

(ADULTO LEGAL RESPONSABLE PARTICIPANTE)

1. Su información (participante)

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

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

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 _____

2. Cobertura del seguro

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

3. Tamaño del hogar (No es necesario si como verificación de ingresos utiliza All Kids o la carta de Hemofilia)

Inclúyase usted, su cónyuge y los hijos que tiene financieramente a cargo y que comparten el mismo hogar.
(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				_____

4. Prueba de Ingresos

Marque UNA de las siguientes casillas y presente los documentos solicitados para usted y su cónyuge.

- 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.
- No estoy obligado a presentar una declaración de Impuestos Federales - Envíe las declaraciones de salario (comprobantes de pago) de 2 periodos 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.

5. 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: _____

6. ¿Existe alguna acción legal con respecto a la atención médica?

- Sí - Se requiere un formulario adicional No

7. 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. Al firmar a continuación doy fe de que esta solicitud refleja mis ingresos con exactitud.

Firma del participante

Fecha

Firma del cónyuge si vive en el mismo hogar

Fecha