

# ĐƠN ĐĂNG KÝ BẢO HIỂM

## Chi phí Xét nghiệm Nhóm Đủ Điều kiện Không được Bảo hiểm cho COVID-19

- Hoàn thành đơn đăng ký này để được trợ giúp thanh toán một số chi phí xét nghiệm vi-rút corona (COVID-19) nhất định. Người không cần phải hoàn thành đơn đăng ký này là người không tìm bảo hiểm cho xét nghiệm COVID-19 hoặc đã có phúc lợi và dịch vụ chăm sóc sức khỏe.
- Khi sử dụng đơn đăng ký này, nếu quý vị được coi là đủ điều kiện thì bảo hiểm y tế mà quý vị nhận được sẽ chỉ thanh toán cho xét nghiệm y tế để phát hiện COVID-19. Bảo hiểm này sẽ không giúp quý vị thanh toán các chi phí y tế khác, bao gồm thăm khám bác sĩ, chăm sóc tại bệnh viện hoặc thuốc theo toa.
- Để kiểm tra xem quý vị có đủ điều kiện nhận phúc lợi và dịch vụ chăm sóc sức khỏe bổ sung thông qua Medicaid, CHIP hoặc Thị trường hay không, quý vị cần phải hoàn thành đơn đăng ký đầy đủ tại [www.healthy.la.gov](http://www.healthy.la.gov), hoặc truy cập [healthcare.gov](http://healthcare.gov).
- Hoàn tất và gửi đơn đăng ký này đến **COVID Uninsured Applications, P.O. Box 64808, Baton Rouge, LA 70806** hoặc fax đến số **225-389-8056** (số miễn phí **1-866-852-0415**). Quý vị có thể gửi e-mail một bản sao kỹ thuật số của đơn đăng ký này tới [coviduninsured@la.gov](mailto:coviduninsured@la.gov). Nếu quý vị muốn gửi đơn đăng ký qua điện thoại hoặc có bất kỳ thắc mắc nào, quý vị có thể gọi đến số miễn phí **1-888-544-7996** và trao đổi với đại diện của 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**.

Ngôn ngữ nào quý vị thường dùng?  Tiếng Anh  Tiếng Mỹ  Tiếng Việt  Khác: \_\_\_\_\_

► **IN CHỮ** rõ ràng bằng mực đen.

### 1 — Thông tin Liên hệ (người liên hệ này không phải là người nộp đơn đăng ký bảo hiểm)

Tên gọi	Chữ đầu tên lót	Tên họ	Hậu tố (Sr., Jr., vv)
Địa chỉ gửi thư		Địa chỉ nhà (nếu khác)	
P.O. box hoặc địa chỉ	Số căn hộ/Lô #	Địa chỉ	Số căn hộ/Lô #
Thành Phố	Tiểu bang	Zip	Thành Phố
			Tiểu bang
			Zip
Địa chỉ e-mail (nếu có)		Quận (nơi quý vị sinh sống)	
Số điện thoại nhà ( )	Số điện thoại di động ( )	Số điện thoại khác ( )	

### 2 — Thông tin về Người nộp đơn đăng ký

Tên gọi	Chữ đầu tên lót	Tên họ	Hậu tố (Sr., Jr., vv)
Số An sinh Xã hội	Ngày tháng năm sinh	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
<p>Chúng tôi cần số An sinh Xã hội (SSN) của quý vị nếu quý vị muốn nộp đơn đăng ký bảo hiểm xét nghiệm COVID-19. Chúng tôi sử dụng SSN để kiểm tra xem ai đủ điều kiện nhận trợ giúp thanh toán bảo hiểm y tế. Để biết thêm thông tin về việc nhận SSN, hãy truy cập <a href="https://www.ssa.gov/ssnumber/">https://www.ssa.gov/ssnumber/</a>, hoặc gọi cho Cơ quan An sinh Xã hội theo số <b>1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)</b>.</p>			
<p>Quý vị, vợ/chồng hay bố/mẹ của quý vị có phải là cựu quân nhân xuất ngũ được vinh danh hoặc thành viên đang tại ngũ trong quân đội Hoa Kỳ không? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>			
<p>Quý vị hiện đang bị tống giam (bị giam giữ hoặc bỏ tù)? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không</p>			

### 3 — Tư cách Công dân

Quý vị có phải là Công dân Hoa Kỳ hoặc có Quốc tịch Hoa Kỳ không?  Yes  No

Nếu **CÓ**, quý vị có được sinh ra ở Hoa Kỳ hoặc một lãnh thổ của Hoa Kỳ không?  Có  Không (*Nếu **KHÔNG**, điền thông tin của quý vị dưới đây nếu áp dụng với quý vị*)

