



Estado de Illinois  
Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias

## PAGOS DE PRIMAS PARA SEGURO DE SALUD (HIPP) - REMISIÓN

SI USTED TIENE UNA CONDICIÓN MÉDICA DE ALTO COSTO Y TIENE SEGURO MÉDICO DE GRUPO A SU DISPOSICIÓN, SE REQUIERE QUE COMPLETE ESTE FORMULARIO PARA SER ELEGIBLE PARA ASISTENCIA MÉDICA

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_ RIN #: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona con el condition médica alto costo \_\_\_\_\_

La condición médica de alto costo es \_\_\_\_\_

### **Información de contacto de la persona que mantiene la cobertura de seguro de salud para el solicitante:**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

SSN 

--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Teléfono # \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Autorizo HFS para obtener, según sea necesario, cualquier información con respecto a mi cobertura de seguro de salud que se puede utilizar para determinar si HFS pagará una parte o la totalidad de mis primas de seguro.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Información de la persona de contacto autorizada**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Autorizo al Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias para obtener, según sea necesario, cualquier información con respecto a mi o condición de salud o seguro de cobertura de mi familia, incluyendo los beneficios y / o el pago de la atención médica, los cuales pueden ser utilizados para determinar si HFS pagará las primas de seguro de salud para la cobertura continuada. Si soy o un miembro de mi familia se determina que es elegible para participar en HIPP, autorizo que los avisos de primas de seguro médico se envíen directamente a HFS.

\_\_\_\_\_  
Firma de los solicitantes / cliente (REQUERIDO) Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**POR FAVOR adjuntar copias de los documentos sigue con solicitud firmada**  
(Estos son necesarios para determinar la elegibilidad para el programa HIPP)

El frente y reverso de su tarjeta de Seguro

Declaración de los médicos con diagnóstico / pronóstico de la condición médica del solicitante

6 meses de explicación del seguro de beneficios (EOB)

Folleto del plan de seguro

Compruebe el talón si el empleador proporcionó cobertura de seguro o comprobante de pago de su seguro individual

**Información de contacto del programa HIPP**

Healthcare and Family Services/HIPP Unit

P.O. Box 19149 Springfield, IL 62794-9849

E-Mail Address: [HFS.BOC.HIPP@illinois.gov](mailto:HFS.BOC.HIPP@illinois.gov)

Phone: 217-524-8268

FAX: 217-524-3047

Print Form