

SOLICITUD PARA SERVICIOS DE CUIDADO PROLONGADO

Beneficios de Medicaid para Personas que Necesitan Cuidado Prolongado

- Llenar esta solicitud para ver si usted califica para servicios de cuidado prolongado cobertura de Medicaid. Este programa es para personas que tienen planes de vivir en un centro de enfermería, hogar de grupo, o centro de desarrollo en Louisiana o personas que han recibido una oferta de Servicios Basado en Casa y Comunidad (HCBS) o el Programa de Todo Inclusivo Cuidado para Ancianos (PACE).
- Si necesita más espacio, use una hoja de papel separada o el espacio previsto para usted en la página 12.
- Si tiene alguna pregunta, llame al 1-888-342-6207 de lunes a viernes para hablar con un representante de Medicaid. Los usuarios de teléfono de texto TTY deben llamar al 1-800-220-5404.
- Completa y envía esta solicitud a la **Medicaid Application Office, 6069 I-49 Service Rd, Suite B, Opelousas, LA 70570** o por fax al 225-389-8019.

¿Cuales servicios de cuidado prolongo estas solicitando? *(usted puede marcar uno o más)*

- Servicios de Centro de Enfermería (*Solicitante Solamente*) Servicios de Centro de Enfermería (*Solicitante y Cónyuge*)
 HCBS PACE Centro de Atención Intermedia para los Incapacitados Intelectuales (ICF/ID) u otro casa de grupo

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

► Por favor **ESCRIBA** claramente con tinta negra.

1 — Información Personales 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		Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado			
Si es Hispano/Latino, etnia <i>(opcional – usted puede marcar uno o más)</i>							
<input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano Americano <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro: _____							
Raza <i>(opcional – usted puede marcar uno o más)</i>							
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Samoano			
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Other Pacific del Pacífico			
<input type="checkbox"/> Filipino		<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro	<input type="checkbox"/> del Pacífico			
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska – Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____							
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		Ciudad		Estado	
Dirección de correo electrónico <i>(si lo tiene)</i>				Inicio parroquia <i>(donde vive)</i>			
Celular ()		Teléfono de casa ()		Otro teléfono ()			
¿Es usted un residente de Louisiana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Planea quedarse en Louisiana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

2 — Solicitud Asistencia

¿Alguien está ayudando a usted con esta solicitud? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 3)

Nombre del ayudante

Relación al solicitante

Dirección de correo

¿Quiere que su correo sea enviado a la dirección indicada arriba? Sí No

Numero de teléfono diurno
()

Otro teléfono
()

Dirección de correo electrónico

3 — Asistencia Legal

¿Alguien está prevista para representar a usted? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 4)

¿Qué tipo de puesto tiene esta persona? Representante legal Curador Otro

Nombre del representante

Relación al solicitante

Dirección de correo

¿Quiere que su correo sea enviado a la dirección indicada arriba? Sí No

Numero de teléfono diurno
()

Otro teléfono
()

Dirección de correo electrónico

4 — Ciudadanía

¿Es usted veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? Sí No

¿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?
 Sí No

5 — Cuidado Prolongado

¿Vives o tiene planes de vivir en un facilidad de cuidado prolongado? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 6)

Nombre del facilidad

Fecha en que ingresó o planea ingresar a este facilidad

¿Piensa que se queda en el facilidad por 30 días?
 Sí No

¿Estabas viviendo con un cónyuge legal antes de ingresar a este facilidad? Sí No

¿Si **NO**, vivía usted aparte de un cónyuge legal por razones médicas? Sí No

6 — Servicios Basados en Casa y Comunidad

¿Has recibido una oferta de una posición de HCBS? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 7)

¿Qué tipo de exención de HCBS estas solicitando? Cuidado de la Salud del Día Adulto Elecciones de Niños
 Oportunidades Nuevas Opciones de la Comunidad Otro

Nombre de la Agencia de Coordinación de Apoyo

¿Cree que usted recibirá servicios de exención por 30 días? Sí No

7 — Incapacidad

¿Tiene una incapacidad? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 8)

(NOTA: una incapacidad es una condición física o mental que le impide hacer actividades diarias como bañarse, vestirse, etc.)

