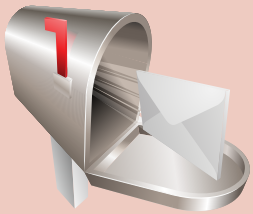
SOLICITUD

LOUISIANA DEPARTMENT OF HEALTH
Medicaid

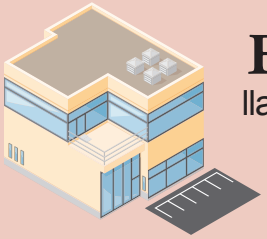
4 MANERAS FÁCILES DE APLICAR

EN LÍNEA
www.medicaid.la.gov
(recomendado)



CORREO
Medicaid
Application Office
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA
70821-9278

TELÉFONO
1-888-342-6207
(sin peaje)



EN PERSONA
llame al 1-888-342-6207
para la oficina más
cercana a usted.

MSP
LOUISIANA
Medicare Savings Program

Para obtener ayuda con las Primas de Medicare, Copagos y Deducibles

Límites de Ingresos Mensuales
(A partir del 03/01/18)

	QMB	SLMB & QI
Individual	$1,012	$1,366
Pareja	$1,372	$1,852

QMB paga su prima de Medicare Parte B, deducibles y coaseguros. SLMB y QI pagan su prima de Medicare Parte B solamente.

Límites de Recursos
(A partir del 01/01/18)

	Límite Importe
Individual	$7,560
Pareja	$11,340

La mayor parte de sus pertenencias cuenta como un recurso a excepción de su casa, un vehículo y algunos seguros de vida y fondos de entierro.

TTY Teléfono de Texto
1-800-220-5404

¿Necesita traductor de español? Llame al 1-888-342-6207

Quí vị có cần thông dịch viên người Việt không? Nếu cần xin gọi số 1-888-342-6207

SOLICITUD DE LOUISIANA PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE

Para obtener ayuda con las Primas de Medicare, Copagos y Deducibles

- Si usted tiene Medicare, rellene esta solicitud para ver si usted califica para el Programa de Ahorros de Medicare.
- Si desea aplicar para alguien que no tiene Medicare, por favor complete la **Solicitud para Cobertura de Salud**. Para obtener una solicitud, llame al 1-888-342-6207 o visite la línea www.medicaid.la.gov.
- Si necesita más espacio, use una hoja de papel separada o el espacio previsto para usted en la página 5.
- 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.
- Complete y envíe esta solicitud a la **Medicaid Application Office, P.O. Box 91278 Baton Rouge, LA 70821-9893** o por fax al 1-877-523-2987.

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

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

1 — Información Personal

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo *(Sr., Jr., etc.)*

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer

Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado/separado	¿Eres hispano o latino? *(opcional)* ☐ Sí ☐ No

Raza *(opcional – usted puede marcar uno o más)*

☐ Blanco ☐ Negro o Afroamericano ☐ Indio Asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otro Asiático ☐ Nativo Hawaiano ☐ Guameño o Chamorro ☐ Samoano ☐ Otros Isleños del Pacífico

☐ Indio Americano o Nativo de Alaska – Tribu: _____ ☐ Otro: _____

2 — Información de Contacto

Dirección postal			Dirección de casa *(si es diferente)*		
P.O. caja o dirección de la calle		Apta/Lot #	Dirección de la calle		Apta/Lot #
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico *(si lo tiene)*			Inicio parroquia *(donde vive)*		

Teléfono de casa	Celular	Otro teléfono
( )	( )	( )

3 — Información del Cónyuge

¿Está usted casado y vive con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No *(Si **NO**, pase a la sección 4)*

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo *(Sr., Jr., etc.)*

Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer
¿Eres hispano o latino? *(opcional)* ☐ Sí ☐ No	Raza *(opcional – usted puede marcar uno o más)* ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Nativo Hawaiano o Isleños del Pacífico ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska — Tribu: _____ ☐ Otro	

¿Quiere su cónyuge para solicitar el Programa de Ahorros de Medicare? ☐ Sí ☐ No

4 — Información de Medicare

	Usted	Su Cónyuge *(si es casado)*
Número de Reclamación de Medicare		
¿Esta persona tiene un seguro de salud (además de Medicare) o un suplemento de Medicare?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

5 — El Dinero de Empleo *(ejemplos: efectivo, cheques, consejos, etc.)*

¿Hay alguien en el trabajo a domicilio? ☐ Sí ☐ No *(Si **NO**, pase a la sección 6)*

	Trabajo 1	Trabajo 2	Trabajo 3
Nombre del trabajador			
Nombre del empleador			
Número de teléfono del empleador	( )	( )	( )
¿Se trabaja por cuenta propia a esta persona?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
¿Cuánto se les paga? *(ingreso bruto antes de impuestos)*	$	$	$
¿Cómo le pagan? *(semanal, quincenal, mensual, etc.)*			

6 — Otros Dinero *(ejemplos: Seguro Social, pensiones, compensación a trabajadores, etc.)*

¿Hay alguien en la casa recibe dinero de otras fuentes? ☐ Sí ☐ No *(Si **NO**, pase a la sección 7)*

