Đơn xin Bảo Hiểm Sức Khỏe

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT

Dùng đơn này để xin chương trình bảo hiểm nào qúi vị có thể được

- Những loại Bảo hiểm sức khỏe gía phải chăng cung cấp bảo hiểm để giúp qúy vị có sức khỏe tốt
- Tín dụng thuế có thể giúp trả tiền cho tiền bảo hiểm của qúy vị
- Bảo hiểm sức khỏe miễn phí hoặc gía rẻ của Medicaid hoặc của Louisiana Children's Insurance Program (LaCHIP)

Qúy vị có thể được cấp bảo hiểm sức khỏe miễn phí hoặc với gía rẻ cho dù thu nhập của qúy vị có thể lên đến $94,000(áp dụng cho gia đình có 4 người).

Những ai có thể dùng đơn này?

- Dùng đơn này để xin bảo hiểm cho bất cứ ai trong gia đình qúy vị.
- Đăng ký cho qúy vị và con trẻ ngay khi qúy vị hoặc con trẻ đã có bảo hiểm sức khỏe. Qúy vị có thể được bảo hiểm sức khỏe miễn phí hoặc gía thấp.
- Những gia đình có người di dân củng có thể đăng ký. Qúy vị cũng có thể đăng ký cho con trẻ cho dù qúy vị không được chấp thận. Việc đăng ký sẽ không làm không gây cản trở đến việc di trú hoặc việc trở thành người di trú hợp pháp hoặc công dân Hoa Kỳ.

Đăng ký trên mạng nhanh hơn

Đăng ký trên mạng nhanh hơn tại www.medicaid.la.gov.

Những mục gì qúy vị cần đăng ký

- Số Anh Sinh Xã Hội (hoặc số hồ sơ cho bất kỳ giấy tờ cư trú hợp pháp cho những người cần bảo hiểm)
- Thông tin về cơ sở làm việc và thu nhập của tất cả những người có lam việc trong gia đình(vi dụ: cuì check, W-2, hoặc giấy thuế)
- Số hợp đồng của bảo hiểm sức khỏe hiện nay
- Thông tin về bảo hiểm sức khóe có từ việc làm của gia đình qúy vị

Tại sao chúng tôi hỏi về những thông tin này?

Chúng tôi cần biết về thu nhập và những thông tin khác để cho qúy vị biết loại bảo hiểm nào qúy vị có thể được cấp và nếu qúy vị được trơ giúp trả tiền cho bảo hiểm đó. **Chúng tôi sẽ tất cả những thông tin qúy vị cung cấp một cách bí mật và an toàn theo nhu yêu cầu của luật pháp.**

Những việc kế tiếp?

Gửi đơn đã hoàn tất có chữ ký, ngày tháng tới địa chỉ liệt kê trong trang 11. **Nếu qúy vị chưa có những thông tin chúng tôi cần biết, vẫn ký và gửi đơn.** Chúng tôi sẽ liên lạc từ 1–2 tuần. Qúy vị sẽ nhận được hướng dẫn để làm những gì kế tiếp. Nếu qúy vị không nghe gì từ chúng tôi, thì truy cập mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Việc điền đơn không có nghĩa là qúy vị phải mua bảo hiểm.

Nếu cần lấy đơn này

- **Lên mạng:** www.medicaid.la.gov
- **Gọi điện thoại:** Gọi chúng tôi tại **1-888-342-6207.**
- **Gặp nhân viên:** Lên mạng hoặc gọi số **1-888-342-6207** để tìm văn phòng gần nơi qúy vị sinh sống.
- ¿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.**

NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu qúy vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào qúy vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 1 Cho biết về bản thân qúy vị

(Chúng tôi cần một người lớn trong gia đình để tiện cho việc liên lạc về đơn này.)

1. Tên gọi, Tên lót, Tên họ, & Hậu tố			
2. Địa chỉ nhà (Để trống nếu không có)			3. Số căn hộ hoặc bộ số
4. Thành phố	5. Tiểu bang	6. ZIP	7. Quận
8. Địa chỉ gửi thư(Nếu khác với địa chỉ thường trú)			9. Số căn hộ hoặc bộ số
10. Thành phố	11. Tiểu bang	12. ZIP	13. Quận
14. Số điện thoại		15. Số điện thoại khác	

16. Qúy vị có muốn nhận thong tin về đơn xin này qua email hay không? ☐ Có ☐ Không

Địa chỉ E-mail: _____

17. Qúy vị nói hoặc viết bằng ngôn ngữ nào (Nếu không bằng tiếng Anh)?

BƯỚC 2 Cho chúng tôi biết về gia đình qúy vị

Những ai qúy vị nên liệt kê trong đơn này?

Cho chúng tôi biết về tất cả những người trong gia đình đang chung sống với qúy vị. Nếu qúy vị khai thuế thì chúng tôi cần biết về tất cả những người qúy vị liệt kê trên giấy thuế (Qúy vị không cần phải khai thuế để có bảo hiểm).

CHO BIẾT những thông tin sau đây:

- Qúy vị
- Người phố ngẫu
- Con trẻ dưới 21 tuổi đang sống chung
- Vợ/chồng chưa cưới mà cần bảo hiểm
- Những người mà qúy vị khai trên giấy thuế cho dù họ không sống chung
- Những người dưới 21 tuổi mà qúy vị chăm sóc, nuôi dưỡng và đang sống chung

Qúy vị KHÔNG CẦN KHAI những thông tin sau đây:

- Vợ/chồng chưa cưới mà không cần bảo hiểm
- Con trẻ của vợ/chồng chưa cưới
- Cha mẹ sống chung nhưng khai thuế riêng (Nếu qúy vị đã trên 21 tuổi)
- Những người họ hàng mà khai thiế riêng

Việc trợ giúp cho qúy vị hoặc những loại bảo hiểm nào qúy vị có thể được tùy thuộc vào số người trong gia đình và thu nhập của họ. Nhựng thông tin này giúp chúng tôi tìm những loại bảo hiểm tốt nhất mà qúy vị có thể có được.

Hoàn tất bước số 2 cho mọi người sống chung với qúy vị. Bắt đầu với từ qúy vị, và tới những người lớn và tới con trẻ. Nếu qúy vị có trên 4 người trong gia đình, qúy vị cần copy thêm trang giấy và kèm trong đơn. Qúy vị không cần cho biết về tình trạng di trú hoặc Social Security Number (SSN) của những thành viên trong gia đình mà không cần bảo hiểm. Chúng tôi giữi kín những thô ng. tin qúy vị cung cấp theo luật pháp .Chúng tôi sẽ chỉ sữ dụng những thông tin cá nhân cá nhân của qúy vị để xem qúy vị có thể được nhận bảo hiểm nào.

NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu qúy vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào qúy vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 1 (Bắt đầu từ qúy vị)

Hoàn thành bước 2 cho qúy vị, người phố ngẫu/bạn, và con trẻ sống chung sốn qúy vị hoặc những người mà qúy vị khai thuế chung. Xem trang 1 để biết chi tiết về việc những thông tin cần khai báo. Nếu qúy vị không khai thuế, nên nhớ vẫn liệt kê những thành viên sống chung trong gia đình.

1. Tên goị, Tên lót, Tên họ, & Hậu tố

2. Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm)

3. Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ

4. Số Anh Sinh Xã Hội (SSN)

Chúng tôi cần biết nếu qúy vị có bảo hiểm và số SSN. Việc cung cấp số SSN có hữu dụng ngay cả khi qúy vị không cần bảo hiểm sức khỏe và có thể làm nhanh viêc xét đơn. Chúng tôi dung SSN để xét thu nhập và những thông tin khác để xem ai có thể được nhận bảo hiểm. Nếu ai muốn đang ký SSN, hãy gọi số **1-800-772-1213** hoặc lên mạng www.socialsecurity.gov. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-325-0778**.

5. **Gốc Tây Ban Nha/La tinh, dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì áp dụng cho qúy vị.)**
☐ Mễ ☐ Mỹ gốc Mễ ☐ Chicano/a ☐ Porto Rico ☐ Cuba ☐ Dân tộc khác _____

6. **Dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì áp dụng cho qúy vị.)**

☐ Da trắng	☐ Mỷ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska	☐ Phi	☐ Viet nam	☐ Guam hoặc Đảo Camoro
☐ Da đen hoặc Châu Phi	☐ Ấn Độ	☐ Nhật	☐ Á Châu	☐ Samo
	☐ Trung Quốc	☐ Hàn Quốc	☐ Bản xứ Hawaii	☐ Đảo Thái Bình Dương
				☐ Dân tộc khác _____

7. **Qúy vị có dự địng khai thuế liên bang NĂM TỚI không?**
(Qúy vị vẫn có thể xin bảo hiểm sức khỏe cho dù không khai thuế liên bang.)

☐ **CÓ. Nếu có,** trả lời câu a–c. ☐ **KHÔNG. Nếu không,** trả lời câu c.

a. Người phố ngẫu của qúy vị sẽ khai thuế chung hay không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, cho biết tên người phố ngẫu: _____

b. Qúy vị sẽ khai người ăn theo trên thuế không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, cho biết tên những người ăn theo: _____

c. Qúy vị có là người ăn theo trên giấy thuế của người khác không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, cho biết tên người đó: _____
Qúy vị có lien hệ với người đó như thế nào? _____

8. Qúy vị có thai không? ☐ Có ☐ Không **Nếu có thai,** qúy vị sắp sanh bao nhiêu bé? _____

9. **Qúy vị có muốn bảo hiểm sức khoẻ không?**
(Ngay cả qúy vị đã có bảo hiểm rôì, chúng tôi có thể có những loại bảo biểm tốt hơn hoặc rẻ hơn.)