Describe su incapacidad

¿Cuándo empezó su incapacidad?

¿Fue causado por un accidente? Sí No

¿Ha solicitado beneficios de incapacidad? Sí No

¿Si **SÍ**, se ha tomado una decisión sobre su solicitud?
 Sí No

Nombre del doctor, hospital, u otro proveedor con un récord médico que apoya su reclamación de incapacidad

Dirección del proveedor medico

Teléfono del proveedor medico
()

8 — Seguro Médico (aparte de Medicaid)

¿Quieres ayuda para pagar facturas médicas (pagadas o no pagadas) por atención médica recibida en los últimos 3 meses?
 Sí No

¿Tiene seguro médico? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 9)

¿Qué tipo de cobertura medico tiene?

Seguro privado Medicare Suplementario Medicare Droga Plan Medicare Advantage

Nombre del recipiente de la póliza

Nombre de la compañía de seguro

Número de la grupo/póliza

Número de reclamación de Medicare (si tiene)

¿Cuánto cuesta la prima por este seguro?

¿Tiene una póliza de Seguro de Cuidado a Largo Plazo o de Asociación? Sí No

9 — Miembros del Hogar

Provee información sobre su cónyuge, padres, hijos, y cualquier persona que vive con usted o que vivía con usted antes de entrar en una facilidad de cuidado prolongado. Si nadie vive con usted, deja esta sección limpia.

	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Nombre			
Relación a usted			
Número de Seguro Social			
Fecha de nacimiento			
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
¿Quiere solicitar Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es un veterano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Quiere dar una parte de su ingreso a una pareja o dependiente arriba? Sí No

¿Si **SÍ**, a quién quieres darlo?

Proporcionar información sobre su cónyuge(s) anterior o fallecido.
Si usted no tiene un cónyuge anterior o fallecido, deja esta sección limpia y saltarse a 10.

	Cónyuge Anterior 1	Cónyuge Anterior 2
Nombre		
Número de Seguro Social		
Fecha de nacimiento		
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
¿Se divorció de esta persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si SÍ , fecha del divorcio		
¿Se ha establecido la propiedad comunitaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta persona ha muerto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si SÍ , fecha de muerte		
¿Se ha abierto la sucesión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es un veterano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

10 — Suma de Pago Global

¿Ha recibido usted o alguien de su hogar recibió o está esperando recibir un pago de suma global, tal como una liquidación de litigio, una herencia, o un pago retroactivo del Seguro Social? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 11)

¿Quién recibe el pago de suma global? Usted Cónyuge Usted y cónyuge Padre(s) Otro: _____

¿Cuándo fue recibido o lo va a recibir?

¿De quién fue recibido?

¿Cuánto vale?

Explica la razón para el pago de suma global

Provee el nombre, dirección y teléfono del abogado involucrado en el pago

11 — Ingresos de Trabajo (ejemplos: efectivo, cheques, propinas, etc.)

¿Usted o alguien en su hogar tiene un trabajo? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 12)

	Trabajo 1	Trabajo 2	Trabajo 3
Nombre del trabajador			
¿Trabaja por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del empleador			
Dirección del empleador			
Teléfono del empleador	()	()	()
¿Frecuencia del pago? (semanal, mensual, etc.)			
¿Cuánto gana? (ingreso bruto antes de impuestos)	\$	\$	\$

12 — Otros Ingresos

Usted o alguien en su hogar recibe:	¿Quién recibe el ingreso? (usted, cónyuge, padre, etc.)	¿De donde viene el ingresos?	¿Frecuencia del pago? (semanal, mensual, etc.)	¿Cuánto recibe? (antes de los taxes)
Seguro Social <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$
SSI <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$
Beneficios Veteranos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		VA archivo #:		\$
Ferrovionario Retiro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Reclamo #:		\$
Retiro/Pensión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$
Anualidades <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$
Regalías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$
Ingresos de renta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$
Compensación de Trabajador <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$
Desempleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$
Pensión Alimenticia/ Susento de Menores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$
Otro: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$

13 — Cuentas Bancarias

¿Usted o alguien en su hogar tiene una cuenta bancaria o Certificados de Depósito (CDs)?