	Origen 1	Origen 2	Origen 3
¿Quién recibe el dinero?			
¿Quién recibe el dinero?			
¿Cuánto se les paga? *(ingreso bruto antes de impuestos)*	$	$	$
¿Cómo le pagan? *(semanal, quincenal, mensual, etc.)*			

7 — Gastos Médicos

¿Usted o su cónyuge tienen facturas médicas (remuneradas o no) para Medicaid atención recibida en los últimos 3 meses?
☐ Sí ☐ No *(Si **NO**, pase a la sección 8)*

	Gasto 1	Gasto 2	Gasto 3
¿Quién recibe el cuidado?			
Nombre del médico, clínica u otro proveedor médico			
Número de teléfono	( )	( )	( )
Fechas del servicio			
Coste total	$	$	$

8 — Cosas Que Usted Posee

¿Usted tiene alguna de estos?	¿Quién es el propietario?	Describirlo *(incluya los nombres de los bancos, las compañías de seguros, etc.)*	¿Cuánto vale?
Cuenta chequera ☐ Sí ☐ No			$
Cuenta de ahorros ☐ Sí ☐ No			$
Cuenta directa express ☐ Sí ☐ No			$
Vehículos *(automóviles, barcos, camiones, motocicletas, etc.)* ☐ Sí ☐ No			$
Otros vehículos ☐ Sí ☐ No			$
Propiedad distinta de donde usted vive ☐ Sí ☐ No			$
Certificados de depósito (CD) ☐ Sí ☐ No			$
Anualidades, fideicomisos, acciones, bonos, o cuentas de jubilación ☐ Sí ☐ No			$
Seguro de vida/entierro ☐ Sí ☐ No			$
Dinero reservado para entierro o contrato de necesidad ☐ Sí ☐ No			$
Caja de seguridad ☐ Sí ☐ No			$
Otro ☐ Sí ☐ No			$

Lea y firme abajo

Al firmar esta solicitud estoy dando mi permiso para el Estado de Luisiana y sus agentes a hacer contactos para verificar la información proporcionada en esta solicitud. Bajo pena de perjurio, certifico que toda la información contenida en esta solicitud, incluyendo la ciudadanía estadounidense o estatus de inmigrante legal de todas las personas que solicitan los beneficios, es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. He leído o alguien me ha leído la sección "Derechos y Responsabilidades" de la aplicación (que se encuentra al final de esta página), incluyendo sanciones por fraude.

Firme aquí:	Fecha:
Esposo firmar aquí *(si aplica)*:	Fecha:

Utilice este espacio para cualquier comentario o información que no encajaría en su solicitud.

AC Center_____ **AC ID**_____ **AC Rep**_____

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Cuando usted solicita ayuda con el Departamento de Salud Louisiana (LDH), usted está de acuerdo a lo siguiente:

- Usted sabe que debe informar a Medicaid si algo cambia o es diferente a lo que has escrito en esta solicitud. Llame 1-888-342-6207 para reportar cualquier cambio. Usted también entiende que un cambio en su información podría afectar la elegibilidad para el miembro(s) de su hogar.
- Usted afirma que respuestas que dio en esta solicitud son verdaderas y correctas. Si usted dio deliberadamente información que no es verdadera o si usted retuvo información, usted tiene cometido fraude. Si usted comete fraude, es posible que tenga que devolver el dinero que LDH paga por la atención que recibe.
- Usted entiende que los números de Seguro Social sólo serán usados para obtener información de otras agencias del gobierno para ver si usted califica para los beneficios.
- Usted entiende que por aceptar la asistencia de Medicaid, el Departamento tiene derecho a cobrar dinero recibido por usted y/u otra(s) persona(s) solicitando de otras fuentes como pagos de seguro o acuerdos de litigio para servicios que Medicaid ha pagado por su parte o por la parte de otra(s) persona(s) solicitando Medicaid.

Sus Derechos

- 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.

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 inscríbase 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 Escribido 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

Comentos (para uso oficial solamente):

Louisiana Voter Registration Application
(LA-VRA - Rev. 4/17)

SEE THE OTHER SIDE OF THIS PAGE FOR INSTRUCTIONS ➔

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

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

Please print clearly in ink, preferably black.

Reason for Application: ☐ New Voter Registration ☐ Updating Voter Registration

Eligibility 1.
Are you a citizen of the United States of America? ☐ Yes ☐ No
Will you be 18 years of age on or before election day? ☐ Yes ☐ No
If you answered "**No**" to these questions, do not complete this form. You are not eligible to vote at this time.

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) 3.
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) _____

9. **Place of Birth**
CITY/TOWN: _____ STATE: _____
PARISH/COUNTY: _____ COUNTRY: _____

Mother's Maiden Name 10. _____

11. **Email** (Optional) _____

12. **Phone** (Optional)
Home: (_____) _____ - _____
Other: (_____) _____ - _____

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

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

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

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

17. **Former Registered Name**, if any _____

Affirmation and Signature (read and sign or make your mark) 18.
I do hereby solemnly swear or affirm that I am a United States citizen, that I am of eligible age to register to vote, that I am not currently under an order of imprisonment for conviction of a felony, 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. 4/17)

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 17 years old (16 years old if registering to vote in person at the Registrar's Office or the Office of Motor Vehicles), but must be 18 years old before actually voting; 3) not be under an order of imprisonment for conviction of a felony; 4) not be under a judgment of full 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.