

ĐƠN ĐỀ NGHỊ DỊCH VỤ CHĂM SÓC DÀI HẠN

Phúc lợi Medicaid cho Người có Nhu cầu Chăm sóc Dài hạn

- Hãy điền vào đơn này để kiểm tra quý vị có đủ điều kiện nhận bảo hiểm dịch vụ chăm sóc dài hạn thông qua Medicaid không. Chương trình này chỉ dành cho những người đang có kế hoạch sống hoặc hiện đang sống trong một cơ sở dưỡng lão, nhà tập thể hoặc trung tâm phát triển ở Louisiana, hoặc những người đã được đề nghị cho cơ hội thông qua Dịch vụ tại Nhà và Cộng đồng (HCBS) hoặc Chương trình Chăm sóc Toàn diện cho Người cao niên (PACE).
- Nếu cần thêm không gian, hãy dung một tờ riêng hoặc không gian ở trang số 12.
- Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy gọi số điện thoại 1-800-230-0690 từ Thứ Hai–Thứ Sáu để nói chuyện với một đại diện Medicaid. Người dùng Điện thoại Văn bản TTY, hãy gọi số điện thoại 1-800-220-5404.
- Hoàn tất và gửi đơn đề nghị này đến **Medicaid Application Office, 6069 I-49 Service Rd, Suite B, Opelousas, LA 70570** hoặc fax đến số 225-389-8019.

Quý vị đang nộp đơn cho phúc lợi chăm sóc dài hạn nào? (quý vị có thể đánh dấu một hoặc nhiều lựa chọn)

- Dịch vụ cơ sở dưỡng lão (**Chỉ Người làm đơn**) Dịch vụ cơ sở dưỡng lão (**Người làm đơn và Vợ/Chồng**)
 Miễn trừ HCBS PACE Cơ sở Chăm sóc Trung gian cho Người Khuyết tật Trí tuệ hoặc nhà tập thể khác

Ngôn ngữ ưu tiên của quý vị là gì? Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Việt Khác: _____

► Vui lòng **VIẾT HOA** rõ ràng bằng mực đen.

1 — Thông tin Cá nhân của Người nộp đơn

Tên gọi		Chữ đầu tên lót		Tên họ		Hậu tố (<i>Sr., Jr., vv</i>)	
Số An sinh Xã hội	Ngày tháng năm sinh		Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ		Tình trạng Hôn nhân: <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Đã kết hôn <input type="checkbox"/> Góa <input type="checkbox"/> Ly dị <input type="checkbox"/> Ly thân		
Gốc Tây Ban Nha/La tinh, dân tộc (<i>Tùy ý – có thể đánh dấu một ô hay nhiều hơn</i>) <input type="checkbox"/> Mễ <input type="checkbox"/> Mỹ gốc Mễ <input type="checkbox"/> Chicano/a <input type="checkbox"/> Puerto Rico <input type="checkbox"/> Cuba <input type="checkbox"/> Dân tộc khác: _____							
Chủng tộc (<i>Tùy ý – có thể đánh dấu một ô hay nhiều hơn</i>) <input type="checkbox"/> Da trắng <input type="checkbox"/> Ấn Độ <input type="checkbox"/> Nhật <input type="checkbox"/> Á Châu <input type="checkbox"/> Samo <input type="checkbox"/> Da đen hoặc Châu Phi <input type="checkbox"/> Trung Quốc <input type="checkbox"/> Hàn Quốc <input type="checkbox"/> Bản xứ Hawaii <input type="checkbox"/> Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Phi <input type="checkbox"/> Viet nam <input type="checkbox"/> Guam hoặc Đảo Camoro <input type="checkbox"/> Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska – Bộ Tộc: _____ <input type="checkbox"/> Dân tộc khác: _____							
Địa chỉ gửi thư				Địa chỉ nhà (<i>nếu khác</i>)			
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 (<i>nếu có</i>)				Quận (<i>nơi quý vị sinh sống</i>)			
Số điện thoại di động ()		Số điện thoại nhà ()		Số điện thoại khác ()			
Quý vị có phải là cư dân Louisiana không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				Quý vị có kế hoạch ở Louisiana không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			