Sí No (Si **NO**, pase a la sección 14)

Tipo de cuenta: (marca una por fila)	¿A quién pertenece?	Nombre del Banco/ Unión de Crédito	Número de la Cuenta	¿Cuánto vale?
<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Club de Navidad <input type="checkbox"/> Tarjeta Expresa Directa <input type="checkbox"/> Certificado de Depósito				\$
<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Club de Navidad <input type="checkbox"/> Tarjeta Expresa Directa <input type="checkbox"/> Certificado de Depósito				\$
<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/> Club de Navidad <input type="checkbox"/> Tarjeta Expresa Directa <input type="checkbox"/> Certificado de Depósito				\$

14 — Cuentas de Retiro

¿Usted o alguien en su hogar tiene una pensión o cuenta de retiro (IRA, Keogh, 401-K, etc.)?

Sí No (Si **NO**, pase a la sección 15)

¿A quién pertenece la cuenta? Usted Cónyuge Usted y cónyuge Padre(s) Otro: _____

Nombre del banco/compañía

Número de la cuenta

¿Cuánto vale?

¿Recibe pagos regulares de esta cuenta? Sí No

¿Si **SÍ**, cuanto es el pago y con qué frecuencia?

¿Si **NO**, están disponibles pagos regulares?

Sí No No Se

¿Puede retirar la suma global de esta cuenta? Sí No No Se

15 — Anualidades

¿Usted o alguien en su hogar tiene anualidades? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 16)

¿Quién es dueño de las anualidades? Usted Cónyuge Usted y cónyuge Padre(s) Otro: _____

Nombre del beneficiario

Nombre del beneficiario del restante

Nombre de la compañía de seguro

Número de la cuenta

Fecha de comprar

¿Cuánto vale?

¿Recibe pagos regulares de esta cuenta? Sí No

¿Si **SÍ**, cuanto es el pago y con qué frecuencia?

¿Si **NO**, están disponibles pagos regulares?

Sí No No Se

¿Puede retirar la suma global de esta cuenta? Sí No No Se

16 — Paciente Fondo Fiduciario

¿Tiene una cuenta de paciente fondo fiduciario en un facilidad? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 17)

Nombre del facilidad

¿Cuánto vale?

17 — Caja de Seguridad

¿Usted o alguien en su hogar tiene una caja de seguridad? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 18)

¿Quién tiene una caja de seguridad? Usted Cónyuge Usted y cónyuge Padre(s) Otro: _____

Nombre del banco donde se ubica la caja de seguridad

Lista los contenidos de la caja de seguridad (*artículos que se puede convertir en efectivo*)

¿Cuánto vale los contenidos de la caja de seguridad?

18 — Acciones

¿Usted o alguien en su hogar tiene acciones? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 19)

¿Quién tiene las acciones? Usted Cónyuge Usted y cónyuge Padre(s) Otro: _____

Nombre de la empresa en la que se mantiene la acciones

¿Cuántas acciones?

¿Cuánto valen?

19 — Bonos

¿Usted o alguien en su hogar tiene bonos? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 20)

¿Quién tiene las bonos? Usted Cónyuge Usted y cónyuge Padre(s) Otro: _____

¿Cuántas bonos?

¿Cuánto valen?

¿Qué tipo de bonos?

Número(s) de los bonos

20 — Hipoteca, Prestamos, y Notas Promisorias

¿Usted o alguien en su hogar posee una hipoteca, prestamo, o nota promisorias? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 21)

¿Quién tiene el prestamo? Usted Cónyuge Usted y cónyuge Padre(s) Otro: _____

Fecha de acuerdo

¿Se puede vender el acuerdo?
 Sí No

¿Cuánto vale?

