



Solicitud

para el seguro de salud All Kids, FamilyCare y Moms & Babies

No hay nada más importante que asegurarse que su familia tenga acceso al cuidado de salud que necesita. Los programas como estos, hacen eso posible. Gracias por tomar un momento para completar esta solicitud. También puede solicitar por Internet en www.allkids.com.

- **All Kids** cubre a niños que necesitan seguro de salud. Algunas familias que pagan por seguro de salud privado para sus niños, pueden calificar para ayuda para pagar por sus primas de seguro médico.
- **FamilyCare** cubre a los padres que viven con sus niños de 18 años o menores. FamilyCare también cubre a los abuelos y otros parientes que crían a niños en lugar de los padres. Algunas familias que pagan por seguro de salud privado para sus niños, pueden calificar para ayuda para pagar por sus primas de seguro médico.
- **Moms & Babies** cubre a mujeres embarazadas y sus bebés.

¡Solicite Ahora! Escriba con tinta y en letra de molde. Conteste todas las preguntas. Si necesita más espacio, use una hoja de papel adicional. Si alguien en su familia ya está recibiendo All Kids, FamilyCare o Moms & Babies, no es necesario que complete una nueva solicitud. Llame a su representante de servicios o su trabajador(a).

Díganos sobre el solicitante

Usualmente, el solicitante es la persona que completa esta solicitud. El solicitante puede ser los padres, tutor o pariente que vive con el niño o una mujer embarazada.

Apellido del solicitante _____
Apellido Nombre

Fecha de nac. ____/____/____ Número de Seguro Social ____-____-____
mes / día / año Opcional

Dirección _____ Núm. de Apt. _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Condado _____

Teléfono (____) _____, (____) _____
Hogar Trabajo

Si usted no tiene teléfono y nos podemos comunicar con usted llamando a otra persona, provéanos el número de teléfono de esa persona.

Nombre _____, Teléfono (____) _____

¿Cuántas personas viven con usted? ____ ¿Cuántos de ellos quieren seguro de salud o ayuda para pagar las primas? _____

¿Qué idioma usa con más frecuencia? Inglés Español Otro _____

Usted nos puede ayudar contestando las siguientes dos preguntas, pero no es obligatorio.

¿Es usted de origen hispano o latino? Sí No

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro Americano
 Nativo de Hawaii o de otras Islas del Pacifico Blanco Desconoce (Marque **todo** lo que aplica.)

¿Necesita Ayuda? Visite nuestro sitio en el Internet en www.allkids.com o llame gratis al 1-866-All-Kids (1-866-255-5437). Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012.

Díganos sobre las personas que quieren seguro de salud o ayuda para pagar las primas.

Asegúrese que usted se incluya si quiere seguro de salud para usted o quiere ayuda para pagar las primas.

Persona #1	Persona #2	Persona #3
1. Nombre		
(Apellido, Nombre)	(Apellido, Nombre)	(Apellido, Nombre)
2. Sexo		
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
3. Fecha de nacimiento		
___/___/___ (mes / día / año)	___/___/___ (mes / día / año)	___/___/___ (mes / día / año)
4. Escriba el número de Seguro Social, si la persona tiene uno. Si solicitó uno, escriba la fecha. ✓ Envíe comprobantes si solicitaron. Para los demás, escriba N/A.		
<input type="checkbox"/> Esta persona solicitó un número el ___/___/___ (mes / día / año)	<input type="checkbox"/> Esta persona solicitó un número el ___/___/___ (mes / día / año)	<input type="checkbox"/> Esta persona solicitó un número el ___/___/___ (mes / día / año)
5. ¿Cuál es el parentesco de esta persona con el solicitante?		
<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____
6. ¿Es esta persona un indio americano o nativo de Alaska?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Ha recibido esta persona cuidado médico en los últimos tres meses que quiere que nosotros paguemos? Si contestó sí, díganos cuáles meses. ✓ Envíe comprobante de ingreso para cada mes indicado, si el ingreso es diferente que el actual.		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____
8. ¿Está o estuvo esta persona embarazada en los últimos tres meses? ✓ Si contestó sí, envíe un certificado médico o de una clínica de salud con la fecha de parto y el número de bebés que espera.		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Necesita Ayuda? Visite nuestro sitio en el Internet en www.allkids.com o llame gratis al 1-866-All-Kids (1-866-255-5437). Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012.

