

SOLICITUD DE COBERTURA

Costos de prueba de grupo de elegibilidad de personas sin seguro para la COVID-19

- Complete esta solicitud para obtener ayuda para pagar ciertos costos de pruebas para el coronavirus (COVID-19). Cualquier persona que no necesite cobertura para las pruebas para la COVID-19 o que ya tenga beneficios y servicios de atención médica no debería completar esta solicitud.
- La cobertura médica que recibirá si cumple con los requisitos de esta solicitud solo pagará las pruebas médicas para la COVID-19. No le ayudará a pagar otros costos médicos, incluidas las consultas médicas, la atención hospitalaria o las recetas.
- Para ver si usted cumple con los requisitos para beneficios y servicios adicionales de atención médica a través de Medicaid, CHIP o Marketplace, debe completar una solicitud integral en www.healthy.la.gov o ir a healthcare.gov.
- Complete y envíe por correo esta solicitud a **COVID Uninsured Applications, P.O. Box 64808, Baton Rouge, LA 70806** o envíela por fax al **225-389-8056** (llamada gratuita al **1-866-852-0415**). Puede enviar por correo electrónico una copia digital de esta solicitud a coviduninsured@la.gov. Si desea enviar su solicitud por teléfono o tiene alguna pregunta, puede llamar gratis al **1-888-544-7996** y hablar con un representante de Medicaid.
- ¿Necesita traductor de español? Llame al **1-888-544-7996**. *Quý vị có cần thông dịch viên người Việt không? Nếu cần xin gọi số 1-888-544-7996.*

¿Cuál es su idioma de preferencia? Inglés Español Vietnamita Otro: _____

► **IMPRIMA** en tinta negra con claridad.

1 — Información de contacto *(la persona de contacto no tiene que ser la persona que solicita la cobertura)*

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo (<i>Sr., Jr., etc.</i>)
Dirección postal		Dirección de casa <i>(si es diferente)</i>	
P.O. caja o dirección de la calle	Apta/Lot #	Dirección de la calle	Apta/Lot #
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad
			Estado
			Código postal
Dirección de correo electrónico <i>(si lo tiene)</i>		Inicio parroquia <i>(donde vive)</i>	
Teléfono de casa ()	Celular ()	Otro teléfono ()	

2 — Información del solicitante

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo (<i>Sr., Jr., etc.</i>)
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
<i>Necesitamos su número de Seguro Social (SSN) si desea solicitar la cobertura de pruebas para la COVID-19. Usamos los SSN para verificar quién cumple con los requisitos para recibir ayuda para pagar la cobertura médica. Para obtener más información sobre cómo obtener un SSN, visite https://www.ssa.gov/ssnumber/, o llame a la Social Security Administration al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).</i>			
¿Usted, su cónyuge o su padre/madre son veteranos dados de baja honorablemente o miembros activos del ejército de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Está privado de la libertad (detenido o encarcelado) actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

3 — Ciudadanía

¿Es usted ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? Sí No

¿Si **SÍ**, nació en los EE.UU. o territorio de los EE.UU.? Sí No (Si **NO**, proporcione sus datos abajo si le corresponde)

Número de extranjero	Tipo de certificado	Número de certificado
----------------------	---------------------	-----------------------

¿Si **NO**, tiene usted estatus migratorio elegible? Sí No (Si **SÍ**, proporcione sus datos abajo si le corresponde)

Tipo de documento	Fecha de vencimiento del documento	Número de extranjero, I-94 o ID SEVIS
Número de pasaporte o tarjeta	¿Vive usted en los EE.UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de llegada a los EE. UU.

