LOUISIANA DEPARTMENT OF HEALTH
Medicaid

BHSF Formulario 1-A
Revisado 07/12/2016

Solicitud para Cobertura de Salud

LO QUE DEBE SABER

Use esta solicitud para saber qué cobertura corresponde

- Planes disponibles de seguro de salud privado que ofrecen cobertura completa para mantenerse sano
- Nuevo crédito de impuestos que inmediatamente le ayuda a pagar las primas de su cobertura de salud
- Seguro de Medicaid o del Programa de Louisiana de Seguro Médico para Niños (LaCHIP), gratis o a bajo costo

Puede que le corresponda un programa sin costo o a costo bajo aun si gana hasta $94,000 al año (para una familia de 4).

¿Quién puede usar esta solicitud?

- Use esta solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Solicite aun si su hijo ya tiene cobertura médica. Puede que le corresponda una cobertura de menor costo o gratis.
- Las familias con inmigrantes pueden solicitar. Puede solicitar por su hijo aun si usted no es elegible para la cobertura. Solicitar no afectará su estatus migratorio ni la probabilidad de hacerse residente permanente o ciudadano.

Solicite más rápidamente por Internet

Solicite más rápidamente en línea al www.medicaid.la.gov.

Qué se necesita para solicitar

- Número de Seguro Social (o los números de documentos para los inmigrantes legales que necesitan seguro)
- Información del empleador y de ingresos para cada persona en su familia (por ejemplo, talón de pagos, formularios W-2, o declaraciones de salarios e impuestos)
- Números de pólizas de todos los seguros médicos actuales
- Información sobre todo seguro médico disponible a través de su trabajo para su familia

¿Por qué pedimos esta información?

Le pedimos ingresos y otra información para hacerle saber de la cobertura correspondiente y de ayuda disponible para pagarla. **Mantendremos toda la información proveída en forma privada y segura como lo requiere la ley.**

¿Qué pasa después?

Envíe su solicitud completa y firmada a la dirección en la página 11. **Si no tiene toda la información pedida, firme y entregue su solicitud de todas maneras.** Le daremos seguimiento en 1-2 semanas. Recibirá instrucciones sobre los pasos por dar. Si no recibe noticias nuestras, visite www.medicaid.la.gov o llame al **1-888-342-6207**. Llenar esta solicitud no lo obliga a comprar cobertura de salud.

Consiga ayuda con esta solicitud

- **En línea:** www.medicaid.la.gov
- **Por teléfono:** Llame al **1-888-342-6207.**
- **En persona:** Visite el sitio web o llame al **1-888-342-6207** para encontrar la oficina de Medicaid más cercana.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 1 Díganos sobre usted

(Necesitamos que un adulto de la familia sea la persona de contacto para su solicitud.)

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo			
2. Dirección de casa (Deje el espacio en blanco si no tiene una)			3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal	7. Parroquia
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección de casa)			9. Número de apartamento o suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código Postal	13. Parroquia
14. Número de teléfono		15. Otro número de teléfono	

16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? ☐ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico: _____

17. ¿Cuál es su idioma preferido hablado o escrito (si no es el español)?

PASO 2 Díganos sobre su familia

¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Díganos sobre todos los familiares que viven con usted. Si declara impuestos, necesitamos saber sobre cada persona que aparece en la declaración. (No necesita declarar impuestos para obtener cobertura de salud).

Incluir a:

- Usted
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja no casada que necesita cobertura de salud
- Cualquier persona que incluye en su declaración de impuestos, aun si no viven con usted
- Cualquier persona menor de 21 bajo su tutela que vive con usted

NO tiene que incluir:

- Su pareja no casada que no necesita cobertura de salud
- Los hijos de su pareja no casada
- Sus padres que viven con usted, pero que declaran sus propios impuestos (si es usted mayor de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de asistencia o tipo de programa al que califica depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurar de que cada persona consiga la mejor cobertura posible.

Complete el Paso 2 para cada persona de su familia. Comience con usted, luego incluir a los demás adultos y niños. Si tiene más de 2 personas en su familia, necesitará sacar copia de las páginas y adjuntarlas. No necesita darnos el estatus de inmigración o el Número de Seguro Social (SSN) de los familiares que no necesitan cobertura de salud. Mantendremos toda la información proveída en forma privada y segura como lo requiere la ley. Usaremos información personal sólo para verificar si es elegible para la cobertura de salud.

PASO 2: PERSONA 1 (Comience con usted)

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para más información sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, acuérdese de incluir a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo

2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

3. Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer

4. Número de Seguro Social (SSN)

Necesitamos éste si quiere cobertura médica y tiene SSN. Proporcionar su SSN sirve de mucho aun si no desea la cobertura médica, y puede acelerar el trámite de la solicitud. Usamos los SSN para verificar el ingreso y otra información para determinar quién es elegible para ayuda con el costo de cobertura de salud. Si alguien necesita ayuda para conseguir un SSN, llame al **1-800-772-1213** o visite www.socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.

5. **Si es Hispano/Latino, etnia (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**
☐ Mexicano ☐ Mexicano Americano ☐ Chicano/a ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro _____

6. **Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**

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

7. **¿Piensa presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**
(Usted puede solicitar la cobertura médica aun si no presenta la declaración de impuestos federales.)

☐ **SÍ. Caso que sí**, responda a las preguntas a–c. ☐ **NO. Caso que no,** vaya a la pregunta c.

a. ¿Presentará su declaración conjuntamente con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Reclamará a algún dependiente en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, indique los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____
¿Cuál es su parentesco con la persona que presenta la declaración de impuestos? _____

8. ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** ¿cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____

9. **¿Necesita cobertura médica?**
(Aun si tiene seguro, puede que haya un programa de mejor cobertura o menor costo.)

☐ **SÍ. Caso que sí,** conteste todas las preguntas de abajo. ☐ **NO. Caso que no,** VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 3.

10. ¿Tiene usted problema de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en actividades (tal como bañarse, vestirse, quehaceres, etc.)?
☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

11. ¿Vive usted en una instalación médica u hogar de ancianos? ☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

12. ¿Desea ayuda para pagar sus facturas médicas (pagadas o sin pagar) de los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No

13. ¿Vive con al menos un hijo menor de 19 años y es usted la personal principal que se hace cargo del mismo? ☐ Sí ☐ No

14. ¿Estuvo bajo tutela temporal a los 18 años o más? ☐ Sí ☐ No a. **Caso que sí,** ¿en cuál estado? _____
b. ¿Tuvo usted Medicaid? ☐ Sí ☐ No c. ¿Cuantos años tenía cuando salió de tutela temporal? _____

15. ¿Tuvo usted seguro a través del trabajo y se lo perdió en los 6 meses pasados? ☐ Sí ☐ No
a. **Caso que sí,** fecha de terminación: _____ b. Razón por la terminación del seguro: _____

16. ¿Es estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

17. ¿Es usted ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, ¿nació en los EE.UU. o territorio de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No **Caso que no,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).
a. Número de extranjero _____ b. Tipo de certificado _____ c. Número de certificado _____
Caso que no, ¿tiene usted estatus migratorio elegible? ☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).
a. Tipo de documento _____ b. Fecha de vencimiento del documento _____
c. Número de extranjero, I-94 o ID SEVIS _____ d. Número de pasaporte o tarjeta _____
e. ¿Vive usted en los EE.UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No f. ¿Es usted o su cónyuge o su padre veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

STEP 2: PERSONA 1 (Siga con usted)

Trabajo Actual e Información sobre Ingresos

☐ **Empleado**
Si actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 18.

☐ **Sin empleo**
Vaya a la pregunta 28.

☐ **Por cuenta propia**
Vaya a la pregunta 27.