2 — Hỗ trợ Nộp đơn

Có ai giúp quý vị làm đơn này không? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 3)

Tên Người hỗ trợ

Mối quan hệ với Người làm đơn

Địa chỉ gửi thư

Quý vị có muốn thư của mình được gửi đến địa chỉ ở trên không? Có Không

Số điện thoại ban ngày
()

Số điện thoại khác
()

Địa chỉ email (nếu có)

3 — Hỗ trợ Pháp lý

Có ai được quý vị chỉ định hợp pháp để thay mặt quý vị không? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 4)

Người này được chỉ định bằng cách nào? Giấy ủy quyền Người phụ trách Khác

Tên Người được chỉ định

Mối quan hệ với Người làm đơn

Địa chỉ gửi thư

Quý vị có muốn thư của mình được gửi đến địa chỉ ở trên không? Có Không

Số điện thoại ban ngày
()

Số điện thoại khác
()

Địa chỉ email (nếu có)

4 — Tư cách Công dân

Quý vị có phải là cựu chiến binh hoặc đang phục vụ tại ngũ trong quân đội Hoa Kỳ không? Có Không

Quý vị có phải là Công dân Hoa Kỳ hoặc có Quốc tịch Hoa Kỳ không? Có Không

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)

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? Có Không

5 — Chăm sóc Dài hạn

Quý vị có hiện đang sống hoặc có kế hoạch sống ở một cơ sở chăm sóc dài hạn không? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 6)

Tên cơ sở

Ngày quý vị đến sống hoặc có kế hoạch đến sống ở cơ sở này

Quý vị có kế hoạch ở lại cơ sở này trong ít nhất 30 ngày không? Có Không

Quý vị có đang sống với vợ/chồng hợp pháp trước khi đến cơ sở này không? Có Không

Nếu **KHÔNG**, quý vị sống tách biệt khỏi vợ/chồng hợp pháp của mình có phải vì lý do y tế không? Có Không

6 — Dịch vụ tại Nhà và Cộng đồng

Quý vị đã từng được đề nghị miễn trừ HCBS chưa? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 7)

Quý vị đang nộp đơn cho loại miễn trừ HCBS nào? Chăm sóc Sức khỏe Ban ngày dành cho Người lớn
 Lựa chọn của Trẻ em Cơ hội Mới Lựa chọn Cộng đồng Khác

Tên của Cơ quan Điều phối Hỗ trợ

Quý vị có dự kiến nhận được dịch vụ miễn trừ trong ít nhất 30 ngày không? Có Không

7 — Khuyết tật

Quý vị có bị khuyết tật không? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 8)

(LƯU Ý: Khuyết tật là tình trạng sức khỏe về thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc gây ra những hạn chế trong các hoạt động hàng ngày như tắm rửa, mặc quần áo, làm việc nhà, vv.)

Mô tả tình trạng khuyết tật của quý vị

Tình trạng khuyết tật bắt đầu từ khi nào?

Đây có phải là khuyết tật do tai nạn gây ra không?

Có Không

Quý vị có từng nộp đơn xin phúc lợi khuyết tật không?

Có Không

Nếu **CÓ**, đã có quyết định nào được đưa ra liên quan đến đơn xin phúc lợi khuyết tật của quý vị chưa? Có Không

Tên của bác sĩ, bệnh viện hoặc nhà cung cấp dịch vụ y tế khác có hồ sơ có thể hỗ trợ cho yêu cầu bồi thường khuyết tật của quý vị

Địa chỉ nhà cung cấp dịch vụ y tế

Số điện thoại nhà cung cấp dịch vụ y tế
()

8 — Bảo hiểm Y tế (trừ Medicaid)

Quý vị có muốn được giúp đỡ thanh toán hóa đơn y tế (đã thanh toán hoặc chưa thanh toán) cho dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nhận được trong 3 tháng qua không? Có Không

Quý vị có bảo hiểm y tế hay không? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 9)

Quý vị có những loại bảo hiểm nào? Bảo hiểm Y tế Tư nhân Bảo hiểm Sức khỏe Bổ sung Medicare

Bảo hiểm Thuốc Medicare Bảo hiểm Medicare Advantage

Tên chủ hợp đồng

Tên công ty bảo hiểm

Số Nhóm/Hợp đồng

Số Yêu cầu Bồi thường Medicare (nếu có)

Phí bảo hiểm cho bảo hiểm này là bao nhiêu?