4 — Seguro médico (excepto Medicaid)

Tiene seguro médico actualmente? Sí No No sé

Ejemplos: Medicaid, LaCHIP, cobertura de Marketplace, Medicare/Medicare Advantage, programa básico de salud, cobertura a través de un trabajo, Ley de Reconciliación Presupuestaria Omnibus Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA), beneficios médicos por jubilación, beneficios federales médicos para empleados (Federal Employee Health Benefits, FEHB), TRICARE, plan de salud familiar de los EE. UU. (US Family Health Plan, USFHP), programa de atención médica/CHAMPVA de asuntos de veteranos (Veterans Affairs, VA), cuerpos de paz u otro.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

- Al firmar y enviar esta solicitud, usted declara que tiene permiso de todas las personas listadas en la solicitud para proveer su información al el Departamento de Salud de Louisiana (LDH), y recibir cualquier información sobre su elegibilidad y cobertura de salud.
- Usted entiende que LDH está autorizado a recoger la información pedida en esta solicitud y cualquier documentación adicional, incluso números de seguro social, bajo el Paciente Protección y la Ley de Cuidado a Bajo Precio (Ley Publico 111-148), como modificado por el Acto de Cuidado de Salud y Educación Reconciliación de 2010 (Ley Publico 111-152), y el Acto de Seguro Social.
- Usted entiende que proveer la información pedida (incluso números de seguro social) es voluntario. Sin embargo, obviando proveerlo puede retrasar o prevenir su elegibilidad para cobertura con Medicaid o cualquier otro programa de seguro a bajo precio.
- Usted entiende que LDH verificará la información que usted provee para confirmar que es verdadero. Usted da permiso a LDH para contactar todas las fuentes necesarias para verificar su información, procesar su solicitud, determinar elegibilidad, y operar el programa de Medicaid. Estas fuentes pueden incluir:
 - Agencias federales (tal como el Servicio de Impuestos Internos, Administración de Seguro Social, y Departamento de Seguridad Nacional), otras agencias del estado, y/o agencias gubernamentales locales.
 - Bancos, instituciones financieras, y agencias de reporto de consumidores.
 - Empleadores identificados en solicitudes para determinaciones de elegibilidad.
 - Doctores u otros proveedores médicos.
 - Solicitantes/inscritos, y representativos autorizados de solicitantes/ inscritos.
 - LDH contratistas cometidos a desarrollar una función para el programa de Medicaid.
 - Cualquier otra persona requerida o permitida por la ley.
- Usted da permiso a estas fuentes para proveer a LDH cualquier información sobre usted, o cualquier otra persona necesaria para esta solicitud, que pueda pedir. Usted entiende que esta permisión terminará cuando la solicitud está negada, cuando termina su elegibilidad, o cuando usted envía una declaración escrito a LDH para cancelar la permisión, cualquier pasa primero.
- Usted entiende que los números de seguro social estarán utilizados puramente para recoger información de estas fuentes afueras, tomar determinaciones de elegibilidad, o para otros propósitos directamente conectado a la administración del programa de Medicaid.
- Hay que notificar a Medicaid si algo cambia o es diferente de lo que aparece en la solicitud. Llamar al 1-888-342-6207 para reportar cambios. También entiendes que un cambio en su información puede afectar la elegibilidad de los miembros de su hogar. Aceptas que es mandatorio a reportar a Medicaid dentro de 10 días si uno de los siguientes cambia: dirección de casa o dirección de postal, recursos que tienes, cobertura de seguro médico o primas, ingresos, si alguien se muda en o fuera de su hogar, o si alguien se muda fuera del estado.
- Afirmas que las respuestas que proveyó son verdaderas y correctas. Si intencionadamente provees información falsa o si ocultó información, has cometido fraude. Si cometes fraude, puede que tenga que reembolsar todo que Medicaid gastó por su cuidado.
- Afirmas que la información que provees sobre su ciudadanía y estatus inmigratorio es verdadera