TRABAJO ACTUAL 1:

18. Nombre y dirección del empleador	19. Número de teléfono del empleador

20. Salarios/propinas (antes de impuestos) ☐ Por hora ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas
$ _____ ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

21. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

TRABAJO ACTUAL 2: (Si usted tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

22. Nombre y dirección del empleador	23. Número de teléfono del empleador

24. Salarios/propinas (antes de impuestos) ☐ Por hora ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas
$ _____ ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

25. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

26. **En el último año, usted:** ☐ Cambió de trabajos ☐ Dejó de trabajar ☐ Comenzó a trabajar menos horas ☐ Ninguno de estos

27. **Si trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo

_____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias o pérdidas una vez pagados los gastos de negocios) que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?
$ _____

28. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe.

☐ Ninguno
☐ Desempleo **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Pensiones **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Seguro Social **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Cuentas de retiro **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Inversiones **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Pensión alimenticia recibida **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Sustento de Menores **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Los pagos de los agrícolas/pesca **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Becas/Subvenciones **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Plusvalía **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Neto por actividades agrícolas/pesca **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Neto por rentas/regalías **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Otros ingresos Tipo: _____ **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____

29. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la recibe. Si usted paga ciertas cosas que se pueden descontar en la declaración de impuestos federales, darnos esta información puede bajar un poco el costo de la cobertura médica.
NOTA: No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 27b).

☐ Pensión alimenticia pagada **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Intereses por préstamo estudiantil **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Otras deducciones Tipo: _____ **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____

30. **INGRESO ANUAL:** **Complete solamente si su ingreso cambia de mes en mes. Si no espera cambios en su ingreso mensual, pase a la persona siguiente.**

Su ingreso total **este año**	Su ingreso total **el próximo** año (si piensa que será diferente)
$	**$**

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre usted.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 2: PERSONA 2

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para más información sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, acuérdese de incluir a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo

2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

3. Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer

4. Número de Seguro Social (SSN)
Necesitamos éste si quiere cobertura médica y tiene SSN.

5. Parentesco
(ejemplos: madre, padre, hija, hijo, etc.)
El parentesco de esta persona con:
PERSONA 1: _____

6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted? ☐ Sí ☐ No
Caso que no, indique la dirección: _____

7. **Si es Hispano/Latino, etnia (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**
☐ Mexicano ☐ Mexicano Americano ☐ Chicano/a ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro _____

8. **Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**
☐ Blanco
☐ Negro o Afroamericano
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
☐ Indio Asiático
☐ Chino
☐ Filipino
☐ Japonés
☐ Coreano
☐ Vietnamita
☐ Otro Asiático
☐ Nativo Hawaiano
☐ Guameño o Chamorro
☐ Samoano
☐ Otros Isleños del Pacífico
☐ Otro _____

9. **¿Piensa la PERSONA 2 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**
(Usted puede solicitar el seguro médico aun si no presenta una declaración de impuestos federales.)
☐ **SÍ. Caso que sí,** responda a las preguntas a–c. ☐ **NO. Caso que no,** vaya a la pregunta c.
a. ¿Presentará la PERSONA 2 su declaración conjuntamente con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, nombre del cónyuge: _____
b. ¿Reclamará la PERSONA 2 a algún dependiente en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, indique los nombres de los dependientes: _____
c. ¿Será la PERSONA 2 reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____
¿Cuál es el parentesco de la PERSONA 2 con el que presenta la declaración de impuestos? _____

10. ¿Está la PERSONA 2 embarazada? ☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** ¿cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____

11. **¿Necesita la PERSONA 2 cobertura médica?**
(Aun si tiene seguro, puede que haya un programa de mejor cobertura o menor costo.)
☐ **SÍ. Caso que sí,** conteste todas las preguntas de abajo. ☐ **NO. Caso que no,** VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 5.

12. ¿Tiene la PERSONA 2 problema de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en actividades (tal como bañarse, vestirse, quehaceres, etc.)? ☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

13. ¿Vive la PERSONA 2 en una instalación médica u hogar de ancianos? ☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

14. ¿Desea ayuda la PERSONA 2 para pagar sus facturas médicas (pagadas o sin pagar) de los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No

15. ¿Vive la PERSONA 2 con al menos un hijo menor de 19 años y es usted la personal principal que se hace cargo del mismo? ☐ Sí ☐ No

16. ¿Estuvo la PERSONA 2 bajo tutela temporal a los 18 años o más? ☐ Sí ☐ No a. **Caso que sí,** ¿en cuál estado? _____
b. ¿Tenía Medicaid? ☐ Sí ☐ No c. ¿Cuantos años tenía la PERSONA 2 cuando salió de tutela temporal? _____

17. ¿Tuvo la PERSONA 2 seguro a través del trabajo y se lo perdió en los 6 meses pasados? ☐ Sí ☐ No
a. **Caso que sí,** fecha de terminación: _____ b. Razón por la terminación del seguro: _____

18. ¿Es la PERSONA 2 estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

19. ¿Es la PERSONA 2 ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, ¿nació PERSONA 2 en los EE.UU. o territorio de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No **Caso que no,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).
a. Número de extranjero _____ b. Tipo de certificado _____ c. Número de certificado _____
Caso que no, ¿tiene la PERSONA 2 estatus migratorio elegible? ☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).
a. Tipo de documento _____ b. Fecha de vencimiento del documento _____
c. Número de extranjero, I-94 o ID SEVIS _____ d. Número de pasaporte o tarjeta _____
e. ¿Vive la PERSONA 2 en los EE.UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No f. ¿Es la PERSONA 2 o su cónyuge o su padre veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 2: PERSONA 2 (Siga con PERSONA 2)

Trabajo Actual e Información sobre Ingresos

☐ **Empleado**
Si la PERSONA 2 actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 20.

☐ **Sin empleo**
Vaya a la pregunta 30.

☐ **Por cuenta propia**
Vaya a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador	21. Número de teléfono del empleador

22. Salarios/propinas (antes de impuestos) ☐ Por hora ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas
$ _____ ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

23. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

TRABAJO ACTUAL 2: (Si PERSONA 2 tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre y dirección del empleador	25. Número de teléfono del empleador

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) ☐ Por hora ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas
$ _____ ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

27. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

28. **En el último año, la PERSONA 2:** ☐ Cambió de trabajos ☐ Dejó de trabajar ☐ Comenzó a trabajar menos horas ☐ Ninguno de estos

29. **Si PERSONA 2 trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo

_____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias o pérdidas una vez pagados los gastos de negocios) PERSONA 2 que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?
$ _____

30. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia la PERSONA 2 la recibe.

☐ Ninguno
☐ Desempleo **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Pensiones **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Seguro Social **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Cuentas de retiro **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Inversiones **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Pensión alimenticia recibida **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Sustento de Menores **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Los pagos de los agrícolas/pesca **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Becas/Subvenciones **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Plusvalía **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Neto por actividades agrícolas/pesca **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Neto por rentas/regalías **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Otros ingresos Tipo: _____ **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia con la PERSONA 2 recibe. Si la PERSONA 2 paga ciertas cosas que se pueden descontar en la declaración de impuestos federales, darnos esta información puede bajar un poco el costo de la cobertura médica.

NOTA: No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

☐ Pensión alimenticia pagada **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Intereses por préstamo estudiantil **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Otras deducciones Tipo: _____ **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 2 cambia de mes en mes. Si no espera cambios en los ingresos de la PERSONA 2, pase a la persona siguiente.