Persona #1	Persona #2	Persona #3
9. ¿Es esta persona ciudadano de los Estados Unidos? Si contestó sí, díganos dónde nació.		
<input type="checkbox"/> Sí Ciudad _____ Estado: _____	<input type="checkbox"/> Sí Ciudad _____ Estado: _____	<input type="checkbox"/> Sí Ciudad: _____ Estado _____ :
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No

✓ Si contestó sí, provea uno de los siguientes documentos: Pasaporte de los Estados Unidos, Certificado de Naturalización (N-550 o N-570) o Certificado de Ciudadanía de Estados Unidos (N-560 o N-561). Si éstos no están disponibles, provea un documento de cada columna:

Lugar de nacimiento –

- Copia certificada del acta de nacimiento del estado o condado dónde la persona nació
- Decreto Final de Adopción
- Registro oficial militar que muestra lugar de nacimiento
- Documentos que muestran que la persona estuvo empleada por el gobierno de los Estados Unidos antes de 1976

Identidad –

- Licencia de chofer;
- Tarjeta de identificación del estado;
- Identificación de la escuela;
- Identificación militar de los Estados Unidos;
- Tarjeta de dependiente militar de los Estados Unidos; o
- Otra identificación del gobierno (ciudad, condado o estado de los Estados Unidos en que fue otorgada)
- Para niños menores de 16 años:
 - Registros de la escuela o cuidado de niños (guardería) o una tarjeta de calificaciones, O
 - La firma del padre/madre o tutor en la página 7 de esta solicitud

Lea la página 9 para más información sobre cómo obtener su acta de nacimiento.

10. Si esta persona tiene un número de Registro de Extranjería válido, escríbalo a continuación y provea comprobante. Las mujeres embarazadas y niños que no tienen número de Registro de Extranjería pueden obtener seguro de salud.

- ✓ Envíe una copia de uno de los documentos anotados a continuación como comprobante para cada número de Registro de Extranjería que usted indicó en este formulario.
- Registro de Extranjería, Tarjeta de Residencia Permanente o “Green Card”
 - Pasaporte con los siguientes sellos o documentos: Registro de Entrada y Salida que muestre el sello de estado del (I-94), Formulario de Extranjero Residente (I-551) o Tarjeta de Residencia Temporal (I-688)
 - Aviso del tribunal o corte para refugiados
 - Otro comprobante de su estado de inmigración legal

Recibir la mayoría de los beneficios de salud públicos no deberá afectar el estado de inmigración de la persona. El Servicio de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos puede considerar a alguien como “carga pública” si reside en una institución de cuidado a largo plazo, tal como un asilo o una institución de salud mental que el gobierno paga.

¿Necesita Ayuda? Visite nuestro sitio en el Internet en www.allkids.com o llame gratis al 1-866-All-Kids (1-866-255-5437). Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012.

Persona #1	Persona #2	Persona #3
11. ¿Ha tenido esta persona un seguro médico o ha recibido Medicare en los últimos 12 meses? Si contestó sí, complete todo lo siguiente.		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mes, día y año que empezó a cubrirle el seguro médico		
___/___/_____	___/___/_____	___/___/_____
Si el seguro terminó, escriba el mes, día y año que terminó y marque por qué terminó.		
___/___/_____	___/___/_____	___/___/_____
<input type="checkbox"/> El empleo de alguien terminó	<input type="checkbox"/> El empleo de alguien terminó	<input type="checkbox"/> El empleo de alguien terminó
<input type="checkbox"/> Alcanzó el beneficio máximo	<input type="checkbox"/> Alcanzó el beneficio máximo	<input type="checkbox"/> Alcanzó el beneficio máximo
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Otro _____
Compañía de seguro		
Nombre del dueño de la póliza		
Número de Seguro Social del dueño de la póliza (opcional)		
_____ - _____ - _____	_____ - _____ - _____	_____ - _____ - _____
Nombre del empleador o compañía		
Número de teléfono		
()	()	()
Número de la póliza		
Número de grupo		
¿Cubre ambos, servicios médicos y hospital?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es este seguro COBRA? COBRA es un seguro de grupo que se compra cuando pierde el empleo.		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parentesco con el dueño de la póliza		
Si esta persona no puede usar el seguro, díganos la razón.		