Quý vị có chính sách Chăm sóc Dài hạn hoặc Bảo hiểm Đối tác không? Có Không

9 — Thành viên trong Gia đình quý vị

Cung cấp thông tin về vợ/chồng, cha mẹ, con cái và bất kỳ ai sống cùng quý vị hoặc người sống với quý vị trước khi quý vị vào một cơ sở chăm sóc dài hạn. Nếu không ai sống hoặc đã từng sống với quý vị, xin để trống.

	Người 1	Người 2	Người 3
Tên			
Mối quan hệ với quý vị			
Số An sinh Xã hội			
Ngày tháng năm sinh			
Giới tính	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Người này có muốn nộp đơn cho Medicaid không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Người này có phải là cựu chiến binh không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Quý vị có muốn đưa một phần thu nhập của mình cho vợ/chồng hoặc người phụ thuộc được liệt kê ở trên không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Nếu CÓ , quý vị muốn cho ai?		

Cung cấp thông tin về (các) vợ/chồng cũ hoặc đã mất của quý vị.
Nếu quý vị không có vợ/chồng cũ hoặc đã mất, xin để trống và chuyển sang phần 10.

	Vợ/chồng cũ 1	Vợ/chồng cũ 2
Tên		
Số An sinh Xã hội		
Ngày tháng năm sinh		
Giới tính	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
Quý vị có ly dị người này chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nếu CÓ , ngày ly dị		
Tài sản cộng đồng đã được giải quyết chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Người này đã mất chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nếu CÓ , ngày mất		
Đã mở thừa kế chưa?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Người này có phải là cựu chiến binh không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

10 — Thanh toán Một lần

Quý vị hoặc bất cứ ai trong gia đình của quý vị đã nhận được hoặc đang mong đợi nhận được một khoản tiền, chẳng hạn như từ một thỏa thuận bảo hiểm/vụ kiện/bồi thường cho nhân viên, một khoản thừa kế, hoặc trả lại tiền bồi thường An sinh xã hội không? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 11)

Ai đã nhận hoặc sẽ nhận khoản tiền này? Quý vị Vợ/chồng Quý vị và vợ/chồng Cha/mẹ Khác: _____

Khoản tiền này đã hoặc sẽ nhận được khi nào? Ai trả khoản tiền này? Giá trị khoản tiền?

Giải thích lý do nhận được khoản tiền

Cung cấp tên, địa chỉ, số điện thoại của bất kỳ luật sư nào liên quan đến khoản thanh toán này

11 — Thu nhập từ Việc làm (ví dụ: tiền mặt, séc, tiền bo vv.)

Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có đi làm không? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 12)

	Việc làm 1	Việc làm 2	Việc làm 3
Tên người đi làm			
Người này có tự làm chủ không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Tên chủ lao động			
Địa chỉ chủ lao động			
Số điện thoại chủ lao động	()	()	()
Tần suất trả? (hàng tuần, hàng tháng, vv.)			
Số tiền được trả? (tổng thu nhập trước thuế)	\$	\$	\$

12 — Thu nhập Khác

Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có nhận:	Ai nhận số tiền này? (quý vị, vợ/chồng, cha/mẹ, vv.)	Thu nhập này đến từ đâu và ai trả?	Tần suất trả? (hàng tuần, hàng tháng, vv.)	Số tiền được trả? (trước thuế)
An sinh Xã hội <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
SSI <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Phúc lợi Cựu chiến binh <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Số hồ sơ VA:		\$
Hưu trí Ngành Đường sắt <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Số yêu cầu:		\$
Lương hưu <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Niên kim <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Tiền bản quyền <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Tiền cho thuê <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Bồi thường cho nhân viên <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Thất nghiệp <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Tiền cấp dưỡng/ Tiền nuôi con <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$
Khác: _____ <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				\$

13 — Tài khoản Ngân hàng

Quý vị hoặc bất cứ ai trong gia đình quý vị có bất kỳ tài khoản ngân hàng hoặc Chứng chỉ Tiền gửi (CD) nào không?

Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 14)

Loại Tài khoản: <i>(chỉ chọn một câu trả lời cho mỗi hàng)</i>	Tài khoản này thuộc về ai?	Tên Ngân hàng/ Liên hiệp Tín dụng	Số Tài khoản	Giá trị tài khoản?
<input type="checkbox"/> Thanh toán <input type="checkbox"/> Tiết kiệm <input type="checkbox"/> Christmas Club <input type="checkbox"/> Tài khoản Thẻ Direct Express <input type="checkbox"/> Chứng chỉ Tiền gửi				\$
<input type="checkbox"/> Thanh toán <input type="checkbox"/> Tiết kiệm <input type="checkbox"/> Christmas Club <input type="checkbox"/> Tài khoản Thẻ Direct Express <input type="checkbox"/> Chứng chỉ Tiền gửi				\$
<input type="checkbox"/> Thanh toán <input type="checkbox"/> Tiết kiệm <input type="checkbox"/> Christmas Club <input type="checkbox"/> Tài khoản Thẻ Direct Express <input type="checkbox"/> Chứng chỉ Tiền gửi				\$

14 — Tài khoản Hưu trí

Quý vị hoặc bất cứ ai trong gia đình của quý vị có tài khoản lương hưu hoặc hưu trí (IRA, Keogh, 401-K, vv.) không?

Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 15)

Tài khoản này thuộc về ai? Quý vị Vợ/chồng Quý vị và vợ/chồng Cha/mẹ Khác: _____

Tên ngân hàng/công ty

Số tài khoản

Giá trị tài khoản?

Quý vị hiện có nhận được thanh toán thường xuyên từ tài khoản này không? Có Không

Nếu **CÓ**, quý vị nhận được bao nhiêu và tần suất quý vị nhận được?

Nếu **KHÔNG**, tài khoản này có thanh toán thường xuyên không? Có Không Tôi không chắc

Quý vị có thể rút tiền một lần từ tài khoản này không? Có Không Tôi không chắc

15 — Niên kim

Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có sở hữu niên kim không? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 16)

Ai sở hữu niên kim này? Quý vị Vợ/chồng Quý vị và vợ/chồng Cha/mẹ Khác: _____

Tên của người thụ hưởng niên kim

Tên của người thụ hưởng niên kim còn lại

Tên công ty bảo hiểm

Số tài khoản

Ngày mua

Giá trị tài khoản?

Quý vị hiện có nhận được thanh toán thường xuyên từ tài khoản này không? Có Không

Nếu **CÓ**, quý vị nhận được bao nhiêu và tần suất quý vị nhận được?

Nếu **KHÔNG**, tài khoản này có thanh toán thường xuyên không? Có Không Tôi không chắc

Quý vị có thể rút tiền một lần từ tài khoản này không? Có Không Tôi không chắc

16 — Quỹ Ủy thác Bệnh nhân

Quý vị có tài khoản quỹ ủy thác bệnh nhân ở cơ sở dưỡng lão không? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 17)

Tên cơ sở

Giá trị của tài khoản?

17 — Hộp Ký thác An toàn

Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có sở hữu hộp ký thác an toàn không? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 18)

Ai sở hữu hộp ký thác an toàn? Quý vị Vợ/chồng Quý vị và vợ/chồng Cha/mẹ Khác: _____

Tên ngân hàng nơi đặt hộp

Liệt kê các đồ vật được giữ trong hộp (bất kỳ đồ vật nào có thể được chuyển đổi thành tiền mặt)

Giá trị của các đồ vật được giữ trong hộp?

