảnh hưởng đến sự trợ giúp mà quý vị sẽ được cơ quan chúng tôi cung cấp.

Nếu quý vị muốn giúp điền vào mẫu xin đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ giúp quý vị. **Quý vị có thể gọi số miễn phí 1-888-342-6207.** Quyết định có tìm kiếm hay chấp nhận sự trợ giúp này hay không tùy thuộc vào quý vị. Quý vị có thể điền mẫu đơn xin một cách riêng tư.

Nếu quý vị chọn đăng ký bầu cử vào thời điểm này, thông tin về địa điểm nơi quý vị đã điền đơn đăng ký sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng nhằm mục đích đăng ký cử tri. Nếu quý vị chọn đăng ký bầu cử, thông tin đó cũng sẽ được giữ bí mật.

Nếu quý vị cho rằng người nào đó đã cản trở quyền đăng ký hay từ chối đăng ký bầu cử, quyền riêng tư trong việc quyết định có đăng ký hay xin đăng ký bầu cử hay không, hoặc quyền chọn đảng chính trị riêng hay ưu tiên chính trị khác của quý vị, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên:

Louisiana Secretary of State  
Commissioner of Elections  
P.O. Box 94125  
Baton Rouge, LA 70804-9125  
Điện Thoại: (số điện thoại miễn phí) 1-800-883-2805

