

ĐƠN XIN CHƯƠNG TRÌNH TIẾT KIÊM MEDICARE BANG LOUISIANA

Giúp thanh toán lệ phí Medicare, Phụ Trữ, và Tiền Khấu Trừ

- Nếu quý vị có Medicare, hãy điền đơn này để xem quý vị có đủ điều kiện cho Chương Trình Medicare Tiết Kiệm.
- Nếu muốn nộp đơn cho người chưa có Medicare, vui lòng điền **Đơn Xin Bảo Hiểm Toàn Phần**. Gọi số để lấy đơn 1-888-342-6207 hoặc lên mạng MyMedicaid.la.gov.
- Nếu cần thêm khoảng trống, hãy dung một tờ riêng hoặc khoảng trống ở trang số 5.
- Nếu quý vị có thắc mắc, hãy gọi số 1-888-342-6207 từ Thứ hai–Thứ sáu để gặp người một đại diện Medicaid. TTY dùng bản điện thoại gọi số 1-800-220-5404.
- Điền đơn và gửi tới **Medicaid Application Office, P.O. Box 91278 Baton Rouge, LA 70821-9278** hoặc đánh fax tới số 1-877-523-2987.

Ngôn ngữ nào quý vị thường dùng? ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Mỹ ☐ Tiếng Việt ☐ Ngôn ngữ khác: _____

► **IN CHỮ** rõ ràng bằng mực đen.

1 — Thông Tin Cá Nhân

Tên gọi	Chữ đầu tên lót	Tên họ	Hậu tố (Sr., Jr., vv)
Số An sinh Xã hội	Ngày tháng năm sinh	Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ	
Tình trạng hôn nhân ☐ Độc thân ☐ Đã kết hôn ☐ Góa ☐ Ly dị/Ly thân		Quý vị có phải người gốc Mỹ hoặc Latinh không? (tùy ý) ☐ Có ☐ Không	
Chủng tộc (tùy ý – có thể đánh dấu một ô hay nhiều hơn) ☐ Da trắng ☐ Ấn Độ ☐ Nhật ☐ Á Châu ☐ Samo ☐ Da đen hoặc ☐ Trung Quốc ☐ Hàn Quốc ☐ Bán xứ Hawaii ☐ Đảo Thái Châu Phi ☐ Phi ☐ Viet nam ☐ Guam hoặc Đảo Camoro ☐ Bình Dương ☐ Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska – Bộ Tộc: _____ ☐ Dân tộc khác: _____			

2 — Thông Tin Liên Lạc

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 email (nếu có)		Quận (nơi quý vị sinh sống)	
Số điện thoại nhà ()	Số điện thoại di động ()	Số điện thoại khác ()	

3 — Thông Tin Của Người Phối Ngẫu			
Quý vị đã lập gia đình và đang sống với người phối ngẫu không? ☐ Có ☐ Không (Nếu KHÔNG , chuyển sang phần 4)			
Tên gọi	Chữ đầu tên lót	Tên họ	Hậu tố (Sr., Jr., vv)
Số An sinh Xã hội	Ngày tháng năm sinh	Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ	
Quý vị phải là người gốc Mễ hoặc Latinh không? (tùy ý) ☐ Có ☐ Không	Chủng tộc (tùy ý – có thể đánh dấu một ô hay nhiều hơn) ☐ Da trắng ☐ Da đen ☐ Á châu ☐ Bản địa Hawaii hoặc Đảo Thái Bình Dương ☐ Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska – Bộ Tộc: _____ ☐ Dân tộc khác		
Người phối ngẫu của quý vị có muốn xin chương trình Medicare Savings không? ☐ Có ☐ Không			

4 — Thông Tin Về Medicare		
	Quý vị	Người phối ngẫu (nếu có gia đình)
Số Medicare Claim		
Người này có bảo hiểm y-tế không? (ngoài Medicare ra) hoặc bảo hiểm phụ cho Medicare? ☐ Có ☐ Không		☐ Có ☐ Không

5 — Tiền Thu Nhập Thừ Việc Làm (ví dụ: tiền mặt, checks, bo, vv.)			
Có ai trong nhà đi làm không? ☐ Có ☐ Không (Nếu KHÔNG , chuyển sang phần 6)			
	Việc làm 1	Việc làm 2	Việc làm 3
Tên người đi làm			
Tên chủ lao động			
Số điện thoại chủ lao động	()	()	()
Người này có tự làm chủ không? ☐ Có ☐ Không		☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không
Số tiền được trả? (Tổng số tiền trước khi trừ thuế)	\$	\$	\$
Tần suất trả? (hàng tuần, hàng tháng, vv.)			