Ingreso total de la PERSONA 2 **este año**	Ingreso total de la PERSONA 2 **el próximo** año (si piensa que será diferente)
$	**$**

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 2.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 2: PERSONA 3

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para más información sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, acuérdese de incluir a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo

2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

3. Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer

4. Número de Seguro Social (SSN)
Necesitamos éste si quiere cobertura médica y tiene SSN.

5. Parentesco
(ejemplos: madre, padre, hija, hijo, etc.)
El parentesco de esta persona con:
PERSONA 1: _____
PERSONA 2: _____

6. ¿La PERSONA 3 vive en la misma dirección que usted? ☐ Sí ☐ No
Caso que no, indique la dirección: _____

7. **Si es Hispano/Latino, etnia (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**
☐ Mexicano ☐ Mexicano Americano ☐ Chicano/a ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro _____

8. **Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**
☐ Blanco
☐ Negro o Afroamericano
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
☐ Indio Asiático
☐ Chino
☐ Filipino
☐ Japonés
☐ Coreano
☐ Vietnamita
☐ Otro Asiático
☐ Nativo Hawaiano
☐ Guameño o Chamorro
☐ Samoano
☐ Otros Isleños del Pacífico
☐ Otro _____

9. **¿Piensa la PERSONA 3 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**
(Usted puede solicitar el seguro médico aun si no presenta una declaración de impuestos federales.)
☐ **SÍ. Caso que sí,** responda a las preguntas a–c. ☐ **NO. Caso que no,** vaya a la pregunta c.
a. ¿Presentará la PERSONA 3 su declaración conjuntamente con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, nombre del cónyuge: _____
b. ¿Reclamará la PERSONA 3 a algún dependiente en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, indique los nombres de los dependientes: _____
c. ¿Será la PERSONA 3 reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____
¿Cuál es el parentesco de la PERSONA 3 con el que presenta la declaración de impuestos? _____

10. ¿Está la PERSONA 3 embarazada? ☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** ¿cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____

11. **¿Necesita la PERSONA 3 cobertura médica?**
(Aun si tiene seguro, puede que haya un programa de mejor cobertura o menor costo.)
☐ **SÍ. Caso que sí,** conteste todas las preguntas de abajo. ☐ **NO. Caso que no,** VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 7.

12. ¿Tiene la PERSONA 3 problema de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en actividades (tal como bañarse, vestirse, quehaceres, etc.)? ☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

13. ¿Vive la PERSONA 3 en una instalación médica u hogar de ancianos? ☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

14. ¿Desea ayuda la PERSONA 3 para pagar sus facturas médicas (pagadas o sin pagar) de los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No

15. ¿Vive la PERSONA 3 con al menos un hijo menor de 19 años y es usted la personal principal que se hace cargo del mismo? ☐ Sí ☐ No

16. ¿Estuvo la PERSONA 3 bajo tutela temporal a los 18 años o más? ☐ Sí ☐ No a. **Caso que sí,** ¿en cuál estado? _____
b. ¿Tenía Medicaid? ☐ Sí ☐ No c. ¿Cuantos años tenía la PERSONA 3 cuando salió de tutela temporal? _____

17. ¿Tuvo la PERSONA 3 seguro a través del trabajo y se lo perdió en los 6 meses pasados? ☐ Sí ☐ No
a. **Caso que sí,** fecha de terminación: _____ b. Razón por la terminación del seguro: _____

18. ¿Es la PERSONA 3 estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

19. ¿Es la PERSONA 3 ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, ¿nació PERSONA 3 en los EE.UU. o territorio de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No **Caso que no,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).
a. Número de extranjero _____ b. Tipo de certificado _____ c. Número de certificado _____
Caso que no, ¿tiene la PERSONA 3 estatus migratorio elegible? ☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).
a. Tipo de documento _____ b. Fecha de vencimiento del documento _____
c. Número de extranjero, I-94 o ID SEVIS _____ d. Número de pasaporte o tarjeta _____
e. ¿Vive la PERSONA 3 en los EE.UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No f. ¿Es la PERSONA 3 o su cónyuge o su padre veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 2: PERSONA 3 (Siga con PERSONA 3)

Trabajo Actual e Información sobre Ingresos

☐ **Empleado**
Si la PERSONA 3 actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 20.

☐ **Sin empleo**
Vaya a la pregunta 30.

☐ **Por cuenta propia**
Vaya a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador	21. Número de teléfono del empleador

22. Salarios/propinas (antes de impuestos) ☐ Por hora ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas
$ _____ ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

23. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

TRABAJO ACTUAL 2: (Si PERSONA 3 tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre y dirección del empleador	25. Número de teléfono del empleador

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) ☐ Por hora ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas
$ _____ ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

27. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

28. **En el último año, la PERSONA 3:** ☐ Cambió de trabajos ☐ Dejó de trabajar ☐ Comenzó a trabajar menos horas ☐ Ninguno de estos

29. **Si PERSONA 3 trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo
_____

b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias o pérdidas una vez pagados los gastos de negocios) PERSONA 3 que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes?
$ _____

30. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frencuencia la PERSONA 3 la recibe.

☐ Ninguno
☐ Desempleo **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Pensiones **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Seguro Social **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Cuentas de retiro **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Inversiones **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Pensión alimenticia recibida **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Sustento de Menores **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Los pagos de los agrícolas/pesca **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Becas/Subvenciones **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Plusvalía **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Neto por actividades agrícolas/pesca **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Neto por rentas/regalías **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Otros ingresos Tipo: _____ **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia con la PERSONA 3 recibe. Si la PERSONA 3 paga ciertas cosas que se pueden descontar en la declaración de impuestos federales, darnos esta información puede bajar un poco el costo de la cobertura médica.

NOTA: No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

☐ Pensión alimenticia pagada **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Intereses por préstamo estudiantil **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Otras deducciones Tipo: _____ **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 3 cambia de mes en mes. Si no espera cambios en los ingresos de la PERSONA 3, pase a la persona siguiente.

Ingreso total de la PERSONA 3 **este año**	Ingreso total de la PERSONA 3 **el próximo** año (si piensa que será diferente)
$	**$**

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 3.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 2: PERSONA 4

Complete el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y niños que viven con usted y/o cualquier otra persona en su misma declaración federal de impuestos si presenta una. Vea la página 1 para más información sobre las personas que debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, acuérdese de incluir a los familiares que viven con usted.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo

2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

3. Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer

4. Número de Seguro Social (SSN)
Necesitamos éste si quiere cobertura médica y tiene SSN.

5. Parentesco
(ejemplos: madre, padre, hija, hijo, etc.)
El parentesco de esta persona con:
PERSONA 1: _____
PERSONA 2: _____
PERSONA 3: _____

6. ¿La PERSONA 4 vive en la misma dirección que usted? ☐ Sí ☐ No
Caso que no, indique la dirección: _____

7. **Si es Hispano/Latino, etnia (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**
☐ Mexicano ☐ Mexicano Americano ☐ Chicano/a ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro _____

8. **Raza (OPCIONAL—marque todo lo que corresponda.)**
☐ Blanco
☐ Negro o Afroamericano
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
☐ Indio Asiático
☐ Chino
☐ Filipino
☐ Japonés
☐ Coreano
☐ Vietnamita
☐ Otro Asiático
☐ Nativo Hawaiano
☐ Guameño o Chamorro
☐ Samoano
☐ Otros Isleños del Pacífico
☐ Otro _____

9. **¿Piensa la PERSONA 4 presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**
(Usted puede solicitar el seguro médico aun si no presenta una declaración de impuestos federales.)
☐ **SÍ. Caso que sí,** responda a las preguntas a–c. ☐ **NO. Caso que no,** vaya a la pregunta c.
a. ¿Presentará la PERSONA 4 su declaración conjuntamente con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, nombre del cónyuge: _____
b. ¿Reclamará la PERSONA 4 a algún dependiente en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, indique los nombres de los dependientes: _____
c. ¿Será la PERSONA 4 reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, indique el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____
¿Cuál es el parentesco de la PERSONA 4 con el que presenta la declaración de impuestos? _____

10. ¿Está la PERSONA 4 embarazada? ☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** ¿cuántos bebés espera tener durante este embarazo? _____

11. **¿Necesita la PERSONA 4 cobertura médica?**
(Aun si tiene seguro, puede que haya un programa de mejor cobertura o menor costo.)
☐ **SÍ. Caso que sí,** conteste todas las preguntas de abajo. ☐ **NO. Caso que no,** VAYA a las preguntas sobre el ingreso en la página 9.