18 — Cổ phiếu

Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có sở hữu cổ phiếu không? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 19)

Ai sở hữu cổ phiếu? Quý vị Vợ/chồng Quý vị và vợ/chồng Cha/mẹ Khác: _____

Tên công ty phát hành cổ phiếu

Số lượng cổ phiếu?

Giá trị cổ phiếu?

19 — Trái phiếu

Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có sở hữu trái phiếu không? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 20)

Ai sở hữu trái phiếu? Quý vị Vợ/chồng Quý vị và vợ/chồng Cha/mẹ Khác: _____

Số lượng trái phiếu?

Giá trị trái phiếu?

Loại trái phiếu?

Các số trái phiếu

20 — Thẻ chấp, Khoản vay và Hối phiếu

Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có sở hữu thẻ chấp, khoản vay hoặc hối phiếu khác không? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 21)

Khoản vay thuộc về ai? Quý vị Vợ/chồng Quý vị và vợ/chồng Cha/mẹ Khác: _____

Ngày thỏa thuận

Thỏa thuận này có thể bán được không?
 Có Không

Giá trị của thỏa thuận?

21 — Xe cộ (ví dụ: ô tô, xe tải, thuyền, xe kéo, nhà xe di động, xe máy, xe địa hình ATV, vv.)

Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có sở hữu bất kỳ chiếc xe nào không? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 22)

Loại Xe: (bao gồm hãng/model/năm)	Chiếc xe này thuộc về ai?	Giá trị của chiếc xe?	Số tiền nợ mua xe?
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

22 — Bất động sản Cư trú Chính

Quý vị hoặc bất cứ ai trong gia đình của quý vị có sở hữu bất động sản nơi họ sống, đang trong quá trình mua bất động sản nơi họ dự định sinh sống, hoặc có quyền dụng ích đối với bất động sản mà họ đang sống không?
 Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 23)

Nếu **CÓ**, đó là gì? Sở hữu/mua bất động sản Quyền dụng ích đối với bất động sản

Bất động sản này thuộc về ai? Quý vị Vợ/chồng Quý vị và vợ/chồng Cha/mẹ Khác: _____

Địa chỉ bất động sản

Quận của bất động sản	Kích thước lô bất động sản	Số tòa nhà nằm trên bất động sản
-----------------------	----------------------------	----------------------------------

Giá trị của bất động sản?	Số tiền nợ mua bất động sản?
---------------------------	------------------------------

Ai đang sống trên bất động sản?

Bất động sản có đang được rao bán không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bất động sản có đang được cho thuê không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	---

Nếu quý vị hiện đang ở một cơ sở dưỡng lão, quý vị có dự định quay trở lại bất động sản này không? Có Không

23 — Bất động sản Phụ

Quý vị hoặc bất cứ ai trong gia đình của quý vị sở hữu hoặc có bất kỳ quyền dụng ích đối với bất động sản bổ sung nào, bao gồm (nhưng không giới hạn) một ngôi nhà thứ hai, bất động sản ngoài tiểu bang, hoặc một phần của bất động sản thừa kế khác? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 24)

Bất động sản này thuộc về ai? Quý vị Vợ/chồng Quý vị và vợ/chồng Cha/mẹ Khác: _____

Địa chỉ bất động sản

Quận của bất động sản	Kích thước lô bất động sản	Số tòa nhà nằm trên bất động sản
-----------------------	----------------------------	----------------------------------

Giá trị của bất động sản?	Số tiền nợ mua bất động sản?
---------------------------	------------------------------

Ai nhận thông báo thuế cho bất động sản này?	Quý vị sở hữu/thừa kế bao nhiêu phần trăm của bất động sản này?
--	---

Bất động sản có đang được rao bán không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Bất động sản có đang được cho thuê không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
--	---

24 — Quỹ Chôn cất

Quý vị hay bất cứ ai trong gia đình của quý vị có bất kỳ khoản tiền nào dành cho chôn cất không? Có Không
(Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 25)