21 — Vehículos *(ejemplos: carros, camiones, barcos, remolques, campistas, motos, vehículos todo terreno, etc.)*

¿Usted o alguien en su hogar tiene un vehículo? Sí No *(Si NO, pase a la sección 22)*

Tipo de Vehículo: <i>(incluye marca/modelo/año)</i>	¿A quién pertenece?	¿Cuánto vale?	¿Cuánto se debe?
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

22 — Inmueble Residencial Primario

¿Usted o alguien en su hogar tiene propiedad donde vive, está en proceso de comprar con intenciones de vivir allí, o tiene usufructo de una propiedad donde vive? Sí No *(Si NO, pase a la sección 23)*

¿Si **SÍ**, elige? Propiedad que tiene/propiedad está comprando Usufructo de propiedad

¿Quién tiene la propiedad? Usted Cónyuge Usted y cónyuge Padre(s) Otro: _____

Dirección de la propiedad

Parroquia/condado de la propiedad

Tamaño del lote

Cuántas construcciones en la propiedad

¿Cuánto vale la propiedad?

¿Cuánto se debe en la propiedad?

¿Quién vive en la propiedad?

¿Está en venta?

Sí No

¿Está alquilada?

Sí No

¿Si está en un facilidad, piensa en regresar a la propiedad?

Sí No

23 — Inmueble Secundario

¿Usted o alguien en su hogar tiene una propiedad adicional, incluso una casa secundario, propiedad afuera del estado, o porción de una herencia? Sí No *(Si NO, pase a la sección 24)*

¿Quién tiene la propiedad? Usted Cónyuge Usted y cónyuge Padre(s) Otro: _____

Dirección de la propiedad

Parroquia/condado de la propiedad

Tamaño del lote

Cuántas construcciones en la propiedad

¿Cuánto vale la propiedad?

¿Cuánto se debe en la propiedad?

¿Quién recibe la notificación de impuesto para esta propiedad?

¿Qué porcentaje de esta propiedad es poseído/heredado?

¿Está en venta? Sí No

¿Está alquilada? Sí No

24 — Fondos para Entierro

¿Usted o alguien en su hogar tiene fondos reservados para entierro? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 25)

¿Quién tiene los fondos?	¿Para quién es el entierro?	Nombre del Banco o Funeraria	¿Cuánto vale?
			\$
			\$
			\$

25 — Contratos de Entierro

¿Usted o alguien en su hogar tiene un contrato de entierro pagado por adelantado? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 26)

¿Quién tiene el contrato?	¿Para quién es el entierro?	Nombre del Funeraria	¿Cuánto vale?
			\$
			\$
			\$

26 — Seguro de Vida

¿Usted o alguien en su hogar tiene seguro de vida o entierro? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 27)

¿Quién está asegurado?	¿Quién tiene la póliza?	Nombre de la co. de seguros	Número de Póliza	Tipo de Póliza	¿Cuál es el valor nominal?	¿Esta póliza ha acumulado dividendos?
					\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

27 — Espacio de Entierro

¿Usted o alguien en su hogar tiene una parcela de cementerio, tumba, mausoleo, ataúd, urna, u otro tipo de espacio de entierro?
 Sí No (Si **NO**, pase a la sección 28)

¿A quién pertenece? Usted Cónyuge Usted y cónyuge Padre(s) Otro: _____

Describe el sitio o ítem

¿Para el entierro de quién?	¿Cuánto vale?	¿Está pagado completamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----------------------------	---------------	--

28 — Otros Valiosos y Dinero en Efectivo

¿Usted o alguien en su hogar tiene otros valiosos como un negocio, derechos a minerales, o acceso a dinero en efectivo?