Số Alien	Loại giấy chứng nhận	Số giấy chứng nhận
----------	----------------------	--------------------

Nếu **KHÔNG**, quý vị có tình trạng nhập cư đủ điều kiện không?  Có  Không (*Nếu **KHÔNG**, điền thông tin của quý vị dưới đây nếu áp dụng với quý vị*)you

Loại chứng từ	Ngày hết hạn của chứng từ	Số Alien, I-94, hoặc giấy chứng nhận SEVIS
---------------	---------------------------	--

Số thẻ hoặc số hộ chiếu	Quý vị có sống ở Hoa Kỳ từ năm 1996 không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Ngày bạn đến Hoa Kỳ
-------------------------	---	---------------------

### 4 — Bảo hiểm Y tế (*trừ Medicaid*)

Quý vị hiện có bảo hiểm y tế không?  Có  Không  Không Biết

*Ví dụ: Bảo hiểm Medicaid, LaCHIP, Thị trường, Medicare/Medicare Advantage, Chương trình Y tế Cơ bản, bảo hiểm thông qua công việc, COBRA, phúc lợi y tế hưu trí, Phúc lợi Y tế dành cho Người lao động Liên bang (FEHB), TRICARE, Chương trình Y tế Gia đình Hoa Kỳ (USFHP), Chương trình Chăm sóc Sức khỏe của Cựu chiến binh (VA)/CHAMPVA, Peace Corps hoặc Khác.*

## QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA QUÝ VỊ

- Khi ký tên và nộp đơn đề nghị này, quý vị tuyên bố rằng quý vị có được sự cho phép từ tất cả những người có tên trong đơn đề nghị này đồng ý gửi thông tin của họ lên Sở Y tế bang Louisiana (LDH) và nhận bất cứ thông tin nào về điều kiện hội đủ và khoản bao trả chăm sóc sức khỏe của họ.
- Quý vị hiểu rằng LDH được phép thu thập thông tin yêu cầu trong đơn đề nghị này và bất cứ hồ sơ hỗ trợ nào, bao gồm số an sinh xã hội, theo Đạo luật Bảo vệ Bệnh nhân và Chăm sóc Sức khỏe Hợp túi tiền (Luật công số 111-148), như được chỉnh sửa bởi Luật Điều chỉnh Chăm sóc Sức khỏe và Giáo dục năm 2010 (Luật công số 111-152), và Luật An sinh Xã hội.
- Quý vị hiểu rằng việc cung cấp thông tin yêu cầu (bao gồm số an sinh xã hội) là tự nguyện. Tuy nhiên, nếu không cung cấp thông tin yêu cầu, có thể làm chậm trễ hoặc khiến quý vị không được bảo hiểm sức khỏe thông qua Medicaid hoặc bất cứ chương trình bảo hiểm hợp túi tiền nào khác.
- Quý vị hiểu rằng LDH sẽ kiểm tra thông tin mà quý vị cung cấp cho chúng tôi để đảm bảo thông tin chính xác. Quý vị cho phép LDH liên hệ với (các) nguồn bên ngoài để kiểm tra thông tin này, xử lý đơn đề nghị của quý vị, quyết định điều kiện hội đủ, và vận hành chương trình Medicaid. Những nguồn bên ngoài này có thể bao gồm:
  - Các cơ quan liên bang (như Sở thuế vụ, Sở An sinh Xã hội, và Bộ An ninh Nội địa Hoa Kỳ), các cơ quan tiểu bang khác, và/hoặc các cơ quan chính quyền địa phương.
  - Ngân hàng, tổ chức tài chính, và cơ quan báo cáo người tiêu dùng.
  - Chủ lao động được xác định trong đơn đề nghị để quyết định về điều kiện hội đủ.
  - Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác.
  - Người làm đơn/người ghi danh, và người đại diện được ủy quyền của người làm đơn/người ghi danh.
  - Nhà thầu LDH tham gia thực hiện chức năng cho chương trình Medicaid.
  - Bất cứ người nào khác theo yêu cầu hoặc được sự cho phép của pháp luật.
- Quý vị cho phép các nguồn bên ngoài này cung cấp cho LDH bất cứ thông tin nào về quý vị, hoặc bất cứ người nào cần thiết cho đơn đề nghị này mà có thể yêu cầu. Quý vị hiểu rằng sự cho phép này sẽ kết thúc khi đơn đề nghị này bị từ chối, khi điều kiện hội đủ Medicaid của quý vị chấm dứt, hoặc khi quý vị nộp bản tuyên bố cho LDH hủy bỏ sự cho phép này, tùy theo điều nào đến trước. Việc hủy bỏ có thể khiến quý vị không thể đủ điều kiện tham gia Medicaid.
- Quý vị hiểu rằng số an sinh xã hội sẽ chỉ được sử dụng để thu thập thông tin từ những nguồn bên ngoài này nhằm xác minh thu nhập, quyết định điều kiện hội đủ, hoặc nhằm các mục đích khác có liên quan trực tiếp đến việc điều hành chương trình Medicaid.
- Quý vị phải thông báo cho Medicaid nếu có bất cứ điều gì thay đổi hoặc khác với những gì quý vị đã viết trên đơn đề nghị này. Hãy gọi đến số điện thoại 1-888-342-6207 để báo cáo bất kỳ thay đổi nào. Quý vị cũng hiểu rằng một sự thay đổi trong thông tin của quý vị có thể ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ cho (các) thành viên trong gia đình quý vị. Quý vị đồng ý thông báo cho Medicaid trong vòng 10 ngày nếu có bất kỳ thay đổi nào sau đây: địa chỉ gửi thư hoặc địa chỉ nhà, những thứ quý vị sở hữu, bảo hiểm y tế hoặc phí bảo hiểm, thu nhập, nếu có ai chuyển đến hoặc rời khỏi nhà của quý vị, hoặc nếu có ai rời khỏi tiểu bang.
- Quý vị tuyên bố rằng câu trả lời quý vị cung cấp trên đơn đề nghị này là đúng và chính xác. Nếu quý vị cố tình cung cấp thông tin không đúng sự thật hoặc nếu quý vị giữ kín thông tin, quý vị đã phạm tội lừa đảo. Nếu quý vị phạm tội lừa đảo, quý vị có thể phải trả lại số tiền mà Medicaid chi trả cho dịch vụ chăm sóc mà quý vị nhận được.
- Quý vị tuyên bố rằng các thông tin được cung cấp trong đơn đề nghị này về tình trạng công dân và di trú của quý vị là đúng và chính xác.

# QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA QUÝ VỊ (Tiếp)

- Khi ký tên và nộp đơn đề nghị này, quý vị hiểu rằng nếu bất cứ người nào trong đơn đề nghị này ghi danh tham gia Medicaid, quý vị cho phép LDH có quyền nhận bất cứ khoản tiền nào mà công ty bảo hiểm y tế khác, hòa giải pháp lý, vợ/chồng hoặc cha/me, hoặc bên thứ ba khác phải trả cho quý vị.
- Quý vị hiểu rằng Medicaid sẽ chỉ gửi thông tin trường hợp cho Cơ quan Cường bách Cấp dưỡng Con để được hỗ trợ y tế nếu quý vị yêu cầu. LDH sẽ chỉ giới thiệu nếu cha mẹ của trẻ em dưới 19 tuổi nhận Medicaid. Quý vị có thể yêu cầu Medicaid không giới thiệu quý vị nếu quý vị cảm thấy có lý do chính đáng để không hợp tác với Cơ quan Cường bách Cấp dưỡng Con.
- Quý vị hiểu rằng các quy tắc Phục hồi Bất động sản yêu cầu LDH thu hồi chi phí của một số khoản thanh toán Medicaid từ bất động sản của quý vị trong trường hợp quý vị qua đời. Những chi phí này bao gồm tổng số tiền thanh toán cho các dịch vụ tại cơ sở dưỡng lão, chăm sóc tại bệnh viện, dịch vụ miễn trừ, thanh toán cho các Dịch vụ tại Nhà và Cộng đồng (HCBS) hoặc Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao niên (PACE) và thuốc theo toa nhận được ở tuổi 55 hoặc già hơn. LDH sẽ không đưa ra yêu cầu đối với tài sản khi quý vị hoặc vợ/chồng hợp pháp của quý vị vẫn còn sống. LDH cũng sẽ không đưa ra yêu cầu nếu quý vị có trẻ phụ thuộc dưới 21 tuổi, bị mù hoặc tàn tật. Việc thu hồi chi phí có thể không được thực hiện nếu không hiệu quả về chi phí đối với LDH hoặc nếu người thừa kế của quý vị xin miễn trừ khó khăn sau khi quý vị qua đời. Người thừa kế của quý vị có thể gặp khó khăn nếu tài sản bất động sản là nguồn thu nhập duy nhất của họ, nếu thu nhập đó bị hạn chế hoặc nếu có các tình tiết giảm nhẹ khác.
- Quý vị đồng ý rằng bằng cách chấp nhận Medicaid, Tiểu bang Louisiana hoặc người được chỉ định của tiểu bang sẽ đứng tên người thụ hưởng còn lại của tất cả các niên kim được mua vào hoặc sau ngày 8 tháng 2 năm 2006 cho tổng số tiền hỗ trợ y tế được trả thay cho quý vị, trừ khi quý vị có vợ/chồng, con dưới tuổi vị thành niên, hoặc một con bị khuyết tật. Trong những trường hợp này, Tiểu bang Louisiana phải được đứng tên là người thụ hưởng sau những cá nhân này. Quý vị đồng ý thông báo cho Medicaid biết về bất kỳ niên kim nào mà quý vị và vợ/chồng của quý vị sở hữu hoặc đồng sở hữu bất kể niên kim không thể hủy ngang (không thể thay đổi) hay Medicaid cân nhắc niên kim này. Quý vị hiểu rằng quý vị phải thông báo cho Medicaid biết về những thay đổi được thực hiện đối với bất kỳ niên kim nào có thể ảnh hưởng thời điểm bắt đầu thanh toán, số tiền thanh toán, tần suất thanh toán và bổ sung vào tiền gốc.
- Quý vị có thể yêu cầu Điều trần Công bằng nếu quý vị nghĩ rằng bất kỳ quyết định nào được đưa ra trong vụ kiện là không công bằng, không chính xác hoặc đưa ra quá muộn.
- LDH không thể phân biệt đối xử với quý vị vì chủng tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, tôn giáo, quốc tịch hoặc quan điểm chính trị. Nếu quý vị nghĩ là LDH có phân biệt đối xử, quý vị có thể gọi cho Văn phòng Quyền Công dân Khu vực DHHS của Hoa Kỳ tại Dallas, TX theo số 1-800-368-1019 hoặc gửi thư cho Sở Y tế tiểu bang Louisiana, Bộ phận Nhân sự theo địa chỉ PO Box 4818, Baton Rouge, LA 70821-4818.