12. ¿Tiene la PERSONA 4 problema de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en actividades (tal como bañarse, vestirse, quehaceres, etc.)? ☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

13. ¿Vive la PERSONA 4 en una instalación médica u hogar de ancianos? ☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** debe llenar e incluir el anexo D.

14. ¿Desea ayuda la PERSONA 4 para pagar sus facturas médicas (pagadas o sin pagar) de los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No

15. ¿Vive la PERSONA 4 con al menos un hijo menor de 19 años y es usted la personal principal que se hace cargo del mismo? ☐ Sí ☐ No

16. ¿Estuvo la PERSONA 4 bajo tutela temporal a los 18 años o más? ☐ Sí ☐ No a. **Caso que sí,** ¿en cuál estado? _____
b. ¿Tenía Medicaid? ☐ Sí ☐ No c. ¿Cuantos años tenía la PERSONA 4 cuando salió de tutela temporal? _____

17. ¿Tuvo la PERSONA 4 seguro a través del trabajo y se lo perdió en los 6 meses pasados? ☐ Sí ☐ No
a. **Caso que sí,** fecha de terminación: _____ b. Razón por la terminación del seguro: _____

18. ¿Es la PERSONA 4 estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

19. ¿Es la PERSONA 4 ciudadano de los EE.UU. o nacional de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No
Caso que sí, ¿nació PERSONA 4 en los EE.UU. o territorio de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No **Caso que no,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).
a. Número de extranjero _____ b. Tipo de certificado _____ c. Número de certificado _____
Caso que no, ¿tiene la PERSONA 4 estatus migratorio elegible? ☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** proporcione sus datos abajo (si le corresponde).
a. Tipo de documento _____ b. Fecha de vencimiento del documento _____
c. Número de extranjero, I-94 o ID SEVIS _____ d. Número de pasaporte o tarjeta _____
e. ¿Vive la PERSONA 4 en los EE.UU. desde 1996? ☐ Sí ☐ No f. ¿Es la PERSONA 4 o su cónyuge o su padre veterano o miembro en servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE.UU.? ☐ Sí ☐ No

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 2: PERSONA 4 (Siga con PERSONA 4)

Trabajo Actual e Información sobre Ingresos

☐ **Empleado**
Si la PERSONA 4 actualmente está empleado, díganos sobre su ingreso. Comience con la pregunta 20.

☐ **Sin empleo**
Vaya a la pregunta 30.

☐ **Por cuenta propia**
Vaya a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador	21. Número de teléfono del empleador

22. Salarios/propinas (antes de impuestos) ☐ Por hora ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas
$ _____ ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

23. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

TRABAJO ACTUAL 2: (Si PERSONA 4 tiene más trabajos y necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.)

24. Nombre y dirección del empleador	25. Número de teléfono del empleador

26. Salarios/propinas (antes de impuestos) ☐ Por hora ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas
$ _____ ☐ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

27. Horas promedio trabajadas cada SEMANA

28. **En el último año, la PERSONA 4:** ☐ Cambió de trabajos ☐ Dejó de trabajar ☐ Comenzó a trabajar menos horas ☐ Ninguno de estos

29. **Si PERSONA 4 trabaja por cuenta propia, responda las siguientes preguntas:**
a. Tipo de trabajo _____
b. ¿Cuál es el ingreso neto (ganancias o pérdidas una vez pagados los gastos de negocios) PERSONA 4 que recibirá por trabajar por cuenta propia este mes? **$** _____

30. **OTROS INGRESOS DE ESTE MES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frencuencia la PERSONA 4 la recibe.

☐ Ninguno
☐ Desempleo **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Pensiones **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Seguro Social **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Cuentas de retiro **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Inversiones **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Pensión alimenticia recibida **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Sustento de Menores **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Los pagos de los agrícolas/pesca **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Becas/Subvenciones **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Plusvalía **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Neto por actividades agrícolas/pesca **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Neto por rentas/regalías **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Otros ingresos Tipo: _____ **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____

31. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y con qué frecuencia con la PERSONA 4 recibe. Si la PERSONA 4 paga ciertas cosas que se pueden descontar en la declaración de impuestos federales, darnos esta información puede bajar un poco el costo de la cobertura médica.

NOTA: No debería incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el ingreso neto al trabajar por cuenta propia (pregunta 29b).

☐ Pensión alimenticia pagada **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Intereses por préstamo estudiantil **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____
☐ Otras deducciones Tipo: _____ **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____

32. **INGRESO ANUAL:** Complete solamente si el ingreso de la PERSONA 4 cambia de mes en mes. Si no espera cambios en los ingresos de la PERSONA 4, pase a la persona siguiente.

Ingreso total de la PERSONA 4 **este año**	Ingreso total de la PERSONA 4 **el próximo** año (si piensa que será diferente)
$	**$**

¡GRACIAS! Esto es todo lo que necesitamos saber sobre la PERSONA 4.

Si tiene más de 4 personas por incluir, visite al www.medicaid.la.gov para descargar e imprimir páginas adicionales o saque copia de las páginas 8 y 9 y complete.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

STEP 3 Familiar(es) Indio Americanos o Nativos de Alaska (IA/NA)

1. **¿Es usted o algún familiar Indio Americano o Nativo de Alaska?**

☐ **NO. Caso que no,** vaya al Paso 4.

☐ **SÍ. Caso que sí,** hay que completar e incluir el Anexo B.

STEP 4 Cobertura de Salud Familiar

Conteste estas preguntas para quien necesite la cobertura médica.

1. **¿Está inscrito alguien ahora en una de las siguientes coberturas?**

☐ **SÍ. Caso que sí**, indique el tipo de cobertura y escriba el nombre(s) de la persona(s) junto a la cobertura que tienen. ☐ **NO.**

☐ Medicaid _____

☐ CHIP _____

☐ Medicare _____

☐ TRICARE (No la marque si tiene atención médica directa o en Cumplimiento de su Deber)

_____

☐ Programas de cuidado de salud VA _____

☐ Cuerpo de Paz _____

☐ Seguro por el empleador _____

Nombre del seguro de salud: _____

Número de la póliza: _____

¿Es esta una cobertura COBRA? ☐ Sí ☐ No

¿Es un plan de salud para jubilados? ☐ Sí ☐ No

☐ Otro _____

Nombre del seguro de salud: _____

Número de la póliza: _____

¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)? ☐ Sí ☐ No

2. **¿Se le ofrece a alguien indicado en esta solicitud cobertura médica a través de un trabajo?** Puede ser de su propio trabajo o del trabajo ajeno, como del padre o del cónyuge.

☐ **SÍ. Caso que sí,** hay que completar e incluir el Anexo A.

¿Es éste un plan de beneficios para empleados estatales? ☐ Sí ☐ No

Caso que sí, ¿quién puede obtener cobertura? _____

☐ **NO. Caso que no,** vaya al Paso 5.

