

**(PADRE O MADRE RESPONSABLE LEGAL PARTICIPANTE)**

**1. Información del Niños(a)/Jóven (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

**2. Adulto legalmente responsable que presenta la solicitud**

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

Dirección de la Calle \_\_\_\_\_

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

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

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado  Unión Civil

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

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

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

¿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)**

Si no aplica, no está disponible o está fallecido, continúe en la sección #4

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

Dirección de la Calle \_\_\_\_\_

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

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

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado  Unión Civil

Relación:  Padre  Madre  Tutor Legal

¿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)

**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

**(Frente - Debe Firmarse al Dorso)**

**5. Tamaño del hogar - Con base en la persona que aparece en la sección #2 (No es necesario si como verificación de ingresos utiliza All Kids o la carta de Hemofilia)**

Inclúyase en la lista usted, al participante, al otro padre, padrastro o madrastra e hijos dependientes del participante que usted apoya financieramente y que comparten el mismo hogar.

| 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"/> |
|   |                    |                     | <b>Tamaño Total de la Familia</b> | _____                    |
|   |                    |                     | <b>Iniciales</b>                  | _____                    |

**6. Prueba de Ingresos**

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

\_\_\_\_\_  
Firma del adulto legalmente responsable de la solicitud

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge u otro adulto legalmente responsable que vive en el mismo hogar

\_\_\_\_\_  
Fecha