

**1. Información del niño/joven**

Nombre Legal \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Segundo Nombre)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Mes) (Día) (Año) Sexo:  Varón  Mujer

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

¿Vive en Illinois?  Sí  No

¿Es ciudadano de Estados Unidos?  Sí  No → Si no, ¿Ha sido admitido de forma permanente a EE. UU.?  Sí  No

**2. Padre o tutor legal aplicando (generalmente es la persona que está llenando el formulario)**

Nombre Legal \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Segundo Nombre)

Parentesco:  Padre  Madre  Otro \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Mes) (Día) (Año)

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ (Casa) ( ) \_\_\_\_\_ (Trabajo) ( ) \_\_\_\_\_ (Celular) ( ) \_\_\_\_\_ (Otro)

Núm. de Seguro Social  -  -  OR

Número Individual de Identificación Fiscal #  -  -

Dirección:  Verifique si mismo que el anterior Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

¿Vive en Illinois?  Sí  No

¿Es ciudadano de Estados Unidos?  Sí  No → Si no, ¿Ha sido admitido de forma permanente a EE. UU.?  Sí  No

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

¿Tiene la tutela legítima?  Sí  No, explique \_\_\_\_\_

**3. Información Sobre el Otro Padre/Madre o Tutor Legal (si corresponde)**

Nombre Legal \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Segundo Nombre)

Parentesco:  Padre  Madre  Otro \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Mes) (Día) (Año)

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ (Casa) ( ) \_\_\_\_\_ (Trabajo) ( ) \_\_\_\_\_ (Celular) ( ) \_\_\_\_\_ (Otro)

Núm. de Seguro Social  -  -  OR

Número Individual de Identificación Fiscal #  -  -

Dirección:  Verifique si mismo que el anterior Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

¿Vive en Illinois?  Sí  No

¿Es ciudadano de Estados Unidos?  Sí  No → Si no, ¿Ha sido admitido de forma permanente a EE. UU.?  Sí  No

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

¿Tiene la tutela legítima?  Sí  No, explique \_\_\_\_\_

**4. Comprobante de Ingresos Requerido**

All Kids/Medicaid

Póliza de Seguro de Salud: Identificación de Seguro # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Nombre del poseedor de la póliza \_\_\_\_\_ Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Teléfono de Servicios al Cliente \_\_\_\_\_ (Si es posible, se a djunta una copia de su tarjeta de seguro)

### 5. Prueba de Ingresos (marque sólo UNA casilla)

Cuidado Especializado para Niños utiliza la declaración de impuestos federales para determinar la elegibilidad financiera. Puede ser necesaria otra prueba como se describe a continuación. Marque sólo UNA de las siguientes casillas y presente el comprobante de ingresos enumerados para usted/su cónyuge, el niño en nuestro programa y cualquier familiar a su cargo.

- He presentado una Declaración de Impuestos Federales actual - Enviar una copia actual de su Declaración de Impuestos Federales. (ejemplo: 1040, 1040EZ)
- Todavía no he presentado una Declaración de Impuestos Federales actual - Enviar una copia de su Declaración de Impuestos Federales del año anterior. (ejemplo: 1040, 1040EZ)
- No estoy obligado a presentar una Declaración de Impuestos Federales - Enviar comprobantes de salarios (de dos [2] períodos de pago seguidos dentro de dos [2] meses desde la fecha de esta solicitud).
- Yo no estoy obligado a presentar una Declaración de Impuestos Federales y no recibo declaraciones de sueldo - Indique la fuente y el monto de su ingreso familiar: \_\_\_\_\_
- Estoy inscrito en el Programa de Hemofilia de Illinois - Enviar una copia de su carta de elegibilidad para el Programa de Hemofilia de Illinois. También puede enviar un formulario de impuestos actual para ver si usted es elegible para recibir ayuda financiera de hasta por dos (2) años.

### 6. Información Económica Adicional (complete SOLAMENTE si es aplicable)

Si su familia tuvo una pérdida permanente de empleo, divorcio, muerte del cónyuge o si usted y su cónyuge están viviendo en casas separadas desde el período cubierto por la declaración de impuestos presentada con esta aplicación-explique el evento, incluyendo la fecha en que ocurrió: \_\_\_\_\_

### 7. Tamaño de la Familia

Por favor lístese usted, **TODOS los niños y otros miembros de su hogar** que usted mantiene financieramente (Adjunte una hoja adicional si es necesario)

Nombre (nombre, inicial 2° nombre, apellido)	Relationship (p. ej. hijo, hija, hijastro, abuelo)	Fecha de Nacimiento	SOLO PARA USO DE OFICINA
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<b>Tamaño Total de la Familia</b>			_____
<b>Iniciales</b>			_____

### 8. ¿Está involucrado en una acción legal en relación con la atención médica que usted/hijo(a) recibió? Sí No

### 9. Certificación de la Información Financiera (por favor léalo y fírmelo)

Entiendo que proporcionar información falsa puede resultar en la pérdida inmediata de cualquier tipo de asistencia financiera proporcionada por UIC - Cuidado Especializado para Niños además de aviones legales para recuperar los fondos previamente pagados por UIC - Cuidado Especializado para Niños.

(Marque sólo una casilla para cada firma)

_____	<input type="checkbox"/> Prueba de Ingresos Enviado	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> No Ingreso Recibido	_____
Firma del Padre/Madre o Tutor Legal Aplicando				Fecha
_____	<input type="checkbox"/> Prueba de Ingresos Enviado	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> No Ingreso Recibido	_____
Firma del Padre/Madre o cónyuge del Tutor Legal Aplicando				Fecha
_____	<input type="checkbox"/> Prueba de Ingresos Enviado	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> No Ingreso Recibido	_____
Firma del Niño en Nuestro Programa (16 años en adelante)				Fecha