

DEPARTAMENTO DE SALUD DE LOUISIANA

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE CONTACTO

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

| | | |
|--------------|--------------------------|----------------------|
| Nombre: | | |
| Medicaid ID: | Número de seguro social: | Fecha de nacimiento: |

CAMBIO DE INFORMACIÓN DE CONTACTO:

| | | | |
|--|------------|--|----------------------|
| DIRECCIÓN DE CASA: | Dirección: | | Número de apt/suite: |
| | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| DIRECCIÓN POSTAL: <i>(si es diferente de la dirección de casa)</i> | Dirección: | | Número de apt/suite: |
| | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Celular: | | Correo electrónico: | |
| Teléfono de casa/alternativo: | | ¿Quiere recibir información de Medicaid por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

FIRME ESTE FORMULARIO:

Firmando este formulario, autorizo al estado de Luisiana y a sus agentes a verificar la información dada en este formulario. Bajo pena de perjurio, certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Debe firmarse a mano. No se aceptará firma digital ni electrónica.

EL FORMULARIO SE PUEDE ENVIAR:

 Por correo electrónico a MyMedicaid@la.gov

 Por fax al **1-877-523-2987**