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES *(continuación)*

- Al firmar y enviar esta solicitud, usted entiende que, si alguien en esta solicitud se inscriba en Medicaid, usted da a LDH sus derechos a cualquier dinero debido a usted por cualquier seguro de salud, acuerdo legal, un esposo o padre, u otro tercero parte.
- Entiendes que Medicaid solo envía información de casos a la Oficina de Manutención de Menores para apoyo médico si les pidas. LDH sólo hará una remisión si los padres de niños menores de 19 años reciben Medicaid. Puedes pedir que Medicaid no haga una referida si tiene buena causa de no cooperar con la Oficina de Manutención de Menores.
- Entiendes que reglas de Recuperación de Finca requieren que LDH recupere el costo de ciertos pagos hechos para Medicaid de tu finca en el evento de tu muerte. Estos costos incluyen pagos completos para servicios de facilidades, cuidado hospital, servicios de renuncia, pagos a Servicios Basado en Casa y Comunidad (HCBS) o el Programa de Todo Inclusivo Cuidado para Ancianos (PACE), y medicamentos con receta recibidas de edad 55 o más. LDH no hará un reclamo contra la finca mientras tu o tu cónyuge vive allí. LDH no hará un reclamo si tienes un hijo bajo 21 años de edad, ciego, o incapacitado. LDH no hará una colección si no es costo efectivo, o si tus herederos solicitan una exención de adversidad después de su muerte. Una adversidad puede existir si la propiedad de la finca es la Única fuente de ingreso para los herederos, si este ingreso es limitado, o si hay otras circunstancias atenuantes.
- Usted acepta que al aceptar Medicaid, el Estado de Louisiana o su cesionario serán nombrado como el beneficiario de todas anualidades comprados después del 8 de febrero del 2006 para la cantidad total de asistencia médica pagada por tu parte, a menos que tienes una cónyuge, hijo menor, o hijo incapacitado. En estos casos el estado de Louisiana será nombrado como beneficiario después de estos individuales. Confirma que notificarás a Medicaid de cualquier anualidad que tu o tu cónyuge tiene a pesar de la anualidad siendo irrevocable (no se puede cambiar) o Medicaid cuenta la anualidad. Entiendes que tienes que notificar a Medicaid sobre cambios hechos a cualquier anualidad que afecte cuando los pagos comienzan, la cantidad pagado, frecuencia de pagos, y adiciones al principal.
- Puede solicitar una audiencia imparcial si usted piensa que la decisión tomada en su caso es injusta, incorrecta o se tomó demasiado tarde.
- LDH no puede tratarlo de manera diferente debido a su raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas. Si usted piensa que tiene, puede llamar a la Oficina Regional de U.S. DHHS para los Derechos Civiles en Dallas, TX al 1-800-368-1019 o escriba al Departamento de Salud Louisiana, Recursos Humanos de Louisiana al P. O. Box 4818, Baton Rouge, LA 70821-4818.

Después de leer, pase a la siguiente sección para completar su solicitud.

Lea y firme abajo *(la persona que aparece en la sección "Información de contacto" debe firmar esta solicitud)*

Al firmar esta solicitud, doy mi permiso al estado de Luisiana y sus agentes para verificar la información proporcionada en esta solicitud. Bajo pena de perjurio, certifico que toda la información contenida en esta solicitud, incluida la ciudadanía estadounidense o el estado migratorio satisfactorio de todas las personas que solicitan los beneficios, es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. He leído o alguien me ha leído la sección "Derechos y responsabilidades" de la solicitud, incluidas las sanciones por fraude.

Firme aquí:	Fecha:
-------------	--------

Para uso del proveedor únicamente *(completar para recibir una copia del aviso de decisión)*

Certifico que le he prestado servicios de pruebas para COVID-19 o servicios relacionados a ellas al solicitante, quien se presentó como una persona sin seguro, y que ningún otro pagador me reembolsará los servicios de pruebas para COVID-19 o los servicios relacionados a ellas para este paciente. Si se presenta un reclamo para recibir un reembolso del Programa de reembolso de reclamos por la COVID-19 a proveedores y centros de atención médica para las pruebas y el tratamiento de las personas sin seguro (a través del portal en línea) para este paciente antes de que se haya completado la determinación del cumplimiento de los requisitos de Medicaid y él/ella está inscripto retroactivamente en Medicaid a partir de la fecha del servicio, le devolveré el pago a la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA). No pediré el pago de ningún contrato con el Departamento de Salud de Luisiana (LDH) para proporcionar pruebas para la COVID-19, a menos y hasta que a este paciente se le haya negado la cobertura de Medicaid para la fecha del servicio.