Ai sở hữu quỹ này?	Quỹ này dành cho chôn cất ai?	Tên Ngân hàng hoặc Nhà tang lễ	Giá trị của quỹ?
			\$
			\$
			\$

25 — Hợp đồng Chôn cất

Quý vị hoặc bất cứ ai trong gia đình của quý vị có một hợp đồng chôn cất trả trước/cần trước không? Có Không
(Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 26)

Ai sở hữu hợp đồng này?	Hợp đồng này dành cho chôn cất ai?	Tên Nhà tang lễ	Giá trị của hợp đồng?
			\$
			\$
			\$

26 — Bảo hiểm Nhân thọ

Quý vị hoặc bất kỳ ai trong gia đình quý vị có sở hữu bảo hiểm nhân thọ hoặc chôn cất không? Có Không
(Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 27)

Ai được bảo hiểm?	Ai đứng tên trên hợp đồng?	Tên Công ty Bảo hiểm	Số Hợp đồng	Loại Hợp đồng	Mệnh giá của hợp đồng là bao nhiêu?	Hợp đồng này có cổ tức tích lũy không?
					\$	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					\$	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
					\$	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

27 — Không gian Chôn cất

Quý vị hoặc bất cứ ai trong gia đình của quý vị có sở hữu một mảnh đất nghĩa trang, khu mộ, lăng mộ, hầm, quan tài, bình, bia mộ, hoặc không gian/vật phẩm chôn cất khác không? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 28)

Không gian/vật phẩm chôn cất này thuộc về ai?

Quý vị Vợ/chồng Quý vị và vợ/chồng Cha/mẹ Khác: _____

Mô tả địa điểm/vật phẩm

Địa điểm/vật phẩm này dành cho chôn cất ai?	Giá trị của địa điểm/vật phẩm?	Địa điểm/vật phẩm đã được thanh toán đầy đủ chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---	--------------------------------	--

28 — Quyền sở hữu Khác và Tiền mặt

Quý vị hoặc bất cứ ai trong gia đình quý vị có sở hữu bất cứ thứ gì có giá trị khác, bao gồm (nhưng không giới hạn) quyền kinh doanh hoặc khoáng sản, hoặc có quyền truy cập vào bất kỳ khoản tiền mặt nào khác không? Có Không
(Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 29)

Quyền sở hữu này thuộc về ai? Quý vị Vợ/chồng Quý vị và vợ/chồng Cha/mẹ Khác: _____

Mô tả những gì thuộc quyền sở hữu và cung cấp càng nhiều thông tin càng tốt, bao gồm giá trị của những gì được sở hữu

29 — Tài khoản Ngân hàng Khác

Quý vị hoặc bất cứ ai trong gia đình của quý vị có đứng tên trên tài khoản ngân hàng/liên hiệp tín dụng của **NGƯỜI KHÁC** không? Có Không

NGƯỜI KHÁC ĐÓ có tài khoản ngân hàng/hiệp hội tín dụng có tiền trong đó thuộc về quý vị hoặc ai đó trong gia đình quý vị không? Có Không (Nếu trả lời **KHÔNG** cho cả hai câu hỏi, chuyển sang phần 30)

Ai đứng tên trên tài khoản đó?	Tiền trong tài khoản đó là của ai?	Tên Ngân hàng/ Liên hiệp Tín dụng	Số Tài khoản	Quý vị hoặc gia đình quý vị sở hữu bao nhiêu?
				\$
				\$
				\$

30 — Ủy thác

Quý vị hoặc bất cứ ai trong gia đình quý vị đã từng tạo một ủy thác, ủy thác các vật phẩm hoặc tạo một ủy thác cho các vật phẩm đó chưa? Có Không (Nếu **KHÔNG**, chuyển sang phần 31)

Ủy thác này thuộc về ai? Quý vị Vợ/chồng Quý vị và vợ/chồng Cha/mẹ Khác: _____

Loại ủy thác này là gì? Tiền/vật phẩm/tài sản được đặt vào ủy thác này là của ai?