12. Para todos los niños que tienen 18 años de edad o menos, necesitamos el nombre de sus padres. Usted puede ayudarnos contestando las otras preguntas, pero no tiene que hacerlo. Para los que no tengan esta información, escriba N/A.

Nombre completo de la madre:	Nombre completo de la madre:	Nombre completo de la madre:
Núm. de Seguro Social:	Núm. de Seguro Social:	Núm. de Seguro Social:
Empleador:	Empleador:	Empleador:
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo
<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
Nombre completo del padre:	Nombre completo del padre:	Nombre completo del padre:
Núm. de Seguro Social:	Núm. de Seguro Social:	Núm. de Seguro Social:
Empleador:	Empleador:	Empleador:
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo
<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial

Persona #1	Persona #2	Persona #3
13. Para las personas que están casadas, díganos acerca de su esposo(a). Usted nos puede ayudar contestando estas preguntas, pero no tiene que hacerlo. Para los que no tengan esta información, escriba N/A.		
Nombre completo del esposo(a):	Nombre completo del esposo(a):	Nombre completo del esposo(a):
Núm. de Seguro Social: ____-____-____	Núm. de Seguro Social: ____-____-____	Núm. de Seguro Social: ____-____-____
Empleador: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	Empleador: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	Empleador: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial

Díganos sobre las otras personas en su familia y sus ingresos

14. Necesitamos información sobre su grupo familiar para determinar si usted puede obtener seguro de salud. Grupo familiar significa las personas de su familia que viven con usted. El grupo familiar se compone de usted, su esposo(a), cualquier niño de 18 años o menor y sus padres, si ellos también viven con usted. **Díganos sobre alguna persona en su grupo familiar que no está solicitando seguro de salud.**

Nombre _____ **Núm. de Seguro Social (opcional)** ____-____-____
Fecha de nac. ____/____/____ **Parentesco con el solicitante** _____

Nombre _____ **Núm. de Seguro Social (opcional)** ____-____-____
Fecha de nac. ____/____/____ **Parentesco con el solicitante** _____

Nombre _____ **Núm. de Seguro Social (opcional)** ____-____-____
Fecha de nac. ____/____/____ **Parentesco con el solicitante** _____

15. ¿Hay algún adulto, padre, madre, padrastro, madrastra, esposo (a) o mujer embarazada nombrado en este formulario, que actualmente esté trabajando? Sí No
¿Hay alguien nombrado en este formulario que tenga negocio propio o trabaja por su cuenta? Sí No
Si contestó sí, complete lo siguiente. Si tiene negocio propio o trabaja por su cuenta, escriba “Yo mismo” en el espacio para empleador.

✓ Envíe una copia de un talón de cheque (incluyendo propinas) recibido en los últimos 30 días para cada empleo. Si tiene negocio propio o trabaja por su cuenta, provea 30 días de registros detallados, incluyendo ingresos y gastos. Para un ejemplo del formulario, visite www.allkids.com.

Nombre _____ **Empleador** _____
Dirección del empleador _____ **Teléfono (_____)** _____
Número de horas trabajadas por semana _____ **Cantidad pagada sin descontar impuestos (incluya propinas, bonos, comisiones)** _____ **Frecuencia de pagos** _____

Nombre _____ **Empleador** _____
Dirección del empleador _____ **Teléfono (_____)** _____
Número de horas trabajadas por semana _____ **Cantidad pagada sin descontar impuestos (incluya propinas, bonos, comisiones)** _____ **Frecuencia de pagos** _____

Nombre _____ **Empleador** _____
Dirección del empleador _____ **Teléfono (_____)** _____
Número de horas trabajadas por semana _____ **Cantidad pagada sin descontar impuestos (incluya propinas, bonos, comisiones)** _____ **Frecuencia de pagos** _____

¿Necesita Ayuda? Visite nuestro sitio en el Internet en www.allkids.com o llame gratis al 1-866-All-Kids (1-866-255-5437). Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012.

16. ¿Recibe dinero de otro origen que no sea de trabajo alguien nombrado en este formulario (tales como seguro social, manutención de niños, alquiler de propiedades, beneficios de desempleo, pensiones, fondos fiduciarios)? Sí No
Si contesto sí, díganos información de ellos.