Firma del proveedor aquí:	Fecha:
---------------------------	--------

Nombre del proveedor:

Dirección de correo electrónico del proveedor:
--

ESTA PÁGINA
INTENCIONALMENTE
IZQUIERDA EN BLANCO.

**ESTADO DE LOUISIANA
AGENCIAS DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTES
FORMULARIO DE DECLARACIÓN**

Si usted no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿desea inscribirse hoy para votar aquí? (Marque uno)

Yo quiero inscribirme para votar. No quiero inscribirme para votar.

SI NO ESCOGE NINGUNA DE LAS CAJAS, SE CONSIDERARÁ QUE USTED NO QUIERE INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Solicitar a inscribirse o declinar a inscribirse para votar **no afectará** la asistencia que puede recibir de esta agencia. Los requisitos de inscribirse para votar se encuentran en la solicitud de registro.

Nota: Si usted inscribese para votar, la localización donde entrega la solicitud quedará confidencial. Si usted declina a inscribirse para votar, su decisión se quedará confidencial. La decisión de solicitar para inscribirse o declinar a inscribirse para votar se usa **solamente** para propósitos de registro.

Si necesita ayuda a llenar la solicitud, le podemos ayudar. La decisión de buscar ayuda es suya. Indica abajo si usted necesita ayuda a llenar la solicitud o no. (Marque uno)

Si, necesito ayuda No, no necesito ayuda

Para asistencia en llenar la solicitud afuera de nuestra oficina, llama al Departamento de Salud y Hospitales al 1-888-342-6207.

Si llena la solicitud fuera de la oficina, manda esta forma y su solicitud (si ha llenado una) a la siguiente dirección; PO Box 91278, Baton Rouge, LA 70821-9278.

Firma o marca	Nombre Escrito o Imprimido	Fecha
----------------------	-----------------------------------	--------------

Firma de dos testigos si firmado con marca:

1) _____ 2) _____

QUEJAS

Si usted cree que alguien le ha interferido con el derecho a inscribirse para votar o declinar a votar, el derecho a la privacidad en decidir o en solicitar a inscribirse para votar, o el derecho a escoger uno de los partidos políticos u otro preferencia política, puede quejarse al Secretario del Estado de Louisiana, Comisionado de Elecciones, PO Box 94125, Baton Rouge, LA 70804-9125 o por llamar al (225) 922-0900 o 1-800-883-2805

Comentarios (para uso oficial solamente):

ESTA PÁGINA
INTENCIONALMENTE
IZQUIERDA EN BLANCO.



Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 6/19)

SEE THE OTHER SIDE OF THIS PAGE FOR INSTRUCTIONS →
QUESTIONS? - Call your parish Registrar of Voters Office or call the Secretary of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

OFFICIAL USE ONLY: **WD:** _____ **PCT:** _____ **REG. TYPE:** _____ **IN/OUT:** _____ **REG #** _____

Please print clearly in ink, preferably black.

Reason for Application: New Voter Registration Updating Voter Registration

Eligibility

1. Are you a citizen of the United States of America? Yes No

Will you be 18 years of age on or before election day? Yes No

If you checked 'No' in response to either of these questions, do not complete this form. You are not eligible to vote at this time. (Please see application instructions for information regarding eligibility to register prior to age 18.)

Name

2. LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____

FULL MIDDLE OR MAIDEN NAME: _____ SUFFIX (Sr., Jr., II): _____

Residence Address
(Where you live and claim homestead exemption, if any)

HOUSE # & STREET (NO P.O. BOX): _____ UNIT/APT #: _____

CITY/TOWN: _____ STATE LA ZIP CODE: _____

Give Location (If Necessary)

Mailing Address
(If different from Residence Address)

3. Check if no postal service at your residence address above and supply mailing address here.

HOUSE # & STREET/P.O. BOX: _____ UNIT/APT #: _____

CITY/TOWN: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____

Date of Birth 4. MM / DD / YYYY **5. *SSN** XXX - XX - XXXX **6. Sex** M F **7. Race** (Optional) WHITE BLACK ASIAN HISPANIC AMERICAN INDIAN OTHER _____

Party Affiliation 8. DEMOCRAT GREEN INDEPENDENT LIBERTARIAN REPUBLICAN NO PARTY OTHER (Specify) _____

9. Place of Birth CITY/TOWN: _____ STATE: _____

PARISH/COUNTY: _____ COUNTRY: _____

Mother's Maiden Name 10. _____ **11. Email** _____ **12. Phone** Home: (____) _____ - _____ Other: (____) _____ - _____

LA DL/ID Card # 13. _____ I do not have a LA DL/ID card.