Sí No (Si **NO**, pase a la sección 29)

¿A quién pertenece? Usted Cónyuge Usted y cónyuge Padre(s) Otro: _____

Describe los otros valiosos y provee toda la información que pueda, incluso el valor

29 — Otras Cuentas Bancarias

¿Usted o alguien en su hogar tiene su nombre en una cuenta bancaria de **OTRA PERSONA**? Sí No

¿Hay **OTRA PERSONA** que tiene una cuenta con dinero que pertenece a usted o alguien en su hogar?

Sí No (Si **NO** para ambas preguntas, pase a la sección 30)

¿Quién tiene su nombre en la cuenta?	¿A quién pertenece el dinero en la cuenta?	Nombre del Banco/ Unión de Crédito	Número de la Cuenta	¿Cuánto pertenece a usted o alguien en su hogar?
				\$
				\$

30 — Fideicomisos

¿Usted o alguien en su hogar ha creado un fideicomiso, colocado artículos en un fideicomiso, o ha creado un fideicomiso para ellos? Sí No (Si **NO**, pase a la sección 31)

¿A quién pertenece el fideicomiso? Usted Cónyuge Usted y cónyuge Padre(s) Otro: _____

¿Qué tipo de fideicomiso es?

¿Quién tiene dinero o valiosos en el fideicomiso?

Describe el dinero o valiosos que son parte del fideicomiso, incluso cuánto valen

31 — Transferencia de Recursos

¿Usted o alguien en su hogar o alguien actuando por su parte ha regalado/vendido/transferido propiedad u otro valiosos como tierra, casas, seguro de vida, vehículos, o cuentas bancarias en los últimos 60 meses? Sí No

¿Qué fue transferido/vendido?	¿Cuándo fue transferido/vendido?	¿A quién se transfirió/vendió?	¿Cuánto valía?	¿Se recibió algo a cambio?	¿Qué pasó a lo que fue recibido?
			\$		
			\$		
			\$		

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.
- 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 otro 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. Confirmas que notificarás a Medicaid de cualquier anualidad que tu o tu conyuge 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, favor continuar a la próxima página para completar la solicitud.

DOCUMENTOS DE PRUEBA

Pediremos documentación para comprobar la información que está reportada en esta solicitud. Déjanos saber si no tienes o no puedes obtener la documentación y podemos tratar de asistirle. La ley requiere que guardamos como privada toda la información que provees.

Utilice la lista de verificación para ayudar a realizar un seguimiento de lo que puede necesitar proporcionar.

- Comprobante de casamiento legal de solicitante como un certificado de casamiento (no necesitada si la cónyuge de un solicitante tiene Medicaid de Cuidado Prolongado o si cónyuge está muerto.)
- Copia de una tarjeta de residencia (tarjeta verde) u otras tarjetas/documentación de ciudadanía o inmigración. **Solo para solicitantes que no son ciudadanos Americanos.**
- Copia de documentos legales para demostrar poder notarial, curador, o interdicción.
- Si el solicitante esta viudo/a, copia de la sucesión. Si la sucesión no se ha completado, una copia del testamento.
- Comprobante de ingresos, como talones de cheque o carta que demuestra el ingreso bruto (antes de deducciones), de retiro, pensión, beneficios veteranos, anualidades, derechos de explotación mineral, subsidio por incapacidad laboral, susento de menores, hipoteca de anualidad reverso, y regalías. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- Si el solicitante, cónyuge del solicitante, o padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad) tiene propiedad que esta alquilada, envía comprobante del ingreso recibido (carta del arrendatario o cheque cancelado) y comprobante del costo de mantener la propiedad.
- Declaración de amigos y/o parientes quienes han regalado dinero al solicitante y/o su cónyuge.
- Para todos que están empleado, envía talones de cheque o una carta del empleador que demuestra el pago bruto (antes de deducciones) para el mes anterior. Si trabaja por su cuenta, envía copias de los impuestos del año anterior y todos los adjuntos de horario. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- Comprobante de suma de pago global recibido en los últimos cinco años de un acuerdo de seguro o litigio, herencia, compensación de trabajador, o seguro social. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- Copias de estado de cuenta bancario para los últimos 3 meses. Envía **TODAS** las páginas que demuestra las imágenes de los cheques, números de la cuenta, nombres y direcciones de los bancos, todos depósitos y retiradas, y todos nombres en la cuenta. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- Copia de anualidad y declaraciones de los últimos tres meses. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- Declaración de cuentas para Certificados de Depósito (CSS), IRAS, 401-KS, KEOGHS, y cuentas de retiro de los últimos tres meses. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- Una lista de los contenidos de cajas de seguridad y una declaracion jurada de la persona que tiene acceso a ellos. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- Copias de acciones y bonos, incluso todas declaraciones de cuentas. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**