6 — Thu Nhập Khác (ví dụ: tiền Anh Sinh Xã Hội, tiền hưu, bồi thường lao động, vv.)			
Có ai trong nhà nhận được tiền từ các nguồn khác? ☐ Có ☐ Không (Nếu KHÔNG , chuyển sang phần 7)			
	Nguồn 1	Nguồn 2	Nguồn 3
Ai nhận số tiền này?			
Số tiền này từ đâu đến?			
Số tiền được trả? (Tổng số tiền trước khi trừ thuế)	\$	\$	\$
Tần suất trả? (hàng tuần, hàng tháng, vv.)			

7 — Chi Phí Y-Tế

Quý vị hoặc người phối ngẫu có hóa đơn y-tế không (thanh toán hoặc chưa) cho những dịch vụ y-tế trong 3 tháng qua không? ☐ Có ☐ Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 8)

	Chi phí 1	Chi phí 2	Chi phí 3
Ai nhận phục vụ y-tế?			
Tên bác sĩ, trạm xá hoặc nơi phục vụ y-tế			
Số điện thoại	()	()	()
Ngày tháng được phục vụ			
Tổng số phí tổn	\$	\$	\$

8 — Những Vật Quý Vị Làm Chủ

Quý vị có làm chủ những thứ sau đây không?	Ai làm chủ?	Chi tiết (bao gồm tên của các ngân hàng, các công ty bảo hiểm, vv.)	Có giá trị bao nhiêu?
Tài khoản kiểm tra ☐ Có ☐ Không			\$
Tài khoản tiết kiệm ☐ Có ☐ Không			\$
Tài khoản trực tiếp ☐ Có ☐ Không			\$
Xe (ô-tô, xe tải, tàu, motô, RVs, ATVs, vv.) ☐ Có ☐ Không			\$
Những xe khác ☐ Có ☐ Không			\$
Nhà khác ngoài nơi cư trú ☐ Có ☐ Không			\$
Hộp an toàn (CD) ☐ Có ☐ Không			\$
Niên kim, trusts, cổ phiếu, trái phiếu, tài khoản hưu trí ☐ Có ☐ Không			\$
Bảo hiểm nhân thọ hoặc chôn cất ☐ Có ☐ Không			\$
Tiền để dành cho mai táng hoặc hợp đồng ☐ Có ☐ Không			\$
Hộp an toàn ☐ Có ☐ Không			\$
Mục khác ☐ Có ☐ Không			\$

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.
- 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/mẹ, 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 tiếp tục đến trang tiếp theo để hoàn thành đơn đề nghị của quý vị.

Đọc và ký dưới đây

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 đề nghị này. Theo hình phạt khai man, tôi xác nhận rằng tất cả thông tin trong đơn đề nghị này, bao gồm cả quốc tịch Hoa Kỳ hoặc tình trạng nhập cư hợp pháp của tất cả những người nộp đơn xin 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 phần “Quyền và Trách nhiệm” của đơn đề nghị (nằm ở trang 4), bao gồm các hình phạt gian lận.

Chữ ký:	Ngày:
Chữ ký của phối ngẫu (nếu xin):	Ngày:

Dùng khoảng trống để ghi chú hoặc cung cấp những thông tin mà quý vị chưa liệt kê hết ra trong đơn.

[illegible]

TRANG NÀY ĐƯỢC
CHỦ Ý ĐỂ TRỐNG.