☐ **CÓ. Nếu có,** vui lòng trả lời tất cả câu hỏi dưới đây. ☐ **KHÔNG. Nếu không,** trả lời những câu hỏi về thu nhập ở trang 3.

10. Qúy vị có bịnh tật thể xác, tâm thần, hoặc tâm lý mà gây trở ngại cho qúy vị trong những sinh hoạt (như tắm rửa, mặc quần áo, công việc hàng ngày, vv.)? ☐ Có ☐ Không **Nếu có,** qúy vị phải hoàn thành phụ lục D.

11. Qúy vị có sống trong nhà dưỡng bệnh hoặc viện dưỡng lão không? ☐ Có ☐ Không **Nếu có,** qúy vị phải hoàn thành phụ lục D.

12. Qúy vị có cần trợ giúp về những hóa đơn y tế (đã thanh toán hoặc chưa) cho những dịch vụ y tế trong 3 tháng vừa qua? ☐ Có ☐ Không

13. Qúy vị có sống chung với ít nhất một người con dưới 19 tuổi và qúy vị phải chi trả cho việc chăm sóc người con này không? ☐ Có ☐ Không

14. Qúy vị đã từng ở trong trại mồ côi vào tuổi 18 hoặc lớn hơn bao giời chưa? ☐ Có ☐ Không
a. **Nếu có,** cho biết tiểu bang? _____ b. Qúy vị đã nhận Medicaid không? ☐ Có ☐ Không c. Qúy rời trại mồ côi ở độ tuổi nào? _____

15. Qúy vị đã có bảo hiểm sức khỏe qua sở làm việc và hết hạn trong 6 tháng vừa qua không? ☐ Có ☐ Không
a. **Nếu có,** ngày hết hạn: _____ b. Lý do bảo hiểm hết hạn: _____

16. Qúy vị có là học sinh toàn thời gian không? ☐ Có ☐ Không

17. Qúy vị có là học sinh toàn thời gian không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, Qúy vị đã sanh tại Mỹ hoặc một thuộc địa của Mỹ không? ☐ Có ☐ Không **Nếu không,** cho biết thông tin dưới đây (Nếu đúng cho qúy vị).
a. Số Alien _____ b. Loại giấy chứng nhận _____ c. Số giấy chứng nhận _____

Nếu không, Qúy vị có giấy tờ di dân hợp lệ không? ☐ Có ☐ Không **Nếu có,** cho biết những thong tin dưới (Nếu đúng cho qúy vị).
a. Loại chứng từ _____ b. Ngày hết hạn của chứng từ (tháng/ngày/năm) _____
c. Số Alien, I-94, hoặc giấy chứng nhận SEVIS _____ d. Số thẻ hoặc số passport _____
e. Qúy vị đã sống tại Mỹ từ năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không f. Qúy vị hoặc người phối ngẫy có là cha me của cựu quân nhân hoặc môt người lính Mỹ không? ☐ Có ☐ Không

NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu qúy vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào qúy vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 1 (Bản thân qúy vi phần tiếp theo)

Công Việc Hiện Tại & Thu Nhập

☐ **Có việc làm**
Nếu qúy vị có làm việc, thí cho biết về thu nhập. Bắt đầu từ câu 18.

☐ **Không làm việc**
Trả lời câu 28.

☐ **Làm chủ**
Trả lời câu 27.

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 1:

18. Tên và địa chỉ sở làm	19. Số điện thoại của chủ nhân

20. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) ☐ Giờ ☐ Tuần ☐ 2 tuần ☐ Hai lần trong một tháng ☐ Tháng ☐ Năm

$ _____

21. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 2: (Nếu có nhiều việc làm hơn nữa và cần thêm khoảng trống thì kèm thêm một trang giấy.)

22. Tên và địa chỉ sở làm	23. Số điện thoại của chủ nhân

24. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) ☐ Giờ ☐ Tuần ☐ 2 tuần ☐ Hai lần trong một tháng ☐ Tháng ☐ Năm

$ _____

25. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

26. **Trong năm vừa qua, qúy vị đã:** ☐ Thay đổi việc ☐ Ngừng làm việc ☐ Bắt đầu làm việc ít giờ ☐ Những câu trên không áp dụng

27. **Nếu làm chủ thì trả lời những câu hỏi dưới đây:**

a. Loại việc làm

_____

b. Tiền thu nhập của qúy vị trong tháng này(tiền lời hoặc lổ vốn sau khi chi trả mọi thứ) kiếm được từ việc mình làm chủ?

$ _____

28. **TIỀN THU NHẬP KHÁC TRONG THÁNG NÀY:** Đánh dấu những mục áp dụng cho qúy vị.

☐ Không có

☐ Tiền thất nghiệp **$** _____ Mức độ? _____

☐ Lương hưu trí **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền Anh Sinh Xã Hội **$** _____ Mức độ? _____

☐ Trương mục tiền hưu **$** _____ Mức độ? _____

☐ Đầu tư **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền cấp dưỡng cho trẻ **$** _____ Mức độ? _____

☐ Supplemental Security Income (SSI) **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền hỗ trợ cho trẻ **$** _____ Mức độ? _____

☐ Lương cựu chiến binh **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền học bổng/thưởng **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền tăng vốn **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền từ nông trại **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền cho thuê nhà **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền thu nhập khác Loại thu nhập: _____ **$** _____ Mức độ? _____

29. **KHẤU TRỪ:** Đánh dấu những mục áp dụng và cho biết số tiền và mức biết mức độ. Nếu qúy vị chi phí cho một số vật mà có thể khấu trừ trên thuế liên bang, việc thông báo những tiền khấu trừ này có thể làm giảm tiền bảo hiểm hàng tháng.

GHI CHÚ: Qúy vị không nên liệt kê nhữ ng phí tổn mà qúy vị đã liệt kê trong phần trả lời cho phần liên quan đến việc mà qúy vị làm chủ. (Câu hỏi 27b).

☐ Tiền cấp dưỡng cho con trẻ **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền lời của của tiền vay của sinh viên **$** _____ Mức độ? _____

☐ Những món khác Loại nào: _____ **$** _____ Mức độ? _____

30. **THU NHẬP HÀNG NĂM:** Chỉ hoàn tất phần này khi thu nhập thay đổi mỗi tháng. Nếu thu nhập không thay đổi mỗi tháng thì đi sang câu hỏi của người kế tiếp.

Tổng thu nhập cho **năm này**	Tổng thu hập cho **năm tới** (nếu qúy vị cho rằng sẽ có những thay đổi)
$	**$**

CẢM ƠN! Đây là tất cả nhựng điều chúng tôi cần biết về qúy vị.

NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu qúy vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào qúy vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 2

Hoàn thành bước 2 cho qúy vị, người phố ngẫu/bạn, và con trẻ sống chung sốn qúy vị hoặc những người mà qúy vị khai thuế chung. Xem trang 1 để biết chi tiết về việc những thông tin cần khai báo. Nếu qúy vị không khai thuế, nên nhớ vẫn liệt kê những thành viên sống chung trong gia đình.

1. Tên gọi, Tên lót, Tên họ, & Hậu tố

2. Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm)

3. Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ

4. Số Anh Sinh Xã Hội (SSN)
Chúng tôi cần biết xem NGƯỜI SỐ 2 có muốn bảo hiểm và có số SSN không.

5. Liên hệ
(ví dụ: mẹ, cha, con gái, con trai, vv.)
Liên hệ của người này đố với:
NGƯỜI SỐ 1: _____

6. NGƯỜI SỐ 2 có sống chung địa chỉ với qúy vị không? ☐ Có ☐ Không
Nều không, cho liết địa chỉ: _____

7. **Gốc Tây Ban Nha/La tinh, dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì đúng.)**
☐ Mễ ☐ Mỹ gốc Mễ ☐ Chicano/a ☐ Porto Rico ☐ Cuba ☐ Dân tộc khác _____

8. **Dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì đúng.)**

☐ Da trắng	☐ Mỷ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska	☐ Phi	☐ Viet nam	☐ Guam hoặc Đảo Camoro
☐ Da đen hoặc Châu Phi	☐ Ấn Độ	☐ Nhật	☐ Á Châu	☐ Samo
	☐ Trung Quốc	☐ Hàn Quốc	☐ Bản xứ Hawaii	☐ Đảo Thái Bình Dương
				☐ Dân tộc khác _____

9. **NGƯỜI SỐ 2 có dự định khai thuế liên bang NĂM TỚI không?**
(Qúy vị vẫn có thể xin bảo hiểm sức khỏe cho dù không khai thuế liên bang.)
☐ **CÓ. Nếu có,** trả lời câu a–c. ☐ **KHÔNG. Nếu không,** trả lời câu c.
a. NGƯỜI SỐ 2 có dự định khai thuế chung với người phối nhẫu không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, cho biết tên người phố ngẫu: _____
b. NGƯỜI SỐ 2 có dự định khai người ăn theo trên thuế không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, cho biết tên những người ăn theo: _____
c. NGƯỜI SỐ 2 có là người ăn theo trên giấy thuế của người khác không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, cho biết tên người đó: _____
NGƯỜI SỐ 2 này có liê n hệ như thế nào với người đứng khai thuế? _____

10. NGƯỜI SỐ 2 có thai không? ☐ Có ☐ Không **Nếu có thai,** qúy vị sắp sanh bao nhiêu em bé? _____

11. **NGƯỜI SỐ 2 có muốn bảo hiểm sức khoẻ không?**
(Ngay cả qúy vị đã có bảo hiểm rôì, chúng tôi có thể có những loại bảo biểm tốt hơn hoặc rẻ hơn.)
☐ **CÓ. Nếu có,** vui long trả lởi tất cả câu hỏi dưới đây. ☐ **KHÔNG. Nếu không,** trả lời những câu hỏi về thu nhập ở trang 5.