**Sau khi đọc xong, vui lòng chuyển đến mục tiếp theo để hoàn thành đơn đăng ký của quý vị.**

## Đọc và ký dưới đây (Người được liệt kê trong mục "Thông tin Liên hệ" cần phải ký tên vào đơn đăng ký này)

Khi ký đơn này, tôi cho phép Tiểu bang Louisiana và các cơ quan của Tiểu bang Louisiana xác minh thông tin được cung cấp trong đơn đăng ký này. Theo hình phạt khai man, tôi xác nhận rằng tất cả thông tin trong đơn đăng ký này, bao gồm cả quốc tịch Hoa Kỳ hoặc tình trạng nhập cư hợp pháp của tất cả những người nộp đơn đăng ký phúc lợi là đúng và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi đã đọc hoặc có người đã đọc cho tôi mục "Quyền và Trách nhiệm" của đơn đăng ký bao gồm các hình phạt gian lận.

Chữ ký:

Ngày:

## Chỉ dành cho nhà cung cấp (hoàn thành để nhận bản sao thông báo quyết định)

Tôi xác nhận rằng tôi đã cung cấp xét nghiệm và/hoặc các dịch vụ liên quan đến xét nghiệm COVID-19 cho người nộp đơn đăng ký đã trình bày là không có bảo hiểm, và không có người thanh toán nào khác sẽ bồi hoàn cho tôi về xét nghiệm và/hoặc các dịch vụ liên quan đến xét nghiệm COVID-19 cho bệnh nhân này. Nếu đơn yêu cầu được gửi để yêu cầu bồi hoàn từ Chương trình Bồi hoàn theo Yêu cầu liên quan đến COVID-19 cho Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe và Cơ sở Xét nghiệm và Điều trị cho Người không được bảo hiểm (thông qua cổng thông tin trực tuyến) cho bệnh nhân này trước khi xác định tính đủ điều kiện hưởng Medicaid của bệnh nhân đó được hoàn tất và bệnh nhân đó được ghi danh hồi tố vào Medicaid kể từ ngày sử dụng dịch vụ, tôi sẽ trả lại khoản thanh toán cho HRSA. Tôi sẽ không yêu cầu thanh toán theo bất kỳ hợp đồng nào với LDH để cung cấp xét nghiệm COVID-19 trừ khi và cho đến khi bệnh nhân này bị từ chối được bảo hiểm Medicaid cho ngày sử dụng dịch vụ.

Chữ ký của nhà cung cấp ở đây:

Ngày:

Tên Nhà cung cấp:

Địa chỉ e-mail của Nhà cung cấp:

TRANG NÀY ĐƯỢC  
CHỦ Ý ĐỂ TRỐNG.