PASO 5 Lea y firme esta solicitud

- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio lo que significa que he contestado con la verdad a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a multas bajo la ley federal si proporciono información falsa. Yo entiendo que la información que proveo será verificada. Acepto que tengo que ayudar a Medicaid por permitirles obtener la información que necesitan de agencias del gobierno, empleadores, proveedores médicos y otros.
- Yo sé que debo reportar cualquier cambio a Medicaid tal como cambios de dirección, ingreso o número de teléfono. Yo puedo visitar al **www.medicaid.la.gov** o llamar al **1-888-342-6207** para reportar cambios. Entiendo que cambios en mi información pueden afectar a la eligibilidad de miembro(s) de la casa.
- Entiendo que bajo ley federal no se permite la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo registrar queja de discriminación visitando al **www.hhs.gov/ocr/office/file**, llamando al US DHHS Regional Office for Civil Rights al **1-800-368-1019**, o escribiendo al LDH al **PO Box 4818, Baton Rouge, Louisiana 70821**.
- Yo afirmo que nadie que aparece en la solicitud está encarcelado o detenido, y que lo tengo que reportar caso que sí.

¿Se encuentra preso algún solicitante?

☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** ¿quién se encuentra preso?: _____

Necesitamos la información que provee en la solicitud para verificar su elegibilidad para ayuda en pagar seguro de salud si desea solicitar. Verificaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Rentas Internas (IRS), Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/o una agencia de informes de solvencia. Si la información no coincide, podemos pedir que nos envíe comprobante.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite **www.medicaid.la.gov** o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

PASO 5 Lea y firme esta solicitud (continuado)

Renovación de la cobertura en años próximos
Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para la ayuda de pago de la cobertura de salud en los próximos años, estoy de acuerdo en permitir al Medicaid usar los datos de ingresos, inclusive la información de la declaración de impuestos. El Medicaid me enviará un aviso, dejándome realizar cualquier cambio y tengo la opción de exclusión en cualquier momento.

☐ Sí, renueva mi elegibilidad automáticamente para los próximos (elegir uno): ☐ 5 años ☐ 4 años ☐ 3 años ☐ 2 años ☐ 1 año

☐ No utilice la información de mi declaración de impuestos para renovar mi cobertura.

Si algún solicitante es elegible para el Medicaid

- Le doy a la agencia de Medicaid nuestros derechos para proseguir y obtener dinero de otro seguro médico, resolución jurídica u otros terceros. También le estoy dando a la agencia de Medicaid los derechos para proseguir y obtener ayuda médica de un cónyuge o padre.

Sé que voy a pedir que cooperar con la agencia que recoge el apoyo médico de un padre ausente. Si pienso que cooperar para recoger apoyo médico me va a hacer daño o a mis hijos, puedo decirle a la agencia y me permite no tener que cooperar
☐ Acuerdo ☐ Desacuerdo *(Selección de desacuerdo puede afectar su elegibilidad para Medicaid.)*

Recuperación de Bienes
Yo entiendo que las reglas de Recuperación de Bienes obligan al Medicaid de Louisiana recuperar el costo de algunos pagos de las bienes del solicitante. Estos costos incluyen la cantidad total de los pagos a hogares y otras instalaciones médicas, cuidados del hospital, pagos a los proveedores HCBS o PACE, y recetas recibidos a los 55 años o mayor. Las bienes son las posesiones de uno al momento de la muerte. El Medicaid no presentará una demanda contra las bienes mientras viva el solicitante o su cónyuge. El Medicaid tampoco presentará demanda si el solicitante tiene hijo dependiente menor de 21 años, o ciego, o discapacitado. Puede que no se realice el reclamo si no le resulta económico al Medicaid, o si les causaría adversidad a los herederos. Puede existir adversidad si las bienes son la única fuente de ingresos a los herederos, si está limitado ese ingreso o si hay otras situaciones convincentes.

Derecho de apelar
Si yo creo que el Mercado de Seguros Medicos o Medicaid de Louisiana ha cometido un error, yo puedo apelar la decisión. Apelar significa informar al Mercado o al Medicaid que opino que la acción es incorrecta, y pedir una revisión justa de la acción. Entiendo averiguar cómo apelar llamando al Medicaid al **1-888-342-6207**. Yo entiendo que otra persona me puede representar en el trámite. La elegibilidad y otra información importante se me explicará.

Firme esta solicitud
La persona que llenó el Paso 1 debe firmar esta solicitud. Si es un representante autorizado podrá firmar aquí, siempre y cuando proporcione la información requerida en el Anexo C.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)

PASO 6 Envíe por correo su solicitud completada

Envíe por correo su solicitud firmada a:

Medicaid Application Office
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821-9893

Envíe por fax su solicitud firmada a:

1-877-523-2987

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite www.medicaid.la.gov o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

ANEXO A

Cobertura de Salud del Trabajo

Usted **NO** necesita contestar estas preguntas a menos que alguna persona de la casa sea elegible para la cobertura médica de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

Díganos sobre el **trabajo** que ofrece la cobertura.

Lleve el Formulario de Cobertura del Empleador en la página siguiente al patrón que ofrece cobertura para que le ayude a contestar estas preguntas. Sólo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud, no el formulario de la Cobertura del Empleador.

Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado

Información del EMPLEADOR

3. Nombre del empleador		4. Número de Identificación Patronal (EIN)
5. Dirección del empleador		6. Número de teléfono del empleador
7. Ciudad	8. Estado	9. Código Postal

10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?

11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico

13. **¿Actualmente es elegible para la cobertura ofrecida por este empleador, o será elegible en los próximos 3 meses?**

☐ **Sí** (Continuar)

13a. Si usted está en un plazo de espera o de prueba, ¿cuándo se puede inscribir en la cobertura? _____ (mm/dd/aaaa)

Indique los nombres de otras personas que son elegibles para la cobertura médica de este trabajo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

☐ **No** (Pare aquí y vaya al Paso 5 de la solicitud)

Díganos sobre el **plan médico** que ofrece este empleador.

14. ¿Ofrece el empleador un plan médico que cumpla con el estándar mínimo de valor*? ☐ Sí ☐ No

15. Para el plan de menor costo que cumple el estándar mínimo de valor* ofrecido **solamente al empleado** (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, provea la prima que el empleado pagaría si recibiera el máximo descuento por cualquiera de los programas para dejar de fumar y no recibió ningún otro descuento basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto de primas tendría que pagar el empleado para este plan? **$** _____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Una vez al mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

16. ¿Qué cambio hará el empleado para el año nuevo del plan (si se sabe)?

☐ El empleado no ofrecerá cobertura de salud.

☐ El empleado comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo disponible sólo para el empleado que cumpla con el estándar mínimo de valor.* (La prima deberá reflejar el descuento por los programas de bienestar. Ver la pregunta 15.)

a. Cuánto de primas tendría que pagar el empleado para ese plan? **$** _____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Una vez al mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

* Un plan de salud patrocinado por el patrón cumple con el "estándar mínimo de valor" si la parte del total de los costos de beneficios asignados cubiertos por el plan no es menor del 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite **www.medicaid.la.gov** o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

FORMULARIO DE COBERTURA DEL EMPLEADOR

Use esta solicitud para que le ayude a responder las preguntas del Anexo A de la solicitud del Mercado de seguros. Las preguntas de dicho Anexo se refieren a cualquier cobertura médica patrocinada por un empleador a la que sea elegible (inclusive si es por el empleo de otra persona, como un padre o cónyuge). La información en los casilleros numerados abajo es igual a la de los casilleros del Anexo A. Por ejemplo, usted puede usar la respuesta a la pregunta 14 de esta página para responder a la pregunta 14 del Anexo A.

Escriba su nombre y Número de Seguro Social en los casilleros 1 y 2 y pídale al empleador que llene el resto del formulario. Complete un formulario por cada empleador que ofrezca la cobertura para la cual es elegible.

Información del EMPLEADO

El **empleado** debe llenar esta sección.

1. Nombre del empleado (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	2. Número de Seguro Social del Empleado

Información del EMPLEADOR

Pídale esta información al **empleador**.

3. Nombre del empleador		4. Número de Identificación Patronal (EIN)
5. Dirección del empleador		6. Número de teléfono del empleador
7. Ciudad	8. Estado	9. Código Postal

10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?