CONTINUADO EN LA PRÓXIMA PÁGINA

DOCUMENTOS DE PRUEBA *(continuado)*

- ❑ Si posee más de un vehículo, copias de títulos vehicular/registro vehicular y comprobante de lo que debe en cada vehículo, como una declaración del acreedor. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- ❑ Para propiedad que es poseído (aparte de su hogar) o propiedad que está heredado (puede ser indiviso), envía comprobante que demuestra el valor de la propiedad y la cantidad de la porción que tiene el solicitante. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- ❑ Copia del último estado de cuenta bancaria para cuentas de entierro o funeral. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- ❑ Copias de pre acordado contratos de entierro con funerarias con una lista de servicios incluidos. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- ❑ Copias de pólizas de seguro de vida o entierro si el valor de todos es más de \$10,000 para cada persona. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- ❑ Para lugares de sepulturas, como un parcela en un mausoleo o cementerio que no está pagado en total, envía prueba de lo que se debe y el valor de los artículos. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- ❑ Copias de documentos de crédito, incluyendo el cronograma de activos y los valores actuales de los artículos en fideicomiso. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- ❑ Copias de facturas medicas pagados o no pagados para servicios recibidos en los últimos tres meses (si está solicitando Medicaid para estos meses.) **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- ❑ Copias de Acto de Donación, recibo, estado de cuenta bancaria, u otros documentos que demuestran artículos que fueron regalado o vendido, o una escritura que fue cambiado. Incluya los valores de mercado justos de estos artículos en el momento en que ocurrió la transacción. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**
- ❑ Copias de las tarjetas de seguro de salud (delantero Y trasero), incluso Medicare, seguro de cuidado prolongado, planes de medicamentos recetados de Medicare, y suplementos de Medicare. Incluir la verificación de los montos de las primas. **Proveer para el solicitante, cónyuge del solicitante, padres del solicitante (si el solicitante es menor de edad), y dependientes del solicitante bajo 18 años.**

SERVICIOS DE CUIDADO PROLONGADO

**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. 3/19)

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 If you answered "No" to these questions, do not complete this form. You are not eligible to vote at this time.
 Will you be 18 years of age on or before election day? Yes No (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: _____

Birthdate

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. DEM GRN IND LBT REP NO PARTY OTHER (Specify) _____

Place of Birth

9. CITY/TOWN: _____ STATE: _____
 PARISH/COUNTY: _____ COUNTRY: _____

Mother's Maiden Name

10. _____

Email

11. (Optional) _____

Phone

12. (Optional) 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: _____

Place of Last Residence

15. HOUSE # & STREET: _____ STATE: _____
 CITY: _____ STATE: _____

Place of Last Registration

16. STATE: _____ PARISH/COUNTY: _____

Former Registered Name, if any

17. _____

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 imprisonment 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. Any false statement may constitute perjury.

Applicant Signature: Date: _____

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

19. Witness #1 Signature: Witness #1 Print Name: _____
 Witness #2 Signature: Witness #2 Print Name: _____

* Last 4 digits of the social security number are required, if issued, and you have no LA driver's license or LA special ID; full SSN number 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

REMARKS: _____

CIRCLE ONE: PA MV RG SDA SS (Disability)

Received by: _____ Date: _____



Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 3/19)

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 grey section numbers on this page correspond to the grey 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 answered "No" to these questions, do not complete this application 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, you **must** attach either 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 number 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 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 and 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 the 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.