

DEPARTAMENTO DE SALUD DE LUISIANA

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**