12. NGƯỜI SỐ 2 có bịnh tật thể xác, tâm thần, hoặc tâm lý mà gây trở ngại cho qúy vị trong những sinh hoạt (như tắm rửa, mặc quần áo, công việc hàng ngày, vv.)? ☐ Có ☐ Không **Nếu có,** qúy vị phải hoàn thành phụ lục D.

13. NGƯỜI SỐ 2 có sống trong nhà dưỡng bệnh hoặc viện dưỡng lão không? ☐ Có ☐ Không **Nếu có,** qúy vị phải hoàn thành phụ lục D.

14. NGƯỜI SỐ 2 có cần trợ giúp về những hóa đơn y tế (đã thanh toán hoặc chưa) cho những dịch vụ y tế trong 3 tháng vừa qua? ☐ Có ☐ Không

15. NGƯỜI SỐ 2 có sống chung với ít nhất một người con dưới 19 tuổ và qúy vị phải chi trả cho việc chăm sóc người con này không? ☐ Có ☐ Không

16. NGƯỜI SỐ 2 đã từng ở trong trại mồ côi vào tuổi 18 hoặc lớn hơn bao giời chưa? ☐ Có ☐ Không
a. **Nếu có,** cho biết tiểu bang? _____ b. Ng ười này đã nhận Medicaid không? ☐ Có ☐ Không c. NGƯỜI SỐ 2 rời trại mồ côi ở độ tuổi nào? _____

17. NGƯỜI SỐ 2 đã có bảo hiểm sức khỏe qua sở làm việc và hết hạn trong 6 tháng vừa qua không? ☐ Có ☐ Không
a. **Nếu có,** ngày hết hạn: _____ b. Lý do bảo hiểm hết hạn: _____

18. NGƯỜI SỐ 2 có là học sinh toàn thời gian không? ☐ Có ☐ Không

19. NGƯỜI SỐ 2 có là một công dân Mỹ hoặc mang quốc tịch Mỹ không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, NGƯỜI SỐ 2 đã sanh tại Mỹ hoặc một thuộc địa của Mỹ không? ☐ Có ☐ Không **Nều không,** điền thông tin của họ dưới đây (nếu đúng cho họ).
a. Số Alien _____ b. Loại giấy chứng nhận _____ c. Số giấy chứng nhận _____
Nều không, NGƯỜI SỐ 2 có là người di dân hợp pháp không? ☐ Có ☐ Không **Nếu có,** điền thông tin của họ dưới đây (nếu đúng cho họ).
a. Loại chứng từ _____ b. Ngày hết hạn của chứng từ (tháng/ngày/năm) _____
c. Số Alien, I-94, hoặc giấy chứng nhận SEVIS _____ d. Số thẻ hoặc số passport _____
e. NGƯỜI SỐ 2 đã sống tại Mỹ từ năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không f. NGƯỜI SỐ 2 hoặc người phối ngẫy có là cha me của cựu quân nhân hoặc môt người lính Mỹ không? ☐ Có ☐ Không

NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu qúy vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào qúy vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 2 (Tiếp theo của NGƯỜI SỐ 2)

Công Việc Hiện Tại & Thu Nhập

☐ **Có việc làm**
Nếu NGƯỜI SỐ 2 có làm việc, thí cho biết về thu nhập. Bắt đầu từ câu 20.

☐ **Không làm việc**
Trả lời câu 30.

☐ **Làm chủ**
Trả lời câu 29.

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 1:

20. Tên và địa chỉ sở làm	21. Số điện thoại của chủ nhân

22. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) ☐ Giờ ☐ Tuần ☐ 2 tuần ☐ Hai lần trong một tháng ☐ Tháng ☐ Năm

$ _____

23. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 2: (Nếu NGƯỜI SỐ 2 có nhiều việc làm hơn nữa và cần thêm khoảng trống thì kèm thêm một trang giấy.)

24. Tên và địa chỉ sở làm	25. Số điện thoại của chủ nhân

26. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) ☐ Giờ ☐ Tuần ☐ 2 tuần ☐ Hai lần trong một tháng ☐ Tháng ☐ Năm

$ _____

27. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

28. **Năm vừa qua, NGƯỜI SỐ 2 đã:** ☐ Thay đổi việc ☐ Ngừng làm việc ☐ Bắt đầu làm việc ít giờ ☐ Những câu trên không áp dụng

29. **Nếu làm chủ thì trả lời những câu hỏi dưới đây:**

a. Loại việc làm _____

b. Tiền thu nhập của NGƯỜI SỐ 2 trong tháng này(tiền lời hoặc lổ vốn sau khi chi trả mọi thứ) kiếm được từ việc mìng làm chủ?

$ _____

30. **TIỀN THU NHẬP KHÁC TRONG THÁNG NÀY:** Đánh dấu những mục áp dụng cho NGƯỜI S Ố 4 và cho biết m ức độ thường xuy ên.

☐ Không có

☐ Tiền thất nghiệp **$** _____ Mức độ? _____

☐ Lương hưu trí **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền Anh Sinh Xã Hội **$** _____ Mức độ? _____

☐ Trương mục tiền hưu **$** _____ Mức độ? _____

☐ Đầu tư **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền cấp dưỡng cho trẻ **$** _____ Mức độ? _____

☐ Supplemental Security Income (SSI) **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền hỗ trợ cho trẻ **$** _____ Mức độ? _____

☐ Lương cựu chiến binh **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền học bổng/thưởng **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền tăng vốn **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền từ nông trại **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền cho thuê nhà **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền thu nhập khác Loại thu nhập: _____ **$** _____ Mức độ? _____

31. **KHẤU TRỪ:** Đánh dấu những mục áp dụng và cho biết số tiền và mức biết mức độ. Nếu NGƯỜI SỐ 2 chi phí cho một số vật mà có thể khấu trừ trên thuế liên bang, việc thông báo những tiền khấu trừ này có thể làm giảm tiền bảo hiểm hàng tháng.

GHI CHÚ: Qúy vị không nê n liệt kê nhữ ng phí tổn mà NGƯỜI SỐ 2 đã liệt kê trong phần trả lời cho phần liên quan đến việc mà qúy vị làm chủ. (Câu hỏi 27b).

☐ Tiền cấp dưỡng cho con trẻ **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền lời của của tiền vay của sinh viên **$** _____ Mức độ? _____

☐ Những món khác Loại nào: _____ **$** _____ Mức độ? _____

32. **THU NHẬP HÀNG NĂM:** Chỉ hoàn tất phần này khi thu nhập thay đổi mỗi tháng. Nếu thu nhập của NGƯỜI SỐ 2 không thay đổi mỗi tháng thì đi sang câu hỏi của người kế tiếp.

Tổng thu nhập của NGƯỜI SỐ 2 cho **năm này**	Tổng thu hập của NGƯỜI SỐ 2 cho **năm tới** (nếu qúy vị cho rằng sẽ có những thay đổi)
$	**$**

CẢM ƠN! Đây là tất cả nhựng điều chúng tôi cần biết về NGƯỜI SỐ 2.

Nếu qúy vị có hơn 4 người để liệt kê, lên mạng www.medicaid.la.gov để in thêm trang giấy hoặc copy trang 8 và 9 để hòan tất.

NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu qúy vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào qúy vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 3

Hoàn thành bước 2 cho qúy vị, người phố ngẫu/bạn, và con trẻ sống chung sốn qúy vị hoặc những người mà qúy vị khai thuế chung. Xem trang 1 để biết chi tiết về việc những thông tin cần khai báo. Nếu qúy vị không khai thuế, nên nhớ vẫn liệt kê những thành viên sống chung trong gia đình.

1. Tên gọi, Tên lót, Tên họ, & Hậu tố

2. Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm)

3. Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ

4. Số Anh Sinh Xã Hội (SSN)
Chúng tôi cần biết xem NGƯỜI SỐ 3 có muốn bảo hiểm và có số SSN không.

5. Liên hệ
(ví dụ: mẹ, cha, con gái, con trai, vv.)
Liên hệ của người này đố với:
NGƯỜI SỐ 1: _____
NGƯỜI SỐ 2: _____

6. NGƯỜI SỐ 3 có sống chung địa chỉ với qúy vị không? ☐ Có ☐ Không
Nều không, cho liết địa chỉ: _____

7. **Gốc Tây Ban Nha/La tinh, dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì đúng.)**
☐ Mễ ☐ Mỹ gốc Mễ ☐ Chicano/a ☐ Porto Rico ☐ Cuba ☐ Dân tộc khác _____

8. **Dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì đúng.)**

☐ Da trắng	☐ Mỷ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska	☐ Phi	☐ Viet nam	☐ Guam hoặc Đảo Camoro
☐ Da đen hoặc Châu Phi	☐ Ấn Độ	☐ Nhật	☐ Á Châu	☐ Samo
	☐ Trung Quốc	☐ Hàn Quốc	☐ Bản xứ Hawaii	☐ Đảo Thái Bình Dương
				☐ Dân tộc khác _____

9. **NGƯỜI SỐ 3 có dự định khai thuế liên bang NĂM TỚI không?**
(Qúy vị vẫn có thể xin bảo hiểm sức khỏe cho dù không khai thuế liên bang.)
☐ **CÓ. Nếu có,** trả lời câu a–c. ☐ **KHÔNG. Nếu không,** trả lời câu c.
a. NGƯỜI SỐ 3 có dự định khai thuế chung với người phối nhẫu không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, cho biết tên người phố ngẫu: _____
b. NGƯỜI SỐ 3 có dự định khai người ăn theo trên thuế không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, cho biết tên những người ăn theo: _____
c. NGƯỜI SỐ 3 có là người ăn theo trên giấy thuế của người khác không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, cho biết tên người đó: _____
NGƯỜI SỐ 3 này có liê n hệ như thế nào với người đứng khai thuế? _____

10. NGƯỜI SỐ 3 có thai không? ☐ Có ☐ Không **Nếu có thai,** qúy vị sắp sanh bao nhiêu em bé? _____

11. **NGƯỜI SỐ 3 có muốn bảo hiểm sức khoẻ không?**
(Ngay cả qúy vị đã có bảo hiểm rôì, chúng tôi có thể có những loại bảo biểm tốt hơn hoặc rẻ hơn.)
☐ **CÓ. Nếu có,** vui long trả lởi tất cả câu hỏi dưới đây. ☐ **KHÔNG. Nếu không,** trả lời những câu hỏi về thu nhập ở trang 5.