MẪU ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN MEDICAID

Dành cho Người nộp đơn hoặc Người đăng ký Medicaid

Quý vị có thể chọn một đại diện được ủy quyền

Quý vị có thể cho phép một người đáng tin cậy nói về điều kiện hội đủ Medicaid của quý vị với chúng tôi, xem thông tin của quý vị và thay mặt cho quý vị trong các vấn đề liên quan đến đơn đăng ký/việc gia hạn của quý vị. Người này được gọi là “đại diện được ủy quyền.” Quý vị không bắt buộc phải nêu tên bất kỳ cá nhân hoặc tổ chức nào làm đại diện được ủy quyền của mình. Nếu quý vị cần thay đổi người đại diện được ủy quyền của mình, hãy liên hệ với Medicaid. Nếu quý vị là đại diện hợp pháp của người nộp đơn/người đăng ký, hãy nộp bằng chứng cho Medicaid.

Chọn những gì quý vị muốn người đại diện được ủy quyền của mình có thể làm (đánh dấu tất cả các câu áp dụng):

- ☐ Ký đơn đăng ký thay mặt quý vị.
- ☐ Hoàn thành và gửi mẫu gia hạn thay mặt quý vị.
- ☐ Nhận thông báo và các thông tin liên lạc khác từ Medicaid thay mặt quý vị. (Nếu chọn tùy chọn này, thì tất cả thư từ sẽ chỉ được gửi đến địa chỉ của người đại diện được ủy quyền.)
- ☐ Thay mặt quý vị trong tất cả các vấn đề liên quan đến trường hợp Medicaid của quý vị và nhận thông tin về trường hợp Medicaid của quý vị.

1. Tên của người đại diện được ủy quyền (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố) hoặc tên của tổ chức

2. Địa chỉ		3. Số căn hộ hoặc phòng
4. Thành phố	5. Tiểu bang	6. Mã ZIP
7. Số điện thoại (— — —) — — — — — —		8. Số ID (nếu có)

Khi ký tên dưới đây, tôi hiểu rằng tôi đang chỉ định người đại diện được ủy quyền đã liệt kê ở trên để thực hiện các hành động mà tôi đã chọn ở trên. Tôi hiểu rằng giấy ủy quyền này sẽ vẫn có hiệu lực cho đến khi bị hủy bỏ.

Tôi hiểu rằng tất cả thông tin thu thập được về tình hình của tôi và những người mà tôi chịu trách nhiệm pháp lý là mang tính cá nhân và bảo mật. Quyết định chỉ định người đại diện được ủy quyền của tôi là không bắt buộc, được tự do đưa ra và không miễn trách nhiệm phải tích cực tham gia vào quá trình xác định điều kiện hội đủ Medicaid của tôi. Tôi hiểu rằng người đại diện được ủy quyền có trách nhiệm đồng hành, hỗ trợ và đại diện cho tôi trong quá trình xác định điều kiện hội đủ, và để hỗ trợ trong việc có được giấy tờ chứng minh tài chính, y tế và/hoặc các giấy tờ khác cần thiết để Medicaid xác định điều kiện hội đủ Medicaid của tôi. Tôi hiểu rằng mặc dù một số thông tin thu thập được có thể không ảnh hưởng đến điều kiện hội đủ Medicaid của tôi, nhưng có thể ảnh hưởng đến trách nhiệm của tôi đối với một bên thứ ba nếu thông tin này được người đại diện được ủy quyền của tôi tiết lộ cho bên thứ ba đó. Tôi theo đây miễn trừ cho Sở Y tế Louisiana khỏi trách nhiệm trước bất kỳ khiếu nại nào do việc người đại diện được ủy quyền của tôi tiết lộ thông tin cho bên thứ ba. Tôi hiểu rằng nếu giấy ủy quyền này không được ký với sự có mặt của nhân viên Medicaid, thì nhân viên Medicaid có thể xác minh sự chỉ định này.

9. Tên của quý vị (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố)

10. Tên của người nộp đơn/người đăng ký (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố) (nếu quý vị đang ký với tư cách là người đại diện hợp pháp của họ)

11. Mối quan hệ của quý vị với người nộp đơn/người đăng ký (nếu quý vị đang ký với tư cách là người đại diện hợp pháp của họ)

12. SSN hoặc ID Trường hợp cho người nộp đơn/người đăng ký

13. Chữ ký của quý vị	14. Ngày (tháng/ngày/năm)
-----------------------	---------------------------

Tiếp tục ở trang sau...



NEED HELP WITH YOUR APPLICATION? Visit www.medicaid.la.gov or call us at **1-888-342-6207**. If you need help in a language other than English, call **1-888-342-6207** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-220-5404**.