Viết In Tên Quý Vị

Số An Sinh Xã Hội

Ngày Sinh

Ký Tên Quý Vị

Ngày Hiện Tại

**ACADIA**

Courthouse #115  
Crowley, LA 70526-4363  
(337) 788-8841

**ALLEN**

P. O. Box 150  
Oberlin, LA 70655-0150  
(337) 639-4966

**ASCENSION**

828 S. Irma Blvd. #205  
Gonzales, LA 70737-3631  
(225) 621-5780

**ASSUMPTION**

P. O. Box 578  
Napoleonville, LA 70390-0578  
(985) 369-7347

**AVOYELLES**

312 N. Main St. #E  
Marksville, LA 71351-2409  
(318) 253-7129

**BEAUREGARD**

P. O. Box 952  
DeRidder, LA 70634-0952  
(337) 463-7955

**BIENVILLE**

P. O. Box 697  
Arcadia, LA 71001-0697  
(318) 263-7407

**BOSSIER**

P. O. Box 635  
Benton, LA 71006-0635  
(318) 965-2301

**CADDO**

P.O. Box 1253  
Shreveport, LA 71153-1253  
(318)226-6891

**CALCASIEU**

1000 Ryan St. #7  
Lake Charles, LA 70601-5250  
(337)437-3572

**CALDWELL**

P. O. Box 1107  
Columbia, LA 71418-1107  
(318) 649-7364

**CAMERON**

P. O. Box 1  
Cameron, LA 70631-0001  
(337) 775-5493

**CATAHOULA**

P. O. Box 215  
Harrisonburg, LA 71340-0215  
(318) 744-5745

**CLAIBORNE**

507 W. Main Suite 1  
Homer, LA 71040-3914  
(318) 927-3332

**CONCORDIA**

4001 Carter St. #4  
Vidalia, LA 71373-3021  
(318) 3367770

**DESOTO**

105 Franklin St.  
Mansfield, LA 71052-2046  
(318) 872-1149

**E. BATON ROUGE**

222 St. Louis #201  
Baton Rouge, LA 70802-5860  
(225) 389-3940

**E. CARROLL**

P. O. Box 708  
Lake Providence, LA 71254-0708  
(318) 559-2015

**E. FELICIANA**

P. O. Box 488  
Clinton, LA 70722-0488  
(225) 683-3105

**EVANGELINE**

200 Court St. Ste. 102  
Ville Platte, LA 70586-4463  
(337) 363-5538

**FRANKLIN**

Courthouse  
6560 Main St.  
Winnsboro, LA 71295-2750  
(318) 4354489

**GRANT**

Courthouse  
200 Main St.  
Colfax, LA 71417-1828  
(318) 627-9938

**IBERIA**

300 S. Iberia St. #110  
New Iberia, LA 70560-4543  
(337) 369-4407

**IBERVILLE**

P. O. Box 554  
Plaquemine, LA 70765-0554  
(225) 687-5201

**JACKSON**

500 E. Court St. #102  
Jonesboro, LA 71251-3400  
(318) 259-2486

**JEFFERSON**

P. O. Box 10494  
Jefferson, LA 70181-0494  
(504) 736-6191

**JEFFERSON DAVIS**

302 N. Cutting Ave.  
Jennings, LA 7054-65361  
(337) 824-0834

**LAFAYETTE**

1010 Lafayette #313  
Lafayette, LA 70501-6885  
(337) 291-7140

**LAFOURCHE**

307 W. 4th St. #101  
Thibodaux, LA 70301-3105  
(985) 447-3256

**LASALLE**

P. O. Box 2439  
Jena, LA 71342-2439  
(318) 992-2254

**LINCOLN**

100 W. Texas Ave.  
Ruston, LA 71270-4463  
(318) 251-5110

**LIVINGSTON**

P. O. Box 968  
Livingston, LA 707540968  
(225) 686-3054

**MADISON**

100 N. Cedar St.  
Tallulah, LA 71282-3892  
(318) 574-2193

**MOREHOUSE**

129 N. Franklin  
Bastrop, LA 71220-3815  
(318) 281-1434

**NATCHITOCHES**

P. O. Box 677  
Natchitoches, LA 71458-0677  
(318) 357-2211

**ORLEANS**

1300 Perdido #1W23  
New Orleans, LA 70112-2127  
(504) 658-8300

**OUACHITA**

122 St John St #114  
Monroe, LA 71201-7342  
(318) 3271436

**PLAQUEMINES**

P. O. Box 989  
Port Sulphur, LA 70083-0989  
(504) 564-6957

**POINTE COUPEE**

211 E. Main St.  
New Roads, LA 70760-3661  
(225) 638-5537

**RAPIDES**

701 Murray St.  
Alexandria, LA 71301-8099  
(318) 473-6770

**RED RIVER**

P. O. Box 432  
Coushatta, LA 71019-0432  
(318) 932-5027

**RICHLAND**

P. O. Box 368  
Rayville, LA 71269-0368  
(318) 728-3582

**SABINE**

400 Capitol St. #107  
Many, LA 71449-3099  
(318) 256-3697

**ST. BERNARD**

8201 W. Judge Perez Rm. 104  
Chalmette, LA 70043-1696  
(504) 278-4231

**ST. CHARLES**

P. O. Box 315  
Hahnville, LA 70057-0315  
(985) 783-2731

**ST. HELENA**

P. O. Box 543  
Greensburg, LA 70441-0543  
(225) 222-4440

**ST. JAMES**

P. O. Box 179  
Convent, LA 70723-0179  
(225) 562-2330

**ST. JOHN**

1801 W. Airline Hwy  
LaPlace, LA 70068-3344  
(985) 652-9797

**ST. LANDRY**

P. O. Box 818  
Opelousas, LA 70571-0818  
(337) 948-0572

**ST. MARTIN**

Courthouse  
415 S. Martin St.  
St. Martinville, LA 70582-4549  
(337) 394-2204

**ST. MARY**

500 Main St. #301  
Franklin, LA 70538-6144  
(337) 828-4100

**ST. TAMMANY**

701 N. Columbia St.  
Covington, LA 70433-2709  
(985) 809-5500

**TANGIPAHOA**

P. O. Box 895  
Amite, LA 70422-0895  
(985) 748-3215

**TENSAS**

P. O. Box 183  
St. Joseph, LA 71366-0183  
(318) 766-3931

**TERREBONNE**

P. O. Box 9189  
Houma, LA 70361-9189  
(985) 873-6533

**UNION**

P. O. Box 235  
Farmerville, LA 71241-0235  
(318) 368-8660

**VERMILION**

100 N. State St. #120  
Abbeville, LA 70510  
(337) 898-4324

**VERNON**

P. O. Box 626  
Leesville, LA 71496-0626  
(337) 239-3690

**WASHINGTON**

Courthouse Bldg.  
900 Washington St.  
Franklinton, LA 70438  
(985) 839-7850

**WEBSTER**

P. O. Box 674  
Minden, LA 71058-0674  
(318) 377-9272

**W. BATON ROUGE**

P. O. Box 31  
Port Allen, LA 70767-0031  
(225) 336-2421

**W. CARROLL**

P. O. Box 71  
Oak Grove, LA 71263-0071  
(318) 428-2381

**W. FELICIANA**

P. O. Box 2490  
St. Francisville, LA 70775-2490  
(225) 635-6161

**WINN**

Courthouse Room 105  
Winnfield, LA 71483-3238  
(318) 628-6133

**OFFICIAL USE ONLY****Address Change**


---



---



---



---



---

**Name Change**


---



---



---



---

**Party Change**


---



---

**Remarks**


---

Circle One: PA MV RG SDA SS

Received by: \_\_\_\_\_

PLACE IN AN ENVELOPE AND MAIL TO YOUR  
REGISTRAR OF VOTERS

**USE THIS FORM TO:** 1) register to vote 2) change your address 3) request a name change 4) change party affiliation

**TO REGISTER TO VOTE AND BE ELIGIBLE TO VOTE YOU MUST:** 1) be a United States citizen 2) be at least 17 years old to register but must be 18 years old to vote 3) not be under an order of imprisonment for conviction of a felony 4) not be under a judgment of full interdiction or limited interdiction where your right to vote has been suspended 5) reside in the state and parish in which you seek to register and vote.

**INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THIS FORM:** All information except your signature should be printed clearly in ink, preferably black, or typed. Fill in all boxes that apply to you.

**Box 1:** Indicate whether you are a citizen of the United States of America. Indicate whether you will be 18 years of age on or before election day.

**Box 2:** Provide full name. Do not use initials for middle or maiden name.

**Box 3:** 'Residence Address' means the address where you live and are registering to vote. If you claim a homestead exemption, you must list the address of that residence. Do not use a post office box for your 'Residence Address'. If you use a rural route and box number, draw a map in the space labeled 'Give Location.' Write in the names of the crossroads (streets) nearest to where you live. Draw an X to show where you live. Use a dot to show any schools, churches, stores or landmarks near where you live and write the name of the landmark. Check the box provided if mail is not delivered to your residence address by the post office. Complete 'Mailing Address' only if it is different from the 'Residence Address' or if mail is not delivered to your residence address.

**Box 4:** Provide your age.

**Boxes 6 & 14:** You must provide your Louisiana driver's license number, if issued. If not issued, you must provide at least the last four digits of your social security number, if issued. The full social security number may be provided on a voluntary basis. If neither a social security number nor a Louisiana driver's license number has been issued, and this form is submitted by mail, and you are registering to vote for the first time, in order to avoid additional identification requirements for first time voters, attach either a) a copy of a current and valid photo identification or b) a copy of a current utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document that shows your name and address.

**Boxes 8, 12 & 13:** The items 'race/ethnic origin', 'home phone' and 'daytime phone' are not required but are helpful.

**Box 9:** If you do not complete this item, your party affiliation will be listed as 'none', unless you are presently registered with a party affiliation and no change is being made today. If you are not registering with a political party, circle 'none'. The recognized political parties are Democrat, Green, Libertarian, Reform and Republican or you may specify any other party affiliation.

**Box 18:** If you are using this form to request a change of name, you must print the name to be changed here.

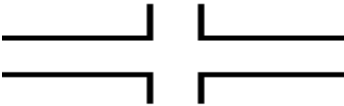
**Box 19:** Date and sign the card with your signature or mark.

If returned by mail, place in an envelope and mail to the appropriate registrar of voters at the address found on the reverse side of this card. If you have not been issued a social security number or Louisiana driver's license number, you must mail the required documentation with your application. Your application or envelope must be postmarked 30 days prior to the first election in which you seek to vote based on the residence listed on this application.

**NOTE:** 1. If you decline to register to vote, this fact will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you register to vote, the office where your application was submitted will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. 2. Your social security number will also remain confidential and is intended to be used for voter registration purposes only.

**QUESTIONS?** Call your Parish Registrar of Voters OR call the Department of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

**COMPLETE AND CHECK ALL APPLICABLE BOXES AND TEAR ALONG PERFORATED LINE BEFORE MAILING.**

<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) LAST _____ First _____ FULL MIDDLE OR MAIDEN _____						<b>GIVE LOCATION</b> 	
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 MONTH _____ DAY _____ YEAR _____	6 * SOCIAL SECURITY #(CIRCLE ONE) NO _____ YES # _____	7 SEX (CIRCLE ONE) MALE _____ FEMALE _____	8 ** RACE/ ETHNIC ORIGIN (CIRCLE ONE) WHITE _____ BLACK _____ ASIAN _____ HISPANIC _____ AMER. INDIAN _____ OTHER: _____			
9 PARTY AFFILIATION (CIRCLE ONE) DEM GRN LBT RFM REP NONE _____ OTHER (SPECIFY) _____			10 APPLICANTS'S PLACE OF BIRTH CITY OR TOWN _____ PARISH OR COUNTY _____ STATE _____ COUNTRNY _____			11 MOTHERS MAIDEN NAME _____	
12 ** HOME PHONE ( ) _____		13 ** DAYTIME PHONE ( ) _____		14 LA DRIVERS LICENSE / I.D. #(CIRCLE ONE) NO _____ YES # _____		15 Will you require assistance at the polls?(CIRCLE ONE) NO YES IF YES, GIVE REASON _____	
16 LAST RESIDENCE ADDRESS ADDRESS _____		17 PLACE OF REGISTRATION PARISH OR COUNTY _____ STATE _____		18 FOMER REGISTERED NAME, IF APPLICABLE _____			
<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							