Mô tả tiền/vật phẩm/tài sản là một phần của ủy thác, bao gồm giá trị của chúng

31 — Chuyển giao Tài nguyên

Quý vị, bất kỳ ai trong gia đình của quý vị, hoặc bất kỳ ai đại diện họ đã cho đi, bán hoặc chuyển quyền sở hữu bất kỳ vật phẩm nào có giá trị, bao gồm (nhưng không giới hạn) đất đai, nhà cửa, bảo hiểm nhân thọ, xe cộ hoặc tài khoản ngân hàng, trong 60 tháng qua không? Có Không

Vật phẩm nào được chuyển giao/bán?	Thời gian chuyển giao/bán?	Chuyển giao/bán cho ai?	Giá trị của vật phẩm?	Có bất cứ vật phẩm nào nhận được để đổi lại không?	Điều gì xảy ra với vật phẩm nhận được?
			\$		
			\$		
			\$		

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.

Use this space or an extra piece of paper for any comments or information that you could not fit on your application.

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 11), bao gồm các hình phạt gian lận.

Chữ ký:	Ngày:
Chữ ký của vợ/chồng (nếu xin):	Ngày:
Chữ ký của Người hỗ trợ làm đơn (nếu cần thiết):	Ngày:
Chữ ký của Người làm chứng Một (nếu bất kỳ người làm đơn nào ký bằng chữ X hoặc dấu khác):	Ngày:
Chữ ký của Người làm chứng Hai (nếu bất kỳ người làm đơn nào ký bằng chữ X hoặc dấu khác):	Ngày:

TÀI LIỆU CHỨNG MINH

Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị cung cấp tài liệu để chứng minh những gì được báo cáo trong đơn đề nghị này. Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị không có hoặc không thể có được bất kỳ tài liệu nào trong số các tài liệu này và chúng tôi có thể hỗ trợ quý vị. Chúng tôi được pháp luật yêu cầu giữ kín mọi thông tin quý vị cung cấp cho chúng tôi.

Hãy sử dụng danh sách kiểm tra dưới đây để giúp theo dõi những gì quý vị có thể cần cung cấp làm bằng chứng.

- Bằng chứng về tình trạng hôn nhân hợp pháp của người làm đơn chẳng hạn như giấy đăng ký kết hôn (không cần thiết nếu vợ/chồng của người làm đơn nhận Chăm sóc Dài hạn của Medicaid hoặc nếu vợ/chồng đã qua đời.)
- Bản sao Thẻ thường trú (thẻ xanh) hoặc các thẻ/đơn khác từ Cơ quan Di trú và Nhập tịch Hoa Kỳ. **Chỉ dành cho người làm đơn không phải là công dân Hoa Kỳ.**
- Bản sao các tài liệu pháp lý để thể hiện giấy ủy quyền, người phụ trách hoặc sự cấm đoán.
- Nếu người làm đơn là góa phụ, bản sao chứng nhận quyền thừa kế. Một bản sao di chúc nếu chứng nhận quyền thừa kế chưa hoàn tất.
- Bằng chứng về thu nhập, chẳng hạn như cuống séc hoặc thư hỗ trợ cho thấy tổng thu nhập (trước khi khấu trừ), từ hưu trí, lương hưu, phúc lợi cựu chiến binh, niên kim, quyền khoáng sản, bồi thường cho nhân viên, tiền nuôi con, thế chấp đối lưu niên kim và tiền bản quyền. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Nếu người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, hoặc cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) sở hữu tài sản cho thuê, gửi bằng chứng về số tiền thu nhập từ cho thuê nhận được (thư từ người thuê nhà hoặc séc bị hủy) và bằng chứng về chi phí của tài sản cho thuê.
- Tuyên bố từ bạn bè và/hoặc người thân đã đưa tiền cho người làm đơn và/hoặc vợ/chồng của họ.
- Đối với bất kỳ ai làm việc, gửi cuống phiếu lương hoặc thư từ chủ lao động thể hiện tổng lương (trước khi khấu trừ) cho tháng trước. Nếu tự làm chủ, gửi các bản sao của tờ khai thuế gần đây nhất của họ và tất cả các tài liệu đính kèm theo lịch trình. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Bằng chứng về bất kỳ khoản thanh toán một lần nào nhận được trong năm năm qua từ việc giải quyết bảo hiểm hoặc kiện cáo, thừa kế, giải quyết bồi thường cho nhân viên, hoặc An sinh xã hội. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Bản sao sao kê ngân hàng trong ba tháng qua. Gửi **TẤT CẢ** các trang hiển thị hình ảnh séc, số tài khoản, tên và địa chỉ của ngân hàng, tất cả các khoản tiền gửi và rút tiền, và tất cả tên trên tài khoản. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Bản sao niên kim và sao kê trong ba tháng qua. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Sao kê tài khoản cho chứng chỉ tiền gửi (CD), IRA, 401-K, Keoghs và tài khoản hưu trí trong ba tháng qua. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Một danh sách những gì bên trong bất kỳ hộp ký thác an toàn nào và một tuyên bố tuyên thệ từ người có quyền truy cập chúng. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**