✓ **Envíe comprobante de un pago recibido en los últimos 30 días para cada origen de ingresos que usted indicó.**

Nombre _____ **Origen** _____

Cantidad de pagos _____ Frecuencia de pagos _____

Si estos ingresos son de rentas de propiedades, ¿administra la propiedad la persona que recibe el ingreso? Sí No

Nombre _____ **Origen** _____

Cantidad de pagos _____ Frecuencia de pagos _____

Si estos ingresos son de rentas de propiedades, ¿administra la propiedad la persona que recibe el ingreso? Sí No

Nombre _____ **Origen** _____

Cantidad de pagos _____ Frecuencia de pagos _____

Si estos ingresos son de rentas de propiedades, ¿administra la propiedad la persona que recibe el ingreso? Sí No

17. ¿PAGA manutención de niños o pensión al esposo(a) alguien nombrado en este formulario? Sí No **Si contestó sí, indique cuánto pagaron en el último mes.**

✓ **Envíe comprobante de un pago hecho a cada persona en los últimos 30 días.**

Nombre _____ **Cantidad** _____ **Frecuencia de pago** _____

Nombre _____ **Cantidad** _____ **Frecuencia de pago** _____

18. ¿PAGA por guardería o cuidado de niños para poder trabajar, alguien nombrado en este formulario? Sí No **Si contestó sí, indique cuánto pagaron en el último mes por cada niño.**

Nombre del niño que se cuida _____ **Nombre** del proveedor de cuidado _____

Persona que paga por el cuidado _____ **Cantidad de pagos** _____

Parentesco con el proveedor de cuidado (si lo hay) _____ **Frecuencia de pagos** _____

Nombre del niño que se cuida _____ **Nombre** del proveedor de cuidado _____

Persona que paga por el cuidado _____ **Cantidad de pagos** _____

Parentesco con el proveedor de cuidado (si lo hay) _____ **Frecuencia de pagos** _____

Nombre del niño que se cuida _____ **Nombre** del proveedor de cuidado _____

Persona que paga por el cuidado _____ **Cantidad de pagos** _____

Parentesco con el proveedor de cuidado (si lo hay) _____ **Frecuencia de pagos** _____

19. Por favor díganos cómo se enteró de All Kids.

Marque todas las casillas que aplican.

Anuncio en radio

Anuncio en TV

Rótulo

Anuncio o artículo en el periódico

Correspondencia enviada a mi casa

Oficina o agencia del gobierno

Oficina del médico

Clínica

Hospital

Amigo o pariente

Sitio en el Internet

Escuela

Empleo

Sitio de W.I.C.

Unión, sindicato, gremio

Otro _____

¿Necesita Ayuda? Visite nuestro sitio en el Internet en www.allkids.com
o llame gratis al 1-866-All-Kids (1-866-255-5437). Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012.

Lea y firme.

Lea cuidadosamente y luego firme y feche la solicitud a continuación.

1. Nosotros mantendremos privado todo lo que usted nos diga como se requiere por ley.
2. Algunas familias tienen que hacer un pago cada mes para este seguro de salud. Este pago se llama prima. La cantidad del pago depende del ingreso de la familia.
3. Algunas familias tienen que pagar parte de la factura cuando van al médico, al hospital u obtienen medicinas recetadas. Esto se llama una cuota. La cantidad de la cuota depende del ingreso de la familia.
4. Usted debe otorgarle al estado de Illinois el derecho de reembolso de los servicios que el estado cubrió por su familia, si esos servicios debieron haber sido pagados por otro seguro médico que su familia tuvo.
5. Asegúrese contestar todas las preguntas correctamente. Nosotros podemos verificar toda la información de este formulario. Usted debe ayudarnos si le pedimos su ayuda para comprobar si su información es correcta.
6. Nosotros **no** compartiremos ninguna información sobre inmigración de alguna persona que no tenga un número de Registro de Extranjería. **Verificaremos** el estado de inmigración de cualquier persona que usted nos dio el número de Registro de Extranjería. Para hacer esto, verificaremos el número con el Servicio de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos (USCIS). Nosotros podríamos enviar otra información a USCIS, tal como copias del comprobante que usted nos envió del número de Registro de Extranjería y el número de Seguro Social de la persona, si lo tienen.
7. Usted debe informar a su representante de All Kids o FamilyCare dentro de 10 días si sucede alguno de los siguientes:
 - Cambian sus ingresos
 - Cambia el número de personas de su familia que viven con usted
 - Cambia su dirección o número de teléfono.
 - Alguien que recibe beneficios médicos se muda fuera de Illinois, muere o es encarcelado
8. Si nosotros pagamos facturas médicas por usted, usted otorga su derecho para recaudar pagos de manutención médica al estado de Illinois. Usted tiene que ayudarnos si le pedimos que establezca la paternidad o para obtener pagos de manutención médica para los miembros de su familia. Usted no tiene que hacer esto si tiene una buena razón para no hacerlo. Sus niños pueden recibir seguro de salud aunque usted no nos ayude cuando le pedimos que lo haga.
9. Cualquiera que mal usa nuestra tarjeta de seguro de salud puede cometer un delito.