12. NGƯỜI SỐ 3 có bịnh tật thể xác, tâm thần, hoặc tâm lý mà gây trở ngại cho qúy vị trong những sinh hoạt (như tắm rửa, mặc quần áo, công việc hàng ngày, vv.)? ☐ Có ☐ Không **Nếu có,** qúy vị phải hoàn thành phụ lục D.

13. NGƯỜI SỐ 3 có sống trong nhà dưỡng bệnh hoặc viện dưỡng lão không? ☐ Có ☐ Không **Nếu có,** qúy vị phải hoàn thành phụ lục D.

14. NGƯỜI SỐ 3 có cần trợ giúp về những hóa đơn y tế (đã thanh toán hoặc chưa) cho những dịch vụ y tế trong 3 tháng vừa qua? ☐ Có ☐ Không

15. NGƯỜI SỐ 3 có sống chung với ít nhất một người con dưới 19 tuổ và qúy vị phải chi trả cho việc chăm sóc người con này không? ☐ Có ☐ Không

16. NGƯỜI SỐ 3 đã từng ở trong trại mồ côi vào tuổi 18 hoặc lớn hơn bao giời chưa? ☐ Có ☐ Không
a. **Nếu có,** cho biết tiểu bang? _____ b. Ng ười này đã nhận Medicaid không? ☐ Có ☐ Không c. NGƯỜI SỐ 3 rời trại mồ côi ở độ tuổi nào? _____

17. NGƯỜI SỐ 3 đã có bảo hiểm sức khỏe qua sở làm việc và hết hạn trong 6 tháng vừa qua không? ☐ Có ☐ Không
a. **Nếu có,** ngày hết hạn: _____ b. Lý do bảo hiểm hết hạn: _____

18. NGƯỜI SỐ 3 có là học sinh toàn thời gian không? ☐ Có ☐ Không

19. NGƯỜI SỐ 3 có là một công dân Mỹ hoặc mang quốc tịch Mỹ không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, NGƯỜI SỐ 3 đã sanh tại Mỹ hoặc một thuộc địa của Mỹ không? ☐ Có ☐ Không **Nều không,** điền thông tin của họ dưới đây (nếu đúng cho họ).
a. Số Alien _____ b. Loại giấy chứng nhận _____ c. Số giấy chứng nhận _____
Nều không, NGƯỜI SỐ 3 có là người di dân hợp pháp không? ☐ Có ☐ Không **Nếu có,** điền thông tin của họ dưới đây (nếu đúng cho họ).
a. Loại chứng từ _____ b. Ngày hết hạn của chứng từ (tháng/ngày/năm) _____
c. Số Alien, I-94, hoặc giấy chứng nhận SEVIS _____ d. Số thẻ hoặc số passport _____
e. NGƯỜI SỐ 3 đã sống tại Mỹ từ năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không f. NGƯỜI SỐ 3 hoặc người phối ngẫy có là cha me của cựu quân nhân hoặc môt người lính Mỹ không? ☐ Có ☐ Không

NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu qúy vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào qúy vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 3 (Tiếp theo của NGƯỜI SỐ 3)

Công Việc Hiện Tại & Thu Nhập

☐ **Có việc làm**
Nếu NGƯỜI SỐ 3 có làm việc, thí cho biết về thu nhập. Bắt đầu từ câu 20.

☐ **Không làm việc**
Trả lời câu 30.

☐ **Làm chủ**
Trả lời câu 29.

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 1:

20. Tên và địa chỉ sở làm	21. Số điện thoại của chủ nhân

22. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) ☐ Giờ ☐ Tuần ☐ 2 tuần ☐ Hai lần trong một tháng ☐ Tháng ☐ Năm

$ _____

23. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 2: (Nếu NGƯỜI SỐ 3 có nhiều việc làm hơn nữa và cần thêm khoảng trống thì kèm thêm một trang giấy.)

24. Tên và địa chỉ sở làm	25. Số điện thoại của chủ nhân

26. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) ☐ Giờ ☐ Tuần ☐ 2 tuần ☐ Hai lần trong một tháng ☐ Tháng ☐ Năm

$ _____

27. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

28. **Năm vừa qua, NGƯỜI SỐ 3 đã:** ☐ Thay đổi việc ☐ Ngừng làm việc ☐ Bắt đầu làm việc ít giờ ☐ Những câu trên không áp dụng

29. **Nếu làm chủ thì trả lời những câu hỏi dưới đây:**

a. Loại việc làm

_____

b. Tiền thu nhập của NGƯỜI SỐ 3 trong tháng này(tiền lời hoặc lổ vốn sau khi chi trả mọi thứ) kiếm được từ việc mìng làm chủ?

$ _____

30. **TIỀN THU NHẬP KHÁC TRONG THÁNG NÀY:** Đánh dấu những mục áp dụng cho NGƯỜI S Ố 4 và cho biết m ức độ thường xuy ên.

☐ Không có

☐ Tiền thất nghiệp **$** _____ Mức độ? _____

☐ Lương hưu trí **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền Anh Sinh Xã Hội **$** _____ Mức độ? _____

☐ Trương mục tiền hưu **$** _____ Mức độ? _____

☐ Đầu tư **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền cấp dưỡng cho trẻ **$** _____ Mức độ? _____

☐ Supplemental Security Income (SSI) **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền hỗ trợ cho trẻ **$** _____ Mức độ? _____

☐ Lương cựu chiến binh **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền học bổng/thưởng **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền tăng vốn **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền từ nông trại **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền cho thuê nhà **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền thu nhập khác Loại thu nhập: _____ **$** _____ Mức độ? _____

31. **KHẤU TRỪ:** Đánh dấu những mục áp dụng và cho biết số tiền và mức biết mức độ. Nếu NGƯỜI SỐ 3 chi phí cho một số vật mà có thể khấu trừ trên thuế liên bang, việc thông báo những tiền khấu trừ này có thể làm giảm tiền bảo hiểm hàng tháng.

GHI CHÚ: Qúy vị không nê n liệt kê nhữ ng phí tổn mà NGƯỜI SỐ 3 đã liệt kê trong phần trả lời cho phần liên quan đến việc mà qúy vị làm chủ. (Câu hỏi 27b).

☐ Tiền cấp dưỡng cho con trẻ **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền lời của của tiền vay của sinh viên **$** _____ Mức độ? _____

☐ Những món khác Loại nào: _____ **$** _____ Mức độ? _____

32. **THU NHẬP HÀNG NĂM:** Chỉ hoàn tất phần này khi thu nhập thay đổi mỗi tháng. Nếu thu nhập của NGƯỜI SỐ 3 không thay đổi mỗi tháng thì đi sang câu hỏi của người kế tiếp.

Tổng thu nhập của NGƯỜI SỐ 3 cho **năm này**	Tổng thu hập của NGƯỜI SỐ 3 cho **năm tới** (nếu qúy vị cho rằng sẽ có những thay đổi)
$	**$**

CẢM ƠN! Đây là tất cả nhựng điều chúng tôi cần biết về NGƯỜI SỐ 3.

NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu qúy vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào qúy vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 4

Hoàn thành bước 2 cho qúy vị, người phố ngẫu/bạn, và con trẻ sống chung sốn qúy vị hoặc những người mà qúy vị khai thuế chung. Xem trang 1 để biết chi tiết về việc những thông tin cần khai báo. Nếu qúy vị không khai thuế, nên nhớ vẫn liệt kê những thành viên sống chung trong gia đình.