TIẾP TỤC Ở TRANG TIẾP THEO

TÀI LIỆU CHỨNG MINH (tiếp theo)

- Bản sao cổ phiếu và trái phiếu, bao gồm bất kỳ sao kê tài khoản nào. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Nếu quý vị sở hữu nhiều hơn một chiếc xe, bản sao đăng ký/giấy chủ quyền xe và bằng chứng về những gì còn nợ trên mỗi chiếc xe, ví dụ như một tuyên bố từ người cho vay. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Đối với tài sản thuộc sở hữu (không tính nhà của người làm đơn) hoặc tài sản đã được thừa kế (có thể không bị phân chia), gửi bằng chứng để biết giá trị của tài sản đó và người làm đơn và gia đình họ sở hữu bao nhiêu phần trăm. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Bản sao sao kê ngân hàng cuối cùng cho các tài khoản chôn cất hoặc mai táng. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Bản sao hợp đồng chôn cất được sắp xếp trước với nhà tang lễ với danh sách dịch vụ kèm theo. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Bản sao hợp đồng bảo hiểm nhân thọ hoặc chôn cất nếu mệnh giá cho tất cả các hợp đồng lớn hơn \$10,000 cho mỗi người. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Đối với bất kỳ không gian/vật chôn cất nào, chẳng hạn như lăng mộ hoặc lô đất nghĩa trang chưa được thanh toán đầy đủ, gửi bằng chứng về số tiền còn nợ và giá trị của các vật phẩm đó. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Bản sao các tài liệu ủy thác, bao gồm bảng kê của tài sản và giá trị hiện tại của các vật phẩm được ủy thác. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Bản sao các hóa đơn y tế được thanh toán hoặc chưa thanh toán cho các dịch vụ nhận được trong 3 tháng qua (nếu đăng ký Medicaid cho các tháng đó). **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Bản sao của Hành động Quyên góp, Hóa đơn Bán hàng, sao kê ngân hàng hoặc các tài liệu khác cho thấy các vật phẩm đã được cho đi, bán hoặc chứng thư đã được thay đổi. Bao gồm giá trị thị trường hợp lý của các vật phẩm này tại thời điểm diễn ra giao dịch. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**
- Bản sao của tất cả các thẻ bảo hiểm y tế (mặt trước VÀ sau), bao gồm cả Medicare, bảo hiểm chăm sóc dài hạn, chương trình thuốc theo toa của Medicare và bảo hiểm bổ sung của Medicare. **Cung cấp cho người làm đơn, vợ/chồng của người làm đơn, cha mẹ của người làm đơn (nếu người làm đơn dưới 18 tuổi) và người phụ thuộc của người làm đơn dưới 18 tuổi.**



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. 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: _____

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

Mailing Address
 (If different from Residence Address)

HOUSE # & STREET/P.O. BOX: _____ UNIT/APT #: _____
 CITY/TOWN: _____ STATE: _____ ZIP CODE: _____

Give Location (If Necessary)

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.