

SỞ Y TẾ LOUISIANA

BIỂU MẪU THÔNG TIN LIÊN LẠC

THÔNG TIN THÀNH VIÊN:

Tên:		
Medicaid ID:	Số An Sinh Xã Hội:	Ngày Sinh:

THAY ĐỔI THÔNG TIN LIÊN LẠC:

ĐỊA CHỈ NHÀ:	Địa Chỉ Đường Phố:	Số Nhà/Số Phòng:	
	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã ZIP:
ĐỊA CHỈ GỬI THƯ: <i>(Nếu khác với địa chỉ thường trú)</i>	Địa Chỉ Đường Phố:	Số Nhà/Số Phòng:	
	Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã ZIP:
Số Điện Thoại Di Động:		Địa Chỉ Email:	
Số Điện Thoại Nhà/Số Điện Thoại Thay Thế:		Quý vị có muốn nhận thông tin từ Medicaid qua email không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	

KÝ TÊN VÀO BIỂU MẪU NÀY:

Bằng cách ký tên vào biểu mẫu này, tôi cho phép Tiểu Bang Louisiana và các cơ quan của Tiểu Bang xác minh thông tin được cung cấp trong biểu mẫu này. Tôi hiểu rõ hình phạt cho tội khai man và xác nhận rằng tất cả thông tin có trong biểu mẫu này là đúng và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.

Tên Viết In Hoa: _____

Chữ Ký: _____ Ngày: _____

*Phải là chữ ký tay. Không chấp nhận chữ ký kỹ thuật số hoặc chữ ký điện tử.***CÓ THỂ GỬI BIỂU MẪU:**Qua email đến địa chỉ MyMedicaid@la.govQua fax đến số **1-877-523-2987**