1. Tên gọi, Tên lót, Tên họ, & Hậu tố

2. Ngày tháng năm sinh (tháng/ngày/năm)

3. Giới tính ☐ Nam ☐ Nữ

4. Số Anh Sinh Xã Hội (SSN)
Chúng tôi cần biết xem NGƯỜI SỐ 4 có muốn bảo hiểm và có số SSN không.

5. Liên hệ
(ví dụ: mẹ, cha, con gái, con trai, vv.)
Liên hệ của người này đố với:
NGƯỜI SỐ 1: _____
NGƯỜI SỐ 2: _____
NGƯỜI SỐ 3: _____

6. NGƯỜI SỐ 4 có sống chung địa chỉ với qúy vị không? ☐ Có ☐ Không
Nều không, cho liết địa chỉ: _____

7. **Gốc Tây Ban Nha/La tinh, dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì đúng.)**
☐ Mễ ☐ Mỹ gốc Mễ ☐ Chicano/a ☐ Porto Rico ☐ Cuba ☐ Dân tộc khác _____

8. **Dân tộc (TÙY Ý—đánh dấu những gì đúng.)**

☐ Da trắng	☐ Mỷ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska	☐ Phi	☐ Viet nam	☐ Guam hoặc Đảo Camoro
☐ Da đen hoặc Châu Phi	☐ Ấn Độ	☐ Nhật	☐ Á Châu	☐ Samo
	☐ Trung Quốc	☐ Hàn Quốc	☐ Bản xứ Hawaii	☐ Đảo Thái Bình Dương
				☐ Dân tộc khác _____

9. **NGƯỜI SỐ 4 có dự định khai thuế liên bang NĂM TỚI không?**
(Qúy vị vẫn có thể xin bảo hiểm sức khỏe cho dù không khai thuế liên bang.)
☐ **CÓ. Nếu có,** trả lời câu a–c. ☐ **KHÔNG. Nếu không,** trả lời câu c.
a. NGƯỜI SỐ 4 có dự định khai thuế chung với người phối nhẫu không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, cho biết tên người phố ngẫu: _____
b. NGƯỜI SỐ 4 có dự định khai người ăn theo trên thuế không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, cho biết tên những người ăn theo: _____
c. NGƯỜI SỐ 4 có là người ăn theo trên giấy thuế của người khác không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, cho biết tên người đó: _____
NGƯỜI SỐ 4 này có liê n hệ như thế nào với người đứng khai thuế? _____

10. NGƯỜI SỐ 4 có thai không? ☐ Có ☐ Không **Nếu có thai,** qúy vị sắp sanh bao nhiêu em bé? _____

11. **NGƯỜI SỐ 4 có muốn bảo hiểm sức khoẻ không?**
(Ngay cả qúy vị đã có bảo hiểm rôì, chúng tôi có thể có những loại bảo biểm tốt hơn hoặc rẻ hơn.)
☐ **CÓ. Nếu có,** vui long trả lởi tất cả câu hỏi dưới đây. ☐ **KHÔNG. Nếu không,** trả lời những câu hỏi về thu nhập ở trang 5.

12. NGƯỜI SỐ 4 có bịnh tật thể xác, tâm thần, hoặc tâm lý mà gây trở ngại cho qúy vị trong những sinh hoạt (như tắm rửa, mặc quần áo, công việc hàng ngày, vv.)? ☐ Có ☐ Không **Nếu có,** qúy vị phải hoàn thành phụ lục D.

13. NGƯỜI SỐ 4 có sống trong nhà dưỡng bệnh hoặc viện dưỡng lão không? ☐ Có ☐ Không **Nếu có,** qúy vị phải hoàn thành phụ lục D.

14. NGƯỜI SỐ 4 có cần trợ giúp về những hóa đơn y tế (đã thanh toán hoặc chưa) cho những dịch vụ y tế trong 3 tháng vừa qua? ☐ Có ☐ Không

15. NGƯỜI SỐ 4 có sống chung với ít nhất một người con dưới 19 tuổ và qúy vị phải chi trả cho việc chăm sóc người con này không? ☐ Có ☐ Không

16. NGƯỜI SỐ 4 đã từng ở trong trại mồ côi vào tuổi 18 hoặc lớn hơn bao giời chưa? ☐ Có ☐ Không
a. **Nếu có,** cho biết tiểu bang? _____ b. Ng ười này đã nhận Medicaid không? ☐ Có ☐ Không c. NGƯỜI SỐ 4 rời trại mồ côi ở độ tuổi nào? _____

17. NGƯỜI SỐ 4 đã có bảo hiểm sức khỏe qua sở làm việc và hết hạn trong 6 tháng vừa qua không? ☐ Có ☐ Không
a. **Nếu có,** ngày hết hạn: _____ b. Lý do bảo hiểm hết hạn: _____

18. NGƯỜI SỐ 4 có là học sinh toàn thời gian không? ☐ Có ☐ Không

19. NGƯỜI SỐ 4 có là một công dân Mỹ hoặc mang quốc tịch Mỹ không? ☐ Có ☐ Không
Nếu có, NGƯỜI SỐ 4 đã sanh tại Mỹ hoặc một thuộc địa của Mỹ không? ☐ Có ☐ Không **Nều không,** điền thông tin của họ dưới đây (nếu đúng cho họ).
a. Số Alien _____ b. Loại giấy chứng nhận _____ c. Số giấy chứng nhận _____
Nều không, NGƯỜI SỐ 4 có là người di dân hợp pháp không? ☐ Có ☐ Không **Nếu có,** điền thông tin của họ dưới đây (nếu đúng cho họ).
a. Loại chứng từ _____ b. Ngày hết hạn của chứng từ (tháng/ngày/năm) _____
c. Số Alien, I-94, hoặc giấy chứng nhận SEVIS _____ d. Số thẻ hoặc số passport _____
e. NGƯỜI SỐ 4 đã sống tại Mỹ từ năm 1996 không? ☐ Có ☐ Không f. NGƯỜI SỐ 4 hoặc người phối ngẫy có là cha me của cựu quân nhân hoặc môt người lính Mỹ không? ☐ Có ☐ Không

NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu qúy vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào qúy vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 2: NGƯỜI SỐ 4 (Tiếp theo của NGƯỜI SỐ 4)

Công Việc Hiện Tại & Thu Nhập

☐ **Có việc làm**
Nếu NGƯỜI SỐ 4 có làm việc, thí cho biết về thu nhập. Bắt đầu từ câu 20.

☐ **Không làm việc**
Trả lời câu 30.

☐ **Làm chủ**
Trả lời câu 29.

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 1:

20. Tên và địa chỉ sở làm	21. Số điện thoại của chủ nhân

22. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) ☐ Giờ ☐ Tuần ☐ 2 tuần ☐ Hai lần trong một tháng ☐ Tháng ☐ Năm

$ _____

23. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

VIỆC LÀM HIỆN TẠI SỐ 2: (Nếu NGƯỜI SỐ 4 có nhiều việc làm hơn nữa và cần thêm khoảng trống thì kèm thêm một trang giấy.)

24. Tên và địa chỉ sở làm	25. Số điện thoại của chủ nhân

26. Tiền lương/tips (trước trừ thuế) ☐ Giờ ☐ Tuần ☐ 2 tuần ☐ Hai lần trong một tháng ☐ Tháng ☐ Năm

$ _____

27. Số giờ làm việc trung bình mỗi TUẦN

28. **Năm vừa qua, NGƯỜI SỐ 4 đã:** ☐ Thay đổi việc ☐ Ngừng làm việc ☐ Bắt đầu làm việc ít giờ ☐ Những câu trên không áp dụng

29. **Nếu làm chủ thì trả lời những câu hỏi dưới đây:**

a. Loại việc làm

_____

b. Tiền thu nhập của NGƯỜI SỐ 4 trong tháng này(tiền lời hoặc lổ vốn sau khi chi trả mọi thứ) kiếm được từ việc mìng làm chủ?

$ _____

30. **TIỀN THU NHẬP KHÁC TRONG THÁNG NÀY:** Đánh dấu những mục áp dụng cho NGƯỜI S Ố 4 và cho biết m ức độ thường xuy ên.

☐ Không có

☐ Tiền thất nghiệp **$** _____ Mức độ? _____

☐ Lương hưu trí **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền Anh Sinh Xã Hội **$** _____ Mức độ? _____

☐ Trương mục tiền hưu **$** _____ Mức độ? _____

☐ Đầu tư **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền cấp dưỡng cho trẻ **$** _____ Mức độ? _____

☐ Supplemental Security Income (SSI) **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền hỗ trợ cho trẻ **$** _____ Mức độ? _____

☐ Lương cựu chiến binh **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền học bổng/thưởng **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền tăng vốn **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền từ nông trại **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền cho thuê nhà **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền thu nhập khác Loại thu nhập: _____ **$** _____ Mức độ? _____

31. **KHẤU TRỪ:** Đánh dấu những mục áp dụng và cho biết số tiền và mức biết mức độ. Nếu NGƯỜI SỐ 4 chi phí cho một số vật mà có thể khấu trừ trên thuế liên bang, việc thông báo những tiền khấu trừ này có thể làm giảm tiền bảo hiểm hàng tháng.

GHI CHÚ: Qúy vị không nê n liệt kê nhữ ng phí tổn mà NGƯỜI SỐ 4 đã liệt kê trong phần trả lời cho phần liên quan đến việc mà qúy vị làm chủ. (Câu hỏi 27b).

☐ Tiền cấp dưỡng cho con trẻ **$** _____ Mức độ? _____

☐ Tiền lời của của tiền vay của sinh viên **$** _____ Mức độ? _____

☐ Những món khác Loại nào: _____ **$** _____ Mức độ? _____

32. **THU NHẬP HÀNG NĂM:** Chỉ hoàn tất phần này khi thu nhập thay đổi mỗi tháng. Nếu thu nhập của NGƯỜI SỐ 4 không thay đổi mỗi tháng thì đi sang câu hỏi của người kế tiếp.

Tổng thu nhập của NGƯỜI SỐ 4 cho **năm này**	Tổng thu hập của NGƯỜI SỐ 4 cho **năm tới** (nếu qúy vị cho rằng sẽ có những thay đổi)
$	**$**

CẢM ƠN! Đây là tất cả nhựng điều chúng tôi cần biết về NGƯỜI SỐ 4.

