

1. Información del Niños(a)/Jóven (Participante)

Nombre Legal _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo)

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Femenino
(Mes) (Día) (Año)

Dirección de la Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

¿Vive en Illinois? Sí No
¿Es ciudadano de EE. UU.? Sí No → Si no, ¿fue admitido legalmente a los Estados Unidos? Sí No

2. Adulto legalmente responsable que presenta la solicitud

Relación: Padre Madre Tutor Legal Por sí mismo (si tiene más de 18 años, está casado o emancipado legalmente)

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Unión Civil

Teléfono (____) _____ (____) _____ (____) _____ (____) _____
(Casa) (Trabajo) (Celular) (Otro)

Número de Seguro Social o Número de identificación tributaria individual - -

Correo Electrónico _____

Si la siguiente información está en la sección #1, continúe a la sección #4

Nombre Legal _____
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Dirección de la Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

¿Vive en Illinois? Sí No ¿Es ciudadano de EE UU.? Sí No →
Si no, ¿fue admitido legalmente a los Estados Unidos? Sí No → Si no, se requiere prueba de residencia de IL

3. Otro Adulto Legalmente Responsable (Que Viva o no en la Casa)

No disponible o fallecido (continúe en la sección #4)

Relación: Padre Madre Tutor Legal

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Unión Civil

Nombre Legal _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

¿Vive en Illinois? Sí No ¿Es ciudadano de EE UU.? Sí No →
Si no, ¿fue admitido legalmente a los Estados Unidos? Sí No (no requiere documentación)

Compruebe si la dirección es la misma que la anterior (continúe a la sección #4)

Dirección de la Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

4. Cobertura de Seguro para el/la Niño(a)/Joven (Participante)

All Kids/Medicaid

Política de Seguro Médico: N.º de identificación del Seguro _____ N.º de grupo _____

Nombre del titular de la póliza _____ Empresa de seguros _____

Teléfono de Servicios al Cliente _____ Dirección _____

Existe una segunda póliza de seguro de salud - **Si es posible, adjunte una copia de su (s) tarjeta (s) de seguros**

No existe una póliza de seguro

5. Tamaño del Hogar - Con base en la persona que aparece en la sección #2

Si usted es el participante, inclúyase usted, su cónyuge e hijos dependientes económicamente.

Si usted es padre, madre o tutor legal del participante, enumere al participante, a usted, al otro padre, madre o padrastro, madrastra que vive con usted y a los hijos dependientes económicamente. (Adjunte hojas adicionales si es necesario)

Nombre (Primero, inicial del segundo nombre y apellido)	Relación con Usted	Fecha de Nacimiento	Estudiante tiempo completo	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"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tamaño Total de la Familia _____
Iniciales _____

6. Prueba de Ingresos (marque solo UNA casilla)

Marcar solo UNA de las siguientes casillas y presente los documentos mencionados suyos y de cualquier otro adulto listado en la sección #5.

- El participante tiene All Kids o Medicaid - No es necesario el papeleo.
- He presentado una declaración de impuestos federales de Ingresos actual - Envíe una copia de su declaración del impuestos sobre la renta federales actual. (ejemplo: 1040, 1040EZ)
- No estoy obligado a presentar una declaración de Impuestos Federales - Envíe las declaraciones de salario (comprobantes de pago) de 2 períodos de pago seguidos dentro de un plazo de 2 meses a partir de la fecha de esta solicitud.
- No estoy obligado a presentar una declaración de impuestos federales y no recibo declaraciones de salario - **Enumere el origen y la cantidad del ingreso del hogar:** _____
- Estoy inscrito en el Programa de Hemofilia de Illinois - Envíe una copia de su carta de elegibilidad del Programa de Hemofilia de Illinois.

7. Información Financiera Adicional (complete SOLO si procede)

Si su familia tiene una pérdida de trabajo, reducción de ingresos, divorcio, muerte de su cónyuge o usted y su cónyuge se separan y están viviendo en casas separadas - explique el evento incluyendo la fecha en la que ocurrió: _____

8. ¿Existe alguna medida legal con respecto a la atención médica del niño/joven que presenta la solicitud?

- Sí - Se requiere un formulario adicional No

9. Certificación de Información Financiera (por favor lea y firme)

Entiendo que proporcionar información falsa puede provocar la pérdida inmediata de cualquier ayuda financiera proporcionada por Specialized Care for Children y una acción legal para recuperar cualquier cantidad abonada previamente por Specialized Care for Children.

Esta solicitud refleja con exactitud mis ingresos _____
Firma del adulto legalmente responsable de la solicitud *Fecha*

Esta solicitud refleja con exactitud mis ingresos _____
Firma del cónyuge u otro adulto legalmente responsable que vive en el mismo hogar *Fecha*