MẪU ĐẠI DIỆN ĐƯỢC ỦY QUYỀN MEDICAID (tiếp theo)

Dành cho Người đại diện được Ủy quyền

Khi ký tên dưới đây, người đại diện theo ủy quyền đồng ý: 1) Đồng ý chịu trách nhiệm hoàn thành mọi trách nhiệm nằm trong phạm vi đại diện được ủy quyền ở cùng mức độ mà cá nhân được đại diện; 2) Duy trì, hoặc bị ràng buộc về mặt pháp lý để duy trì tính bảo mật của bất kỳ thông tin nào liên quan đến cá nhân được đại diện do Sở Y tế Louisiana cung cấp; và 3) Tuân thủ các quy định trong Điều 42 CFR Phần 431, Tiểu phần F và trong Điều 45 CFR 155.260(f) (liên quan đến bảo mật thông tin), 42 CFR 447.10 (liên quan đến việc cấm chuyển nhượng lại yêu cầu bảo hiểm của nhà cung cấp khi thích hợp cho một cơ sở hoặc một tổ chức hoạt động thay mặt cho cơ sở), cũng như các luật tiểu bang và liên bang khác liên quan đến xung đột lợi ích và bảo mật thông tin. Nếu người đại diện được ủy quyền là một tổ chức, phần này phải được hoàn thành và ký bởi tất cả các cá nhân sẽ thay mặt cho tổ chức và đồng ý chịu sự ràng buộc của các điều kiện của thỏa thuận này. Khi ký tên dưới đây, quý vị xác nhận theo hình phạt khai man rằng bất kỳ thông tin nào được cung cấp thay mặt cho cá nhân được đại diện là đúng và chính xác theo hiểu biết tốt nhất của quý vị.

15. Tên của người đại diện được ủy quyền (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố) hoặc tên của tổ chức	16. Số ID (nếu có)
---	--------------------

17. Tên của cá nhân thay mặt cho tổ chức (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố) (nếu có)

18. Chữ ký của người đại diện theo ủy quyền hoặc cá nhân đại diện cho tổ chức	19. Ngày (tháng/ngày/năm)
---	---------------------------

Tên của (các) cá nhân bổ sung sẽ thay mặt cho tổ chức (nếu có):

20. Tên của cá nhân thay mặt cho tổ chức (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố)
--

21. Chữ ký của cá nhân đại diện cho tổ chức	22. Ngày (tháng/ngày/năm)
---	---------------------------

23. Tên của cá nhân thay mặt cho tổ chức (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố)
--

24. Chữ ký của cá nhân đại diện cho tổ chức	25. Ngày (tháng/ngày/năm)
---	---------------------------

26. Tên của cá nhân thay mặt cho tổ chức (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố)
--

27. Chữ ký của cá nhân đại diện cho tổ chức	28. Ngày (tháng/ngày/năm)
---	---------------------------

29. Tên của cá nhân thay mặt cho tổ chức (Tên, Tên đệm, Họ & Tên Hậu tố)
--

30. Chữ ký của cá nhân đại diện cho tổ chức	31. Ngày (tháng/ngày/năm)
---	---------------------------



NEED HELP WITH YOUR APPLICATION? Visit www.medicaid.la.gov or call us at **1-888-342-6207**. If you need help in a language other than English, call **1-888-342-6207** and tell the customer service representative the language you need. We'll get you help at no cost to you. TTY users should call **1-800-220-5404**.

**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	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.)
		Will you be 18 years of age on or before election day?	☐ Yes ☐ No	

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 #: _____	Give Location (If Necessary)
		CITY/TOWN: _____	STATE <u>LA</u> ZIP CODE: _____	

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	6. Sex	7. Race
			XXX - XX - XXXX	☐ M ☐ F	☐ 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.	_____	14. Do you need assistance in voting?	☐ No ☐ Yes, Reason: _____
		☐ I do not have a LA DL/ID card.		

Last Residence Address	15.	HOUSE # & STREET: _____	16. Place of Last Registration	STATE: _____	17. Former Registered Name, if any _____
		CITY: _____ STATE: _____		PARISH/COUNTY: _____	

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.		
		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: _____

* 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.