Nếu qúy vị có hơn 4 người để liệt kê, lên mạng www.medicaid.la.gov để in thêm trang giấy hoặc copy trang 8 và 9 để hòan tất.

NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu qúy vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào qúy vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 3 Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska (AI/AN) Thành Viên Gia Đình

1. **Có ai trong gia đình qúy vị ai là Người Mỹ bản sứ hoặc người bản sứ Alaska không?**

☐ **KHÔNG. Nếu không,** xuống câu 4.

☐ **CÓ. Nếu có,** Qúy v ị cần hoàn tất phu lục B.

BƯỚC 4 Bảo Hiểm Sức Khỏe của gia đình qúy vị

Trả lời những câu hõi sau dành cho những người cần bảo hi ểm sức khỏe.

1. **Có ai đăng ký bảo hiểm nào khác ngoài những bảo hiểm liệt kê dưới đây không?**

☐ **CÓ. Nếu có**, đánh dấu loại bảo hiểm và viết tên người có bảo hiểm bên cạnh loại bảo hiểm đó. ☐ **KHÔNG.**

☐ Medicaid _____

☐ CHIP _____

☐ Medicare _____

☐ TRICARE (Đừng đánh dấu nếu qúy vị có directcare hoặc Line of Duty)

_____

☐ Chương trình VA _____

☐ Peace Corps _____

☐ Bảo biểm từ việc làm _____

Tên hãng bảo hiểm: _____

Số bảo hiểm: _____

Đây có phải bảo hiểm COBRA không? ☐ Có ☐ Không

Đây có phải chương trình bảo hiểm hưu không? ☐ Có ☐ Không

☐ Bảo hiểm khác _____

Tên hãng bảo hiểm: _____

Số bảo hiểm: _____

Đây có phải loại bảo hiểm hạn chế (như loại hợp đồng tai nạn tại trường học)? ☐ Có ☐ Không

2. **Có người nào liệt kê trong đơn này được cung cấp bảo hiểm từ việc làm không?** Có thể từ việc làm của chúnh qúy vị hoặc việc làm của một người nào đó chẳng hạn vợ/chồng.

☐ **CÓ. Nếu có,** qúy vị cần hoàn tất phụ lục A.

Đây có phải bảo hiểm cung cấp cho nhân viên của tiểu bang không? ☐ Có ☐ Không

Nếu có, ai là người nhận bảo hiểm này? _____

☐ **KHÔNG. Nếu không,** tiếp tục bước 5.

BƯỚC 5 Đọc kỹ & ký đơn

- Tôi ký tên dưới đây dưới hình thức nhấp nhận hình phạt về khai man có nghĩa tôi cung cấp toàn bộ thông tin đầy đủ và đúng sự thật. Tôi biết rằng tôi có thể bị trừng phạt theo luật liên bang nếu tôi cung cấp những thông tin không đúng. Tôi hiểu rằmg những thông tin mà tôi cung cấp sẽ được kiểm tra. Tôi đồng ý để cho Medicaid thu thập những thông tin mà họ cần từ những cơ quan, sở làm việc, nơi cung cấp dịch vụ y tế, và những nơi khác.
- Tôi biết rằng tôi cần phải thông báo với Medicaid những thay đổi (và những gì khác) những gì tôi khai trong đơn này. Tôi có thể lên mạng **www.medicaid.la.gov** hoặc gọi **1-888-342-6207** để thông báo những thay đổi. Tôi hiểu một sự thay đổi có thể ảnh hưởng đến việc được cấp bảo hiểm cho gia đình tôi.
- Tôi biết dưới luật liên bang, phân biệt về màu da, sắc tộc, giới tính, tuổi, khuynh hướng tình dục, bản sắc giới tính, hoặc sự tàn tật. Tôi có thể phàn nàn về nạn phân biệt tại **www.hhs.gov/ocr/office/file**, hoặc gọi US DHHS Regional Office for Civil Rights tại **1-800-368-1019**, hoặc viết thư tới LDH tại **PO Box 4818, Baton Rouge, Louisiana 70821**.
- Tôi xác nhận rằng không một ai liệt kê trong đơn này bi tù hết(bị bắt hoặc tù), nếu có tôi phải thông báo.

Có ai đang xin bảo hiểm trong đơn này bị tù không (bị bắt hoặc tù)?

☐ Có ☐ Không **Nếu có,** ai bị tù?: _____

Chúng tôi cần biết những thô ng tin qúy vị cung cấp để xem qúy vị có được trợ giúp trả tiền cho bảo hiểm sức khỏe của qúy vị nếu qúy vị nôp đơn xin. Chúng tôi xem những câu trả lời dung những thông tin trong hệ thống điện tử của chúng tôi và của sở thuế Internal Revenue Services (IRS), Department of Homeland Security và của những văn phòng thông tin. Nếu những thông tin đó không trùng hợp, chúng tôi có thể yêu cầu qúy vị gửi bằng chứng.

NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng **www.medicaid.la.gov** hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu qúy vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào qúy vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

BƯỚC 5 Đọc kỹ & ký đơn (tiếp tục)

Việc tái xét trong những năm tương lai
Đề tiện việc xác định khả năng được trợ giúp chi trả cho bảo hiểm sức khỏe, tôi đồng ý cho phép văn phòng Medicaid sử dụng trữ liệu về thu nhập lấy được từ giấy thuế. Medcaid sẽ gửi thông báo cho tôi, để tôi làm chững thay đội và tôi có thể rút lui bất kỳ lúc nào.

☐ Được, hãy tái xét đơn một cách tự động trong (đánh dấu một ô): ☐ 5 năm ☐ 4 năm ☐ 3 năm ☐ 2 năm ☐ 1 năm
☐ Không, không dùng thông tin trên giấy thuế để tái xét đơn.

Nếu một người nào trong đơn này được chấp thuận Medicaid

- Tôi ùy quyền cho Medicaid những quyền lợi của chúng tôi về việc theo đuổi và lấy lại tiền từ những hãng bảo hiểm khác, những điều đình hợp lệ, hoặc những hãng khác.Tôi cũng ủy quyền cho Medicaid theo đuổi và lấy tiền và bảo hiểm từ vợ/chồng hoặc cha mẹ.

Tôi hiểu tôi sẽ bị yêu cầu hợp tác với cơ quan mà giúp tôi lấy tiền và bảo hiểm từ người cha/mẹ vắng mặt.Nếu tôi cho rằng việc hợp tác để yêu cầu trợ cấp bảo hiểm có hại cho tôi và con tôi thì tôi có thể cho cơ quan này biết tôi có thể không hợp tác.
☐ Đồng ý ☐ Không đồng ý *(Nếu không đồng ý có thể ảnh hưởng viêc được cấp Medicaid.)*

Thu Hồi Tàn Sản
Tôi hiểu rằng luật thu hồi tài sản yêu cầu Louisiana Medicaid được lấy lại một số chi trả từ tài sản của người xin đơn. Những chi trả này bao gồm tổng số chi trả cho dịch vụ dưỡng lão, bịnh viện, chi trả HCBS hoặc PACE , hoặc tiền đơn thuốc mà những người 55 tuổi hoặc lớn hơn đã nhận. Đây là những tài sản được làm chủ bởi lúc từ trần. Medicaid sẽ không yêu cầu khi người xin đơn hoặc vợ/chồng người xin đơn còn sống. Medicaid sẽ không yêu cầukhi người xin đơn có con nhỏ đưới tuổi 21, bị mù hoặc tàn tật. Việc thu hối sẽ không được thực hiện nếu không phải những chi phí có hiệu qủa để Medicaid thực hiện hoặc gây khó khăn cho người thừ kế tài. Khó khan cò thể xảy ra nếu tài sản là nguồn thu nhập duy nhất của người thừa kế, hoặc là nguồn thu nhập giới hạn, hoặc có những trường hợp thỏa đáng.

Quyền khiếu nại của tôi
Nếu tôi cho rằng Health Insurance Marketplace hoặc Louisiana Medicaid đã làm sai , tôi có thể khiếu nại quyết định đó. Việc khiếu nại có nghĩa là báo cho nhân viên của Health Insurance Marketplace hoặc Medicaid rằng quyết định đã sai và yêu cầu môt cuôc xem xét lại quyết định đó. Tôi hiểu tôi có thể gọi Medicaid tại số **1-888-342-6207** để khiếu nại. Tôi biết tôi có thể được đại diện bời môt người ngoài tôi ra trong cuộc khiếu nại. Khả năng được chấp thuận bảo hiểm hoặc những thông tin khác sẽ được giải thích cho tôi.

Ký tên vào đơn
Người hoàn tất Bước 1 nên ký tên vào đơn. Nếu qúy vị là người đại diện thí có thể ký tên nếu như qúy vị cung cấp những thông tin được yêu cầu ở phụ lục C.

Chữ ký	Ngày (tháng/ngày/năm)

BƯỚC 6 Đệ trình đơn đã hoàn tất

Gửi đơn đã được ký tới:

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

Fax đơn đã được ký tới:

1-877-523-2987

NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng www.medicaid.la.gov hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu qúy vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào qúy vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

PHỤ LỤC A

Bảo Hiểm Sức Khỏe Từ Việc Làm

Qúy vị **KHÔNG** cần trả lời những câu hỏi ngoại trừ có người trong gia đình nhận bảo hiểm sức khỏe từ việc làm. Gửi kèm một trang khác cho mỗi việc mà cung cấp bảo hiểm sức khỏe.