14. Do you need assistance in voting? No Yes, Reason: _____

Last Residence Address 15. HOUSE # & STREET: _____ CITY: _____ STATE: _____

16. Place of Last Registration STATE: _____ PARISH/COUNTY: _____

17. Former Registered Name, if any _____

Affirmation and Signature
(Read and sign or make your mark.)

18. I do hereby solemnly swear or affirm that I am a United States citizen, that I am of eligible age to register to vote, that I have not been incarcerated pursuant to an order of imprisonment for conviction of a felony within the past five years, nor am I under an order of interdiction for a felony offense of election fraud or other election offense pursuant to R.S. 18:1461.2, 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 \$2,000 (\$5,000 for subsequent offense) or imprisonment for not more than 2 years (5 years for subsequent offense), or both.

Applicant Signature: ⊗ _____ Date: _____

Witnesses
(If your signature is a mark, you must have two witnesses sign.)

19. Witness #1 Signature: ⊗ _____ Print Name: _____

Witness #2 Signature: ⊗ _____ Print Name: _____

* If you do not have a LA driver's license or LA special ID, the last four digits of your social security number are required if you have one. Full SSN is preferred but optional.

Note: 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. You may request a copy of your voter registration form at any time from the registrar of voters.

OFFICIAL USE ONLY

New Registration Updated Registration: Address Change Name Change Party Change Change to Assistance in Voting Other

REMARKS: _____

CIRCLE ONE: PA MV RG SDA SS (Disability)

Received by: _____ Date: _____



Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 6/19)

QUESTIONS? - Call your parish Registrar of Voters Office or call the Secretary of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

APPLICATION INSTRUCTIONS

USE THIS LOUISIANA VOTER REGISTRATION APPLICATION TO: 1) register to vote; 2) change your address; 3) request a name change; 4) change party affiliation; or 5) request assistance in voting.

TO REGISTER AND BE ELIGIBLE TO VOTE, AN APPLICANT MUST: 1) be a U.S. citizen; 2) be at least 17 years old (16 years old if registering to vote in person at the Registrar's Office or with an application for a Louisiana driver's license) but must be 18 years old before actually voting; 3) not be under an order of imprisonment for conviction of a felony or, if under such an order, not have been incarcerated pursuant to the order within the last five years and not be under an order of imprisonment related to a felony conviction for election fraud or any other election offense pursuant to R.S. 18:1461.2; 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: the gray section numbers on this page correspond to the gray section numbers on the application.

Reason for Application: Check "New Voter Registration" if this is a first time registration or if a new registration in a new parish after moving. Check "Updating Voter Registration" if you are making any change to your present registration. If new registration, fill out the form completely.