11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico

13. **¿Es el empleado actualmente elegible para la cobertura médica ofrecida por este empleador, o lo será en los 3 próximos meses?**

☐ **Sí** (continuar)

13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso por un plazo de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible?

(mm/dd/aaaa) _____

☐ **No** (PARE y devuélvale el formulario al empleado)

Infórmenos sobre el **plan médico** ofrecido por este **empleador**.

¿Ofrece el empleador un plan médico que también cubre al cónyuge o dependiente del empleado?

☐ Sí ☐ No **Caso que sí,** ¿a quién cubre? ☐ Esposo/a ☐ Dependiente(s)

14. ¿Ofrece el empleador un plan que cumple el requisito de valor mínimo*?

☐ Sí (Vaya a la pregunta 15) ☐ No (PARE y devuélvale el formulario al empleado)

15. Para el plan de más bajo costo que cumple el requisito de valor mínimo* ofrecido solamente al empleador (no incluya los planes familiares): Si el empleador ofrece programas de bienestar, díganos cuánto es la prima que pagaría el empleado si recibiera el descuento máximo de cualquier programa para dejar de fumar, y no recibió otros descuentos de los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto de primas tendría que pagar el empleado para este plan? **$** _____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Una vez al mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Si el año de cobertura del plan está por terminar y usted sabe que los planes ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si no lo sabe, PARE y devuélvale el formulario al empleado..

16. ¿Cuál es el cambio que hará el empleador para el nuevo año?

☐ El empleador no ofrecerá un seguro médico

☐ El empleador empezará a ofrecerle un seguro médico a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo que cumpla el requisito de valor mínimo.* (Para el empleado solamente) (La prima debe reflejar el descuento por los programas de bienestar. Vea la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto de primas tendría que pagar el empleado para ese plan? **$** _____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Una vez al mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Fecha del cambio (mm/dd/aaaa): _____

* Se considera que un plan ofrecido por un empleador cumple el "requisito de valor mínimo", si la contribución del plan al costo total autorizado del beneficio cubierto equivale por lo menos al 60 por ciento del costo (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite **www.medicaid.la.gov** o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

ANEXO B

Familiar(es) Indio Americanos o Nativos de Alaska (IA/NA)

Complete este anexo si usted o algún familiar es Indio Americano o Nativo de Alaska. Presente con este documento su Solicitud para Cobertura de Salud.

Díganos sobre su(s) familiar(es) Indio Americanos o Nativos de Alaska.

Puede que los Indios Americanos y Nativos de Alaska no tengan que pagar los costes compartidos y reciban plazos mensuales especiales de inscripción. Responda las preguntas siguientes para asegurarse que su familia reciba la mayor ayuda posible.

NOTA: Si tiene que incluir a más personas, saque copia de esta página y adjúntela.

	IA/NA PERSONA 1	IA/NA PERSONA 2
1. Nombre	Primer nombre Segundo nombre Apellido	Primer nombre Segundo nombre Apellido
2. ¿Miembro de una tribu federalmente reconocida?	☐ Sí **Caso que sí**, ¿cuál es el nombre de la tribu? _____ ☐ No	☐ Sí **Caso que sí**, ¿cuál es el nombre de la tribu? _____ ☐ No
3. ¿Esta persona ha recibido servicio del Servicio de Salud para Indios, de un programa de salud tribal, de un programa urbano de salud para indios, o con referido de uno de estos programas?	☐ Sí ☐ No **Caso que no**, ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o con referido de uno de estos programas? ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No **Caso que no**, ¿Es elegible esta persona para obtener los servicios del Servicio de Salud para Indios, de los programas de salud tribales, o programas de salud urbanos para Indios, o con referido de uno de estos programas? ☐ Sí ☐ No
4. Puede que ciertos fondos recibidos no se cuenten. Indique los ingresos (cantidad y frecuencia) reportados en su solicitud que incluyan fondos de estas fuentes. Marque todos los que correspondan, y dé el monto y la frecuencia.	☐ Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ☐ Pagos de recursos naturales, agrícolas, ranchos, pesca, rentas o regalías de la tierra designada como fideicomiso de Indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y anteriores reservas) **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ☐ Dinero de la venta de cosas que tienen significado cultural **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____	☐ Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, rentas o regalías **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ☐ Pagos de recursos naturales, agrícolas, ranchos, pesca, rentas o regalías de la tierra designada como fideicomiso de Indios por el Departamento del Interior (incluyendo reservas y anteriores reservas) **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ☐ Dinero de la venta de cosas que tienen significado cultural **$** _____ ¿Con qué frecuencia? _____

ANEXO C

Asistencia para Completar esta Solicitud

Puede seleccionar un representante autorizado.

Puede permitir a personas de confianza hablar con nosotros sobre esta solicitud, ver su información, y representar a usted en cuestiones pertinentes a esta solicitud, hasta obtener información sobre su solicitud y firmar su solicitud en nombre de usted. A esta persona se le conoce como "representante autorizado". Si en algún momento cambia a su representante autorizado, debe comunicarse con Medicaid. Si usted es representante legalmente designado de alguien en esta solicitud, entregue evidencia con la solicitud.

1. Nombre del representante autorizado (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
2. Dirección		3. Número de apartamento o suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal
7. Número de teléfono		
8. Nombre de la organización		9. Número de identificación (ID) (si disponible)

Con su firma, usted autoriza a esta persona a obtener información sobre la solicitud, firmarla y a representarlo en todos los asuntos futuros relacionados con la solicitud.

10. Su firma	11. Fecha (mm/dd/aaaa)

Solamente para centros certificados de solicitar Medicaid.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)	
2. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo	
3. Nombre de la organización	4. Número de identificación (ID) (si disponible)

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite **www.medicaid.la.gov** o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

ANEXO D

Bienes Personales *(opcional)*

Favor completar esta apéndice opcional si alguien solicitando tiene una incapacidad física, mental o emocional que causa limitaciones en actividades (tales como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc.), vive en una facilidad medical o una residencia de ancianos, o tiene 65 años o más.

¿TIENE ALGUIEN EN SU CASA...	VALOR DEL ACTIVO (estimación más probable)	DESCRIBA ESTE ACTIVO (incluya nombres del banco y otras compañías)
Cuenta chequera ☐ Sí ☐ No ¿De quién pertenece? _____	$ _____	
Cuenta de ahorros ☐ Sí ☐ No ¿De quién pertenece? _____	$ _____	
Vehículos ☐ Sí ☐ No ¿De quién pertenece? _____	$ _____	
Propiedad aparte de la casa ☐ Sí ☐ No ¿De quién pertenece? _____	$ _____	
Certificados de depósito (CD) ☐ Sí ☐ No ¿De quién pertenece? _____	$ _____	
Anualidades, Fideicomisos, Acciones, Bonos, o Cuentas de Jubilación ☐ Sí ☐ No ¿De quién pertenece? _____	$ _____	
Seguro de vida/entierro. ☐ Sí ☐ No ¿De quién pertenece? _____	$ _____	
Dinero reservado para entierro o contrato de necesidad ☐ Sí ☐ No ¿De quién pertenece? _____	$ _____	
Cajas de seguridad ☐ Sí ☐ No ¿De quién pertenece? _____	$ _____	
Otro (Describir en detalle) ☐ Sí ☐ No ¿De quién pertenece? _____	$ _____	

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite **www.medicaid.la.gov** o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

ANEXO E

La elección del Plan de Salud

La mayoría de los beneficiarios de Medicaid o LaCHIP necesitan elegir un Plan de Salud. Un Plan de Salud es un grupo de médicos, enfermeras y demás personal que trabajan juntos para proporcionar servicios de salud. Usted puede ver la información acerca de los diferentes Planes de Salud en **www.healthy.la.gov**. Si usted sabe cuál es el Plan de Salud que desea, elija ahora. Si usted no elige, y necesitas estar en un plan de salud, vamos a elegir para usted.