Yo declaro bajo pena de perjurio que he leído toda las declaraciones en este formulario y la información que he dado es correcta y completa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que puedo ser penalizado si a sabiendas proveo información falsa.


Firma del solicitante _____ Fecha _____
(Haga una marca y que otro adulto firme al lado de su marca si usted no puede firmar su nombre.)

Si alguien completó esta solicitud por el Solicitante, firme y complete lo siguiente.

Firma _____ Fecha _____ Teléfono (____) _____

Nombre (letra de molde) _____ Parentesco con el solicitante _____

Lista de verificación final

- ¿Contestó todas las preguntas de la solicitud?
- ¿Firmó y fechó la solicitud?
- ¿Tiene usted copias de todos los comprobantes que indicamos que usted necesita? Toda la información que necesita comprobante está marcada con una  .
- Si solicita para reembolsos, ¿completó los dos lados del Formulario de Reembolso y lo firmó?

Envíe por correo su solicitud con las copias de los comprobantes a:

**All Kids Unit
P. O. Box 19122
Springfield, IL 62794-9122**

Si usa el sobre que viene con esta solicitud, no necesita sello postal.

Siguientes pasos

- Si cambió alguna información después de que envió la solicitud, llame gratis al 1-866-All-Kids (1-866-255-5437) para informarnos lo que cambió. Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012.
- Revisaremos su solicitud lo antes posible.
- Si vemos que falta algo, le enviaremos una carta indicándole lo que nos debe enviar.
- Por favor permítanos 45 días para tomar la decisión.
- Le enviaremos un aviso indicándole si usted es elegible para All Kids, FamilyCare o Moms & Babies. Si usted no califica, le enviaremos un aviso indicándole la razón por qué no califica.

Otra información importante

- Si sus niños ya tienen una tarjeta All Kids, no solicite nuevamente. Si quiere añadir a alguien en su plan de salud All Kids, FamilyCare o Moms & Babies, no tiene que enviar una nueva solicitud. Llame al trabajador(a) de su caso al Departamento de Servicios Humanos de Illinois (DHS) o llame a su representante de servicio al cliente All Kids para añadir a otro miembro de la familia.
- Si su familia tiene ingresos de manutención de niños o del Seguro Social o tiene un padrastro o madrastra en el hogar, facturas médicas altas, o usted está solicitando para un miembro de la familia con discapacidades o alguien que tiene 65 años de edad o más, puede ser mejor que usted solicite en su Centro de Recursos Para Familias y Comunidad del DHS. Para más información, llame gratis al 1-866-All-Kids (1-866-255-5437). Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012.
- Si usted no está satisfecho con las acciones tomadas en su solicitud, usted tiene el derecho a una audiencia imparcial. Usted puede pedir una audiencia imparcial escribiendo a su oficina local o al Departamento a Bureau of Administrative Hearings, 401 South Clinton Street, Sixth Floor, Chicago, Illinois 60607 o llamando gratis al 1-800-435-0774. Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-734-7429. **Use estos números solamente para registrar una apelación.** Todas las otras llamadas y preguntas deben ser dirigidas al 1-866-All-Kids (1-866-255-5437). Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012.
- All Kids, FamilyCare y Moms & Babies están disponibles y accesibles sin consideración de sexo, raza, discapacidad, origen nacional, religión o edad. El estado de Illinois es un empleador con igualdad de oportunidades que practica acción afirmativa. El estado de Illinois provee acomodaciones razonables de acuerdo con la Sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973 y del Acta de Americanos con Discapacidades de 1990.