Cho chúng tôi biết **những việc làm** mà cung cấp bảo hiểm.

Cầm Dụng Cụ Bảo Hiểm Cơ Sở ở trang kế đến sở làm việc mà cung cấp bảo hiểm để giúp qúy vị trả lời những câu hỏi. Qúy vị chỉ cần kèm trang này khi gửi đơn, không cần tờ Dụng Cụ Bảo Hiểm Cơ Sở.

Thông tin của NGƯỜI LÀM VIỆC

1. Tên người làm việc (Tên gọi, Tên lót, Tên họ)	2. Số Anh Sinh Xã Hội của người đi làm

Thông tin SỞ LÀM

3. Tên sở làm	4. Số Nhận Dạng Nhân Viên (EIN)
5. Địa chỉ	6. Số điện thoại

7. Thành phố	8. Bang	9. ZIP

10. Chúng tôi có thể liê n lạc với người nào về bảo hiểm từ việc làm này?

11. Số điện thoại (nếu khác ở trên)	12. E-mail

13. **Qúy vị có được cung cấp bảo hiểm từ sờ làm việc này hoặc qúy vị sẽ được cấp bảo hiểm trong 3 tháng tới không?**

☐ **Có** (tiếp tục)

13a. Nếu qúy vị đang chờ đợi hoặc trong thời gian bị cấm, khi nào qúy vị sẽ đang ký bảo hiểm? _____ (tháng/ngày/năm)

Liệt kê tên những người được cấp bảo hiểm từ sở làm này.

Tên: _____ Tên: _____ Tên: _____

☐ **Không** (Dừng ở đây và trả lời Bước 5 trong đơn này)

Cho chúng tôi biết về **hợp đồng bảo hiểm** được cung cấp từ sờ làm này.

14. Sở làm này có cung cấp hợp đồng bảo hiểm đủ tiêu chuẩn cần thiết không*? ☐ Có ☐ Không

15. Cho một hợp đống bảo hiểm rẻ nhất mà đủ tiêu chuẩn **chỉ dành cho người làm việc thôi** (đừng kèm hợp đồng của gia đình): Nếu sở làm cung cấp chương trình sức khỏe, cho biết số tiền người làm việc phải trả và nếu người này đã nhận tiền giảm giá cho chương trình cai thuốc lá và không nhận được tiền giảm gía cho bất cứ chương trình sức khỏe nào khác.

a. Người này phải trả bao nhiêu cho hợp đồng này? **$** _____

b. Bao lâu? ☐ Tuần ☐ 2 tuần ☐ 2 lần trong tháng ☐ 1 lần trong tháng ☐ 3 tháng ☐ Năm

16. Sở làm việc sẽ có những thay đổi cho hợp đồng năm nay không (nếu biết)?

☐ Sở làm không cung cấp bảo hiểm sức khỏe.

☐ Sở làm sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm cho nhân viên hoặc thay đổi tiền lệ phí cho hợp đồng gía rẻ nhất cho nhân viên đủ tiêu chuẩn*. (Tiền lệ phí cho biết số tiền giảm gía cho chương trình sức khỏe. (Xem câu hỏi 15.)

a. Người này phải trả bao nhiêu cho hợp đồng này? **$** _____

b. Bao lâu? ☐ Tuần ☐ 2 tuần ☐ 2 lần trong tháng ☐ 1 lần trong tháng ☐ 3 tháng ☐ Năm

Ngày thay đổi (tháng/ngày/năm): _____

* Môt hợp đồng tài trợ bởi sở làm mà đạt "đủ tiêu chuẩn" nếu như hợp đồng chia sẻ không dưới 60% tiền dịch vụ (Section 36B(c)(2)(C)(ii) of the Internal Revenue Code of 1986)

NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng **www.medicaid.la.gov** hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu qúy vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào qúy vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

DỤNG CỤ BẢO HIỂM CƠ SỞ

Sử dụng dụng cụ này để giúp trả lời câu hỏi ở phụ lục A về bất cứ bảo hiểm sức khỏe nào qúy vị nhận được (ngay cả bảo hiểm nhận từ sờ làm của cha me hoặc vợ chồng). Thông tin trong những hộp được đánh số dưới đây trùng hợp với những hôp ở phụ lục A. Vi dụ: câu trả lời cho câu 14 trong trang này sẽ trùng với câu hỏi 14 ờ phụ lục A.

Viết tên và Số Anh Sinh Xã Hội trong hộp 1 và 2 và yêu cầu sở làm hoàn thành phần còn lại của form. Hoàn thành mỗi dụng cụ cho mỗi cơ sở mà cung cấp bảo hiểm.

Thông tin NGƯỜI LÀM VIỆC

Người đi làm cần hoàn thành phần sau đây.

1. Tên người làm việc (Tên gọi, Tên lót, Tên họ)	2. Số Anh Sinh Xã Hội của người đi làm

Thông tin SỞ LÀM

Hỏi **sở làm** cho những thông tin sau.

3. Tên sở làm	4. Số Nhận Dạng Nhân Viên (EIN)
5. Địa chỉ	6. Số điện thoại

7. Thành phố	8. Bang	9. ZIP

10. Chúng tôi có thể liê n lạc với người nào về bảo hiểm từ việc làm này?

11. Số điện thoại (nếu khác ở trên)	12. E-mail

13. **Qúy vị có được cung cấp bảo hiểm từ sờ làm việc này hoặc qúy vị sẽ được cấp bảo hiểm trong 3 tháng tới không?**

☐ **Có** (Tiếp tục)

13a. Nếu qúy vị đang chờ đợi hoặc trong thời gian bị cấm, khi nào qúy vị sẽ đang ký bảo hiểm? (tháng/ngày/năm) _____

☐ **Không** (DỪNG ờ đây và trả form này cho người đi làm)

Cho chúng tôi biết về **hợp đồng bảo hiểm** được cung cấp từ sờ làm này.

Sở làm có cung cấp bảo hiểm cho vợ/chồng hoặc người ăn theo không?

☐ Có ☐ Không **Nếu có**, ai được cấp? ☐ Vợ/chồng ☐ Người ăn theo

14. Sở làm có cung cấp hợp đồng bảo hi ểm đủ tiêu chuẩn cần thiết không*?

☐ Có (Đi tới câu 15) ☐ Không (DỪNG ờ đay và trả form này cho người đi làm)

15. Cho một hợp đống bảo hiểm rẻ nhất mà đủ tiêu chuẩn **chỉ dành cho người làm việc thôi** (đừng kèm hợp đồng của gia đình): Nếu sở làm cung cấp chương trình sức khỏe , cho biết số tiền người làm việc phải trả và nếu người này đã nhận tiền giảm giá cho chương trình cai thuốc lá và không nhận được tiền giảm gía cho bất cứ chương trình sức khỏe nào khác.

a. Người này phải trả bao nhiêu cho hợp đồng này? **$** _____

b. Bao lâu? ☐ Tuần ☐ 2 tuần ☐ 2 lần trong tháng ☐ 1 lần trong tháng ☐ 3 tháng ☐ Năm

Nếu hợp đồng sẽ kết thúc sớm và qúy vị biết rằng hợp đồng được cấp sẽ thay đổi, trả lời câu 16. Nếu qúy vị không biết thì DỪNG tại đây và trả form này cho người đi làm.

16. Sở làm việc sẽ có những thay đổi cho hợp đồng năm nay không?

☐ Sở làm không cung cấp bảo hiểm sức khỏe

☐ Sở làm sẽ bắt đầu cung cấp bảo hiểm cho nhân viên hoặc thay đổi tiền lệ phí cho hợp đồng gía rẻ nhất cho nhân viên đủ tiêu chuẩn*. (Tiền lệ phí cho biết số tiền giảm gía cho chương trình sức khỏe. (Xem câu hỏi 15.)

a. Người này phải trả bao nhiêu cho hợp đồng này? **$** _____

b. Bao lâu? ☐ Tuần ☐ 2 tuần ☐ 2 lần trong tháng ☐ 1 lần trong tháng ☐ 3 tháng ☐ Năm

Ngày thay đổi (tháng/ngày/năm): _____

* Môt hợp đồng tài trợ bởi sở làm mà đạt "đủ tiêu chuẩn" nếu như hợp đồng chia sẻ không dưới 60% tiền dịch vụ (Section 36B(c)(2)(C)(ii) of the Internal Revenue Code of 1986)

NẾU CẦN GIÚP ĐỠ ĐIỀN ĐƠN? Lên mạng **www.medicaid.la.gov** hoặc gọi số **1-888-342-6207**. Nếu qúy vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh, gọi số **1-888-342-6207** và nói với nhân viên ngôn ngữ nào qúy vị cần. Chúng tôi sẽ trợ giúp miễn phí. Người dung ĐT chữ nổi thì gọi số **1-800-220-5404**.

PHỤ LỤC B

Mỷ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska (AI/AN) Thành Viên Gia Đình

Hoàn thành phụ lục này nếu qúy vị hoặc những thành viên trong gia đình là người Mỷ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska. Nộp phần này cùng Đơn xin Bảo Hiểm Sức Khỏe.

Cho chúng tôi biết về những thành viên trong gia đình là Mỷ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska.

Những người Mỷ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska có thể không phải trả tiền lệ phí và có thể được hưởng thời gian đang ký đạc biệt. Trả lời những câu sau đây để cho gia đình qúy vị được trợ giúp.

GHI CHÚ: Nếu qúy vị có thêm người cần liêt kê thì bản sao trang này và gửi kèm.