¿Qué plan es el adecuado para usted?

Todos los Planes de Salud deben ofrecer la misma cobertura médica. Algunos de los planes de salud ofrecen beneficios adicionales. Usted puede elegir un plan de salud diferente para cada persona autorizada para Medicaid completo.

La elección de un plan

1. Al elegir un plan la primera cosa que hay que considerar es si su proveedor actual está en ese plan. Póngase en contacto con sus médicos para averiguar cuál es el plan que aceptan.
2. Para obtener más información acerca de los planes de salud que usted puede elegir, visite **www.healthy.la.gov** o llame **1-855-229-6848**.

NOTA: Si elige un plan de salud para cualquier persona por favor incluya este apéndice con su solicitud.

Elijo el siguiente plan para cada persona que solicita:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE APLICA	SELECCIONAR UN PLAN PARA LA PERSONA QUE SOLICITA *(Por favor, seleccione un solo plan por persona)*
	☐ Aetna Better Health of Louisiana ☐ Amerigroup ☐ AmeriHealth Caritas Louisiana ☐ Louisiana Healthcare Connections ☐ UnitedHealthcare Community Plan
	☐ Aetna Better Health of Louisiana ☐ Amerigroup ☐ AmeriHealth Caritas Louisiana ☐ Louisiana Healthcare Connections ☐ UnitedHealthcare Community Plan
	☐ Aetna Better Health of Louisiana ☐ Amerigroup ☐ AmeriHealth Caritas Louisiana ☐ Louisiana Healthcare Connections ☐ UnitedHealthcare Community Plan
	☐ Aetna Better Health of Louisiana ☐ Amerigroup ☐ AmeriHealth Caritas Louisiana ☐ Louisiana Healthcare Connections ☐ UnitedHealthcare Community Plan
	☐ Aetna Better Health of Louisiana ☐ Amerigroup ☐ AmeriHealth Caritas Louisiana ☐ Louisiana Healthcare Connections ☐ UnitedHealthcare Community Plan
	☐ Aetna Better Health of Louisiana ☐ Amerigroup ☐ AmeriHealth Caritas Louisiana ☐ Louisiana Healthcare Connections ☐ UnitedHealthcare Community Plan

Si usted tiene más personas para incluir, visite www.medicaid.la.gov para descargar e imprimir páginas adicionales de impresión o hacer una copia de esta página y completa.

¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Visite **www.medicaid.la.gov** o llámenos al **1-888-342-6207**. Si necesita ayuda en un idioma diferente al español, llame al **1-888-342-6207**, y dígale al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo alguno. Los usuarios de TTY deberán llamar al **1-800-220-5404**.

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):