TIỂU BANG LOUISIANA  
CƠ QUAN ĐĂNG KÝ CỬ  
TRI TỜ KHAI

**Nếu quý vị chưa đăng ký để bỏ phiếu tại nơi quý vị đang sống, quý vị có muốn đăng ký để bỏ phiếu ở đây hôm nay không? (Chọn một)**

Tôi muốn đăng ký bỏ phiếu.

Tôi không muốn đăng ký bỏ phiếu.

**NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐÁNH DẤU MỘT TRONG HAI Ô, QUÝ VỊ SẼ ĐƯỢC COI LÀ ĐÃ QUYẾT ĐỊNH KHÔNG ĐĂNG KÝ BỎ PHIẾU TẠI THỜI ĐIỂM NÀY.**

Việc đăng ký hoặc từ chối đăng ký để bỏ phiếu **sẽ không** ảnh hưởng đến số tiền hỗ trợ mà cơ quan này sẽ cung cấp cho quý vị. Quý vị có thể tìm thấy yêu cầu về tư cách hợp lệ của cử tri trong mẫu đơn đăng ký cử tri.

Lưu ý: Nếu quý vị đăng ký bỏ phiếu, địa điểm nơi quý vị nộp đơn sẽ được giữ bí mật. Nếu quý vị từ chối đăng ký để bỏ phiếu, điều này sẽ được giữ bí mật. Việc đăng ký hoặc từ chối đăng ký để bỏ phiếu sẽ **chỉ** được sử dụng cho mục đích đăng ký cử tri.

**ếu quý vị muốn được giúp đỡ điền vào mẫu đơn đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ giúp quý vị. Quyết định tìm kiếm hay chấp nhận sự giúp đỡ là của quý vị. Quý vị có thể bí mật điền mẫu đơn. (Chọn một)**

Có, tôi cần sự giúp đỡ.

Không, tôi không cần sự giúp đỡ.

Để được hỗ trợ hoàn thành đơn đăng ký cử tri bên ngoài văn phòng của chúng tôi, hãy liên hệ với Sở Y tế Tiểu bang Louisiana và các bệnh viện theo số 1-888-342-6207.

Nếu hoàn thành bên ngoài văn phòng của chúng tôi, tờ khai này và đơn đăng ký cử tri đã hoàn thành của quý vị (nếu quý vị điền) sẽ được gửi lại cho P.O. Box 91278 Baton Rouge, LA 70821-9278.

---

**Chữ ký hoặc Đánh dấu**

**Tên được Đánh máy hoặc Viết hoa**

**Ngày**

Chữ ký của Hai Người làm chứng Nếu Ký Bằng Đánh dấu:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

**KHIẾU NẠI**

Nếu quý vị tin rằng ai đó đã can thiệp vào quyền đăng ký hoặc từ chối đăng ký bỏ phiếu của quý vị, quyền riêng tư của quý vị trong việc quyết định đăng ký hoặc làm đơn đăng ký để bỏ phiếu, hoặc quyền chọn đảng chính trị của quý vị hoặc ưu tiên chính trị khác, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên Bộ trưởng Ngoại giao Tiểu bang Louisiana, Ủy viên bầu cử, P.O. Box 94125, Baton Rouge, LA 70804-9125 hoặc bằng cách gọi số (225) 922-0900 hoặc 1-800-883-2805.

---

**Nhận xét (dành riêng cho cơ quan chức năng):**

TRANG NÀY ĐƯỢC  
CHỦ Ý ĐỂ TRỐNG.



# 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) \_\_\_\_\_

**Place of Birth** 9. CITY/TOWN: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_

PARISH/COUNTY: \_\_\_\_\_ COUNTRY: \_\_\_\_\_

**Mother's Maiden Name** 10. \_\_\_\_\_

**Email** 11. \_\_\_\_\_

**Phone** 12. Home: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      Other: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**LA DL/ID Card #** 13. \_\_\_\_\_

I do not have a LA DL/ID card.

**Do you need assistance in voting?** 14.  No    Yes, Reason: \_\_\_\_\_

**Last Residence Address** 15. HOUSE # & STREET: \_\_\_\_\_ CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_

**Place of Last Registration** 16. STATE: \_\_\_\_\_ PARISH/COUNTY: \_\_\_\_\_

**Former Registered Name, if any** 17. \_\_\_\_\_

**Affirmation and Signature** 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** 19. (If your signature is a mark, you must have two witnesses sign.)

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](http://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](http://www.geauxvote.com) and you may register online before the 20<sup>th</sup> day prior to the election. Please call your registrar of voters if you do not receive your voter information card two weeks after registering.