	AI/AN NGƯƠI SỐ 1	AI/AN NGƯƠI SỐ 2
1. Tên	Tên gọi Tên lót Tên họ	Tên gọi Tên lót Tên họ
2. Có phải là thành viên bộ tộc liên bang không?	☐ Có **Nếu phải**, tên bộ tộc là gì? _____ ☐ Không	☐ Có **Nếu phải**, tên bộ tộc là gì? _____ ☐ Không
3. Người này có bao giờ được cấ những dịch vụ từ Indian Health Service, môt chương trình sức khỏe bộ tộc cho người Bản Xứ, hoặc một chương trìnhsức khỏe đô thị hoặc qua một trong những chương trình như trên?	☐ Có ☐ Không **Nếu không**, Người này s ẽ được cấp những dịch vụ từ Indian Health Service, môt chương trình sức khỏe bộ tộc cho người Bản Xứ, hoặc một chương trìnhsức khỏe đô thị hoặc qua một trong những chương trình như trên? ☐ Có ☐ Không	☐ Có ☐ Không **Nếu không**, Người này s ẽ được cấp những dịch vụ từ Indian Health Service, môt chương trình sức khỏe bộ tộc cho người Bản Xứ, hoặc một chương trìnhsức khỏe đô thị hoặc qua một trong những chương trình như trên? ☐ Có ☐ Không
4. Một vài món tiền nhận được sẽ không bị tính. Cho biết bất cứ thu nhập nào (số lượng và mức độ) qúy vị liệt kê trong đơn và nguồn gốc của chúng. Đánh dấu những mục áp dụng cho qúy vị và cho biết số lượng và mức độ.	☐ Số tiền nhận từng đầu người từ bộ tộc qua những nguồn như tài sản thiên nhiên, quyền sử dụng, thuê, hoặc bản quyền **$** _____ Mức độ? _____ ☐ Số tiền nhận từ tài sản thiên nhiên, nông trại, trang trại, đánh cá, hợp đồng, hoặc tiền bản quyền từ đất của người Bản Xý xác định bởi Department of Interior (bao gồm bảo tồn và việc bảo tồn trước đây) **$** _____ Mức độ? _____ ☐ Tiền có được từ việc bán những di sản văn hóa **$** _____ Mức độ? _____	☐ Số tiền nhận từng đầu người từ bộ tộc qua những nguồn như tài sản thiên nhiên, quyền sử dụng, thuê, hoặc bản quyền **$** _____ Mức độ? _____ ☐ Số tiền nhận từ tài sản thiên nhiên, nông trại, trang trại, đánh cá, hợp đồng, hoặc tiền bản quyền từ đất của người Bản Xý xác định bởi Department of Interior (bao gồm bảo tồn và việc bảo tồn trước đây) **$** _____ Mức độ? _____ ☐ Tiền có được từ việc bán những di sản văn hóa **$** _____ Mức độ? _____

PHỤ LỤC C

Việc Trợ Giúp Hoàn Thành Đơn

Việc trợ giúp hoàn thành đơn.

Qúy vị có thể cho phép một người được tin tưởng liên lạc với chúng tôi, theo giõi thông tin, giúp qúy vị về đơn này bao gồn thu thập thông tin, ký đơn cho qúy vị. Người này được gọi là ”người đại diện”. Nếu qúy vị cần thay đổi người đại diện thì lien l5c Medicaid. Nếu qúy vị là người đại diện có thẩm quyền cho một người trong đơn này, cho biết những thông tin cùng đơn.

1. Tên người đại diện (Tên gọi, Tên lót, Tên họ)		
2. Địa chỉ		3. Số căn hộ hoặc bộ số
4. Thành phố	5. Bang	6. ZIP
7. Số điện thoại		
8. Tên của tổ chức		9. Số ID (nếu có)

Bằng việc ký tên, qúy vị cho phép người đại diện ký tên thay cho qúy vị, thu thập thông tin chính thức về đơn này và giúp qúy vị về mọi việc trong tương lai.

10. Chữ ký của qúy vị	11. Ngày tháng (tháng/ngày/năm)

Chỉ dành cho Medicaid Application Centers.

1. Ngày nộp đơn (tháng/ngày/năm)	
2. Tên gọi, Tên lót, Tên họ, & Hậu tố	
3. Tên của tổ chức	4. Số ID (nếu có)

PHỤ LỤC D

Tài Sản Cá Nhân *(tùy chọn)*

Hoàn tất bảng này nếu người nộp đơn bị tàn tật, bịnh tâm thần, hoặc bị thần kinh mà dẫn đến hạn chế trong sinh hoạt như (tắm giặt, thay quần áo, công việc thường ngày), hoặc người nộp đơn đang sống trong viện dưỡng lão hoặc trung tâm y tế, được 65 tuổi hay lớn hơn.

CÓ AI TRONG GIA ĐÌNH QÚY VỊ LAM CHỦ...	GIÁ TRỊ TÀI SẢN *(trị giá được phỏng đoán)*	MÔ TẢ TÀI SẢN NÀY *(bao gồn tên nhà băng hoặc tên các công ty)*
Tài khoản kiểm tra ☐ Có ☐ Không Ai làm chủ? _____	$ _____	
Tài khoản tiết kiệm ☐ Có ☐ Không Ai làm chủ? _____	$ _____	
Xe ☐ Có ☐ Không Ai làm chủ? _____	$ _____	
Địa ốc khác ngoài căn nhà của qúy vị ☐ Có ☐ Không Ai làm chủ? _____	$ _____	
Hộp an toàn (CDs) ☐ Có ☐ Không Ai làm chủ? _____	$ _____	
Niên kim, trusts, cổ phiếu, trái phiếu, tài khoản hưu trí ☐ Có ☐ Không Ai làm chủ? _____	$ _____	
Bảo hiển nhân thọ hoặc chôn cất ☐ Có ☐ Không Ai làm chủ? _____	$ _____	
Tiền để dành cho mai táng hoặc hợp đồng ☐ Có ☐ Không Ai làm chủ? _____	$ _____	
Hộp an toàn ☐ Có ☐ Không Ai làm chủ? _____	$ _____	
Thứ khác (Cho biết chi tiết) ☐ Có ☐ Không Ai làm chủ? _____	$ _____	

PHỤ LỤC E

Chọn Health Plan

Hầu hết những người nhận Medicaid hoặc LaCHIP cần chọn một Health Plan. Môt Health Plan là một nhóm bác sĩ, y tá, hoặc nhân viên làm việc chung với nhau để cung cấp dịch vụ y tế. Hãy đọc thông tin về những Health Plans khác nhau tại **www.healthy.la.gov**. Nếu qúy vị biết Health Plan nào qúy vị muốn thì hãy chọn bây giờ. Nếu qúy vị không chọn và qúy vị cần nằm trong một Health Plan thì chúng tôi sẽ chọn cho qúy vị.

Plan nào thì phù hợp cho qúy vị?

Tất cả Health Plans đều cung cấp những dịch vụ y tế giống nhau. Một vài công ty thi cung cấp thêm một số lợi ích. Qúy vị có thể chon Health Plan khác nhau cho từng người được nhận Medicaid toàn phần.

Việc chọn một Plan

1. Khi chọn một Plan, việc đầu tiên là xem coi bác sĩ của qúy vị có năm trong plan đó hay không. Liên lạc bác sĩ để xem họ nhận plan nào.
2. Để biết thêm chi tiết về health plan nào qúy vị muốn chọn, lên mạng **www.healthy.la.gov** hoặc gọi số **1-855-229-6848**.

GHI CHÚ: Nếu qúy vị chọn Health Plans cho ai thi gửi kèm phụ lục này với đơn xin.

Tôi muốn chọn plan sau đây cho người đang xin bảo hiểm:

TÊN NGƯỜI XIN BẢO HIỂM	ĐÁNH DẤU MỘT PLAN CHO NGƯỜI XIN BÀO HIỂM *(Vui lòng chọn MỘT plan cho từng người)*
	☐ 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

Nếu qúy vị có thêm người để gửi kèm thì lên mạng www.medicaid.la.gov Nếu qúy vị có thêm người để gửi kèm thì lên mạng.

STATE OF LOUISIANA
VOTER REGISTRATION AGENCIES
DECLARATION FORM

If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today? (Check one)

☐ I want to register to vote. ☐ I do not want to register to vote.

IF YOU DO NOT CHECK EITHER BOX, YOU WILL BE CONSIDERED TO HAVE DECIDED NOT TO REGISTER TO VOTE AT THIS TIME.

Applying to register or declining to register to vote **will not** affect the amount of assistance that you will be provided by this agency. Voter eligibility requirements are found on the voter registration application form.

Note: If you do register to vote, the location where your application was submitted will remain confidential. If you decline to register to vote, this fact will remain confidential. Applying to register or declining to register to vote will be used **only** for voter registration purposes.

If you would like help in filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private. (Check one)

☐ **Yes, I would like help.** ☐ **No, I do not want help.**

For assistance in completing the voter registration application form outside our office, contact Louisiana Department of Health and hospitals at 1-888-342-6207.

If completed outside our office, this declaration form and your completed voter registration application form (if you filled one out) should be returned to P.O. Box 91278 Baton Rouge, LA 70821-9278.

Signature or Mark **Name Typed or Printed** **Date**

Signatures of Two Witnesses If Signed With Mark:

1) _____ 2) _____

COMPLAINTS

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with the Louisiana Secretary of State, Commissioner of Elections, P.O. Box 94125, Baton Rouge, LA 70804-9125 or by calling (225) 922-0900 or 1-800-883-2805.

Comments/Remarks (for official use only):

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**