ACADIA
568 NW Court Circle
Crowley, LA 70526-4363
(337) 788-8841

ALLEN
P. O. Box 150
Oberlin, LA 70655-0150
(337) 639-4966

ASCENSION
828 S. Irma Blvd., Rm. 205
Gonzales, LA 70737-3631
(225) 621-5780

ASSUMPTION
P. O. Box 578
Napoleonville, LA 70390-0578
(985) 369-7347

AVOYELLES
312 N. Main St., Ste. E
Marksville, LA 71351-2409
(318) 253-7129

BEAUREGARD
P. O. Box 952
DeRidder, LA 70634-0952
(337) 463-7955

BIENVILLE
P. O. Box 697
Arcadia, LA 71001-0697
(318) 263-7407

BOSSIER
P. O. Box 635
Benton, LA 71006-0635
(318) 965-2301

CADDO
P. O. Box 1253
Shreveport, LA 71163-1253
(318) 226-6891

CALCASIEU
1000 Ryan St., Rm. 7
Lake Charles, LA 70601-5250
(337) 721-4000

CALDWELL
P. O. Box 1107
Columbia, LA 71418-1107
(318) 649-7364

CAMERON
P. O. Box 1
Cameron, LA 70631-0001
(337) 775-5493

CATAHOULA
P. O. Box 215
Harrisonburg, LA 71340-0215
(318) 744-5745

CLAIBORNE
507 W. Main St., Ste. 1
Homer, LA 71040-3914
(318) 927-3332

CONCORDIA
4001 Carter St., Ste. K
Vidalia, LA 71373-3021
(318) 336-7770

DESOTO
105 Franklin St.
Mansfield, LA 71052-2046
(318) 872-1149

E. BATON ROUGE
222 St. Louis St., Rm. 201
Baton Rouge, LA 70802-5860
(225) 389-3940

E. CARROLL
P. O. Box 708
Lake Providence, LA 71254-0708
(318) 559-2015

E. FELICIANA
P. O. Box 488
Clinton, LA 70722-0488
(225) 683-3105

EVANGELINE
200 Court St., Ste. 102
Ville Platte, LA 70586-4463
(337) 363-5538

FRANKLIN
Courthouse
6560 Main St.
Winnsboro, LA 71295-2750
(318) 435-4489

GRANT
Courthouse
200 Main St.
Colfax, LA 71417-1828
(318) 627-9938

IBERIA
300 S. Iberia St., Ste. 110
New Iberia, LA 70560-4543
(337) 369-4407

IBERVILLE
P. O. Box 554
Plaquemine, LA 70765-0554
(225) 687-5201

JACKSON
500 E. Court St., Rm. 102
Jonesboro, LA 71251-3400
(318) 259-2486

JEFFERSON
P. O. Box 10494
Jefferson, LA 70181-0494
(504) 736-6191

JEFFERSON DAVIS
302 N. Cutting Ave.
Jennings, LA 70546-5361
(337) 824-0834

LAFAYETTE
1010 Lafayette St., Ste. 313
Lafayette, LA 70501-6885
(337) 291-7140

LAFOURCHE
307 W. 4th St.
Thibodaux, LA 70301-3105
(985) 447-3256

LASALLE
P. O. Box 2439
Jena, LA 71342-2439
(318) 992-2254

LINCOLN
100 W. Texas Ave., Rm. 10
Ruston, LA 71270-4463
(318) 251-5110

LIVINGSTON
P. O. Box 968
Livingston, LA 70754-0968
(225) 686-3054

MADISON
100 N. Cedar St.
Tallulah, LA 71282-3892
(318) 574-2193

MOREHOUSE
129 N. Franklin St.
Bastrop, LA 71220-3815
(318) 281-1434

NATCHITOCHES
P. O. Box 677
Natchitoches, LA 71458-0677
(318) 357-2211

ORLEANS
1300 Perdido St., Rm. 1W23
New Orleans, LA 70112-2127
(504) 658-8300

OUACHITA
1650 Desiard St., Ste. 125
Monroe, LA 71201
(318) 327-1436

PLAQUEMINES
P. O. Box 989
Port Sulphur, LA 70083-0989
(504) 934-3620

POINTE COUPEE
211 E. Main St., Flr. 2
New Roads, LA 70760-3661
(225) 638-5537

RAPIDES
701 Murray St.
Alexandria, LA 71301-8099
(318) 473-6770

RED RIVER
P. O. Box 432
Coushatta, LA 71019-0432
(318) 932-5027

RICHLAND
P. O. Box 368
Rayville, LA 71269-0368
(318) 728-3582

SABINE
400 Capitol St., Rm. 107
Many, LA 71449-3099
(318) 256-3697

ST. BERNARD
8201 W. Judge Perez, Rm. 104
Chalmette, LA 70043-1696
(504) 278-4231

ST. CHARLES
P. O. Box 315
Hahnville, LA 70057-0315
(985) 783-5120

ST. HELENA
P. O. Box 543
Greensburg, LA 70441-0543
(225) 222-4440

ST. JAMES
P. O. Box 179
Convent, LA 70723-0179
(225) 562-2330

ST. JOHN
1801 W. Airline Hwy.
LaPlace, LA 70068-3344
(985) 652-9797

ST. LANDRY
P. O. Box 818
Opelousas, LA 70571-0818
(337) 948-0572

ST. MARTIN
415 Saint Martin St.
St. Martinville, LA 70582-4549
(337) 394-2204

ST. MARY
500 Main St., Ste. 301
Franklin, LA 70538-6144
(337) 828-4100, ext. 360

ST. TAMMANY
701 N. Columbia St.
Covington, LA 70433-2709
(985) 809-5500

TANGIPAHOA
P. O. Box 895
Amite, LA 70422-0895
(985) 748-3215

TENSAS
P. O. Box 183
St. Joseph, LA 71366-0183
(318) 766-3931

TERREBONNE
8026 Main St., Ste. 101
Houma, LA 70360
(985) 873-6533

UNION
P. O. Box 235
Farmerville, LA 71241-0235
(318) 368-8660

VERMILION
100 N. State St., Ste.120
Abbeville, LA 70510
(337) 898-4324

VERNON
P. O. Box 626
Leesville, LA 71496-0626
(337) 239-3690

WASHINGTON
Courthouse Bldg.
900 Washington St., #105
Franklinton, LA 70438
(985) 839-7850

WEBSTER
P. O. Box 674
Minden, LA 71058-0674
(318) 377-9272

W. BATON ROUGE
P. O. Box 31
Port Allen, LA 70767-0031
(225) 336-2421

W. CARROLL
P. O. Box 71
Oak Grove, LA 71263-0071
(318) 428-2381

W. FELICIANA
P. O. Box 2490
St. Francisville, LA 70775-2490
(225) 635-6161

WINN
119 W. Main St., Rm. 105
Winnfield, LA 71483-3238
(318) 628-6133

OFFICIAL USE ONLY

Address Change

Name Change

Party Change

Remarks

Circle One: PA MV RG SDA SS(Disability)

Received by: _____

PLACE IN AN ENVELOPE AND MAIL TO YOUR

REGISTRAR OF VOTERS

USE THIS FORM TO: 1) register to vote 2) change your address 3) request a name change 4) change party affiliation

TO REGISTER TO VOTE AND BE ELIGIBLE TO VOTE YOU MUST: 1) be a United States citizen 2) be 17 years old (16 years old if registering to vote in person at the Registrar of Voters' Office or the Office of Motor Vehicles) but must be 18 years old to vote 3) not be under an order of imprisonment for conviction of a felony 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 FOR COMPLETING THIS FORM: All information except your signature should be printed clearly in ink, preferably black, or typed. Fill in all boxes that apply to you.

Box 1: Indicate whether you are a citizen of the United States of America. Indicate whether you will be 18 years of age on or before the election day in which you are eligible to vote.

Box 2: Provide full name. Do not use initials for middle or maiden name.

Box 3: 'Residence Address' means the address where you live and are registering to vote. If you claim a homestead exemption, you must list the address of that residence. Do not use a post office box for your 'Residence Address'. If you use a rural route and box number, draw a map in the space labeled 'Give Location.' Write in the names of the crossroads (streets) nearest to where you live. Draw an X to show where you live. Use a dot to show any schools, churches, stores or landmarks near where you live and write the name of the landmark. Check the box provided if mail is not delivered to your residence address by the post office. Complete 'Mailing Address' if it is different from the 'Residence Address' or if mail is not delivered to your residence address.

Boxes 5 & 13: You must provide your LA driver's license number or LA special identification card number, if issued. If not issued, you must provide at least the last four digits of your social security number, if issued. The full social security number may be provided on a voluntary basis. If neither a social security number nor a LA driver's license number or LA special identification card number has been issued, 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, attach either a) a copy of a current and valid photo identification or b) a copy of a current utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document that shows your name and address.

Boxes 7, 11 & 12: The items 'race/ethnic origin', 'email' and 'phone' are not required but are helpful. Email is protected from disclosure by law.

Box 8: If you do not complete this item, your party affiliation will be listed as 'no party', unless you are presently registered with a party affiliation and no change is being made today. If you are not registering with a political party, circle 'no party'. The recognized political parties are Democrat, Green, Libertarian, Reform and Republican or you may specify any other party affiliation.

Box 17: If you are using this form to request a change of name, you must print the name to be changed here.

Box 18: Date and sign the card with your signature or mark.

If returned by mail, place in an envelope and mail to the appropriate registrar of voters at the address found on the reverse side of this card. If you have not been issued a social security number or Louisiana driver's license number, you must mail the required documentation with your application. Your application or envelope must be postmarked 30 days prior to the first election in which you seek to vote based on the residence listed on this application.

NOTE: 1. 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. 2. Your social security number will also remain confidential and is intended to be used for voter registration purposes only.

QUESTIONS? Call your Parish Registrar of Voters OR call the Department of State at **1-800-883-2805 or (225) 922-0900.**

COMPLETE AND CHECK ALL APPLICABLE BOXES AND CUT HERE BEFORE MAILING.

LOUISIANA VOTER REGISTRATION APPLICATION

LR-1 & 1M, FORM #100

OFFICIAL USE ONLY

Wd _____ Pct _____ Reg Type _____ In/Out _____ REG # _____

1 Are you a citizen of the United States of America? YES ☐ NO ☐ Will you be 18 years of age on or before election day? YES ☐ NO ☐
If you checked 'no' in response to either of these questions, DO NOT COMPLETE THIS FORM.

2 NAME OF APPLICANT (PLEASE PRINT NAME)

LAST FIRST FULL MIDDLE OR MAIDEN

GIVE LOCATION

3 RESIDENCE ADDRESS (MUST BE ADDRESS WHERE YOU CLAIM HOMESTEAD EXEMPTION, IF ANY)

HOUSE OR APT. NO. & STREET (IF RURAL, ROUTE & BOX NO.) CITY OR TOWN STATE ZIP

If NO mail delivery to residential address, check here: ( )

MAILING ADDRESS, IF DIFFERENT

4 DATE OF BIRTH
MONTH DAY YEAR

5 * SOCIAL SECURITY # (CIRCLE ONE)
NO
YES # _____

6 SEX (CIRCLE ONE)
MALE FEMALE

7 ** RACE / ETHNIC ORIGIN (CIRCLE ONE)
WHITE BLACK ASIAN HISPANIC AMER. INDIAN
OTHER: _____

8 PARTY AFFILIATION (CIRCLE ONE)
DEM GRN LBT RFM REP NO PARTY
OTHER (SPECIFY) _____

9 APPLICANT'S PLACE OF BIRTH
CITY OR TOWN PARISH OR COUNTY STATE COUNTRY

10 MOTHER'S MAIDEN NAME

11 **EMAIL

12 ** PHONE
HOME
DAY

13 LA DRIVER'S LICENSE / I.D. # (CIRCLE ONE)
NO
YES # _____

14 Will you require assistance at the polls?(CIRCLE ONE)
NO
YES IF YES, GIVE REASON :

15 LAST RESIDENCE ADDRESS
ADDRESS

16 PLACE OF LAST REGISTRATION
PARISH OR COUNTY STATE

17 FORMER REGISTERED NAME, IF APPLICABLE

AFFIRMATION: 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.

18 SIGN YOUR NAME IN BOX AT RIGHT.

DATE:

19 IF YOU ARE UNABLE TO SIGN YOUR NAME, TWO WITNESSES TO YOUR MARK MUST SIGN HERE.

WITNESS SIGNATURE: WITNESS SIGNATURE:

*** Last 4 digits of the social security number required if no LA driver's license issued; social security number is intended to be used for voter registration purposes only; full # OPTIONAL. ** OPTIONAL**