1. *Eligibility* - Federal law requires you to affirm that you are a citizen of the United States of America and that you will be 18 years of age on or before the election day in which you are eligible to vote. If you checked 'No' in response to either of these questions, do not complete this form. You are not eligible to vote at this time. If you are registering as a 16 or 17 year old, you may check "Yes" because you will not be allowed to vote until you are 18.
2. *Name* - You **must** provide your full name. Do not use nicknames or initials for middle or maiden name. *If this application is for a change of name, please also complete section 17: "Former Registered Name."*
3. *Residence Address* - "Residence Address" means the address (number, street, city, state, and zip) where you live and are registering to vote. Residence address **must** be the address where you claim homestead exemption, if any, except for a resident in a nursing home or veterans' home who may choose to use the address of the nursing home or veterans' home or the home where they have a homestead exemption. A college student may elect to use their home address or their address at school while attending. Do not use a post office box for your "Residence Address." If you use a rural route and box number, you may draw a map in box labeled "Give Location" to provide the exact location. Write in the names of the crossroads (streets) nearest to residence. Draw an X to show residence. Use a dot to show any schools, churches, stores, or landmarks near residence and write the name of the landmark.
Mailing Address - If you check that you do not receive postal service at your residence address, you **must** provide your mailing address (number, street, city, state, and zip). Otherwise, a mailing address may be provided and you may use a post office box for a mailing address.
4. *Birthdate* - Print your date of birth. *The month and day of your birth remains confidential by law.*
5. *Social Security Number* - If you do not have a LA driver's license or LA special identification card, you **must** provide the last four digits of your social security number, if issued. The full social security number is preferred and may be provided on a voluntary basis and will be kept confidential. If you were not issued a social security number or a LA DL or ID 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 you **must** attach one or more documents to prove your identity, residence, and date of birth. Documents may be: a) a copy of current and valid photo identification and/or b) a copy of a current utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document. *Your SSN remains confidential and is only used for registration purposes.*
6. *Sex* - Check male or female (*for statistical purposes only*).
7. *Race* - Race/Ethnic origin is optional (*for statistical purposes only*).
8. *Party Affiliation* - If you are registering for the first time, you may choose a party affiliation of Democrat, Green, Independent, Libertarian, or Republican parties. You may specify any other party affiliation by checking "other" and then listing the party with which you wish to affiliate. If you do not want to register with a political party affiliation check "No Party," or if you do not complete this section, your party affiliation will be listed as "No Party." If you are already registered with a party affiliation and no political party change is being made with this application, you may leave this section blank or re-enter your political party affiliation.
9. *Place of Birth* - Print the city/town, parish/county, state, and country of your birth place (*for statistical purposes only*).
10. *Mother's Maiden Name* - Print your mother's maiden name, which is her last name at her birth. If unknown, write "unknown."
11. *Email* - Give your email address for election officials to contact you if there is a problem with your registration. *Email addresses are protected from disclosure by law and are for official use only.*
12. *Phone* - Give your phone numbers for election officials to contact you if there is a problem with your registration. *Phone numbers are optional and a public record unless you make a request for your phone numbers to be kept confidential by election officials.*
13. *LA DL/ID Card #* - Print your LA driver's license or LA special identification card number, if issued. If you do not have one, check "I do not have a LA DL/ID card." *This ID number remains confidential and is for official use only.*
14. *Assistance in Voting Needed?* - Indicate if you will need assistance in voting by checking either the "No" or "Yes" box. If "Yes," write the reason for needing assistance. The registrar of voters in your parish may contact you for proof of disability.
15. *Place of Last Residence* - Print the address (number, street, city, and state) of your prior residence, if different from residence address in section 3 or write "Same."
16. *Place of Last Registration* - Print the state and parish (or county) of your last registration if you were registered in another parish or state prior to completing this application. **Important:** *Contact the local election office in your prior state and cancel your prior registration. Registering in Louisiana does not automatically cancel or transfer your voter registration from another state.*
17. *Former Registered Name* - If you are using this application to make a name change to your registration, print your former registered name (name you are changing) in this section. If name changed by court order, provide a copy of the order with this application.
18. *Affirmation and Signature* - Read the affirmation and sign your full name or make your mark and print the date this application was signed and completed. *If assistance in registering is being provided, make sure the applicant understands what they are affirming and that they meet the requirements to register to vote.*
19. *Witnesses* - If you are unable to sign your name, you may make your mark, but it **must** be witnessed by two people or it is not valid.

Mailing Instructions - If returned by mail, place in an envelope and mail to your Registrar of Voters Office. You can find your registrar of voters mailing address on the Registrar of Voters Address Page, by visiting our website at www.geauxvote.com or by calling toll free at 1-800-883-2805. Your application or envelope **must** be postmarked 30 days prior to the first election in which you seek to vote.

Online Voter Registration - Voter registration is also available at www.geauxvote.com and you may register online before the 20th day prior to the election. Please call your registrar of voters if you do not receive your voter information card two weeks after registering.