¿Necesita Ayuda? Visite nuestro sitio en el Internet en www.allkids.com

o llame gratis al 1-866-All-Kids (1-866-255-5437). Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012.

Documentos de Ciudadanía de los Estados Unidos

Debido a una nueva ley federal, tenemos que pedir a las personas que son ciudadanos de los Estados Unidos que nos envíen documentos que comprueben que son ciudadanos. Esta nueva ley afecta a todos los niños y adultos que solicitan beneficios médicos si son ciudadanos de los Estados Unidos.

Si no tiene estos documentos para alguien en su familia que es ciudadano de los Estados Unidos, usted debe tratar de obtenerlos.

Usted puede obtener certificados de nacimiento en el estado o condado donde nació esa persona. Usted tendrá que pagar por una copia oficial de su certificado de nacimiento. Por lo general, usted debe saber el nombre de la persona, fecha de nacimiento y nombres de los padres para poder ordenar el certificado de nacimiento.

- Las personas que nacieron en Illinois, pueden obtener su certificado de nacimiento del condado donde nacieron. Aquí le damos algunos números de teléfono de los condados y sitios en el Internet:

Condado:	Teléfono:	Sitio en el Internet
Champaign	1-217-384-3720	www.champaigncountyclerk.com/vitals
Cook	1-312-603-7799	www.cookctyclerk.com
DuPage	1-630-682-7035	www.co.dupage.il.us
Jackson	1-618-687-7360	www.co.jackson.il.us/elected/co_clerk.htm
Kane	1-630-232-5950	www.co.kane.il.us/coc
Lake	1-847-377-2411	www.co.lake.il.us/cntyck/vital
Peoria	1-309-672-6059	www.co.peoria.il.us (Elija "Get Vital Records")
Rock Island	1-309-786-4451	www.co.rock-island.il.us
St. Clair	1-618-277-6600	www.co.st-clair.il.us (Elija "B")
Will	1-815-740-4615	www.willclrk.com/vitalrecords.htm

Usted puede obtener la lista completa dónde obtener un certificado de nacimiento en cualquier condado de Illinois en el Internet en www.idph.state.il.us/vitalrecords/county. El Departamento de Salud Pública de Illinois le puede ayudar a encontrar la oficina de algún condado si usted llama al **217-782-6553**. Si usa un teletipo (TTY), llame al **1-800-547-0466**. La llamada es gratis.

- Las personas que nacieron en Illinois, también pueden obtener su certificado de nacimiento del Departamento de Salud Pública de Illinois llamando al **217-782-6553**. Si usa una tarjeta de crédito, usted puede ordenar su certificado de nacimiento por Internet en www.idph.state.il.us/vitalrecords.
- El Centro Nacional de Estadísticas de Salud le puede ayudar a encontrar certificados de nacimiento para personas que nacieron en otro estado que no es Illinois. Llame al **1-866-441-6247**. La llamada es gratis. Si puede usar una computadora, visite www.cdc.gov/nchs.

Si usted no puede obtener estos documentos, llame al 1-866-All-Kids para decirnos la razón. Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012. La llamada es gratis. Puede haber otros documentos que puede usar para mostrar que usted o los miembros de su familia son ciudadanos de los Estados Unidos.

Otros programas de beneficios que ofrece el estado de Illinois

Cuidado De Salud Para Veteranos ofrece acceso a cuidado de salud completo para veteranos en Illinois. Los veteranos pagan una prima mensual razonable de \$40 o \$70 y reciben seguro médico, dental de y la vista. Para información adicional, por favor visite www.illinoisveteranscare.com o llame al 1-877-4VETS-RX. Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012.

Illinois Cares Rx provee una red de protección para personas de edad avanzada o ancianos y personas con discapacidades para que no tengan que pagar más de su propio bolsillo bajo el plan de recetas médicas de Medicare. Para más información, visite www.illinoiscaresrx.com o llame a la Línea de Información de Beneficios de Salud de Illinois al 1-800-226-0768. Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-866-675-8440.

El **Illinois Rx Buying Club** (Club Para Recetas Médicas) provee un descuento promedio del 24 % para recetas médicas en muchas farmacias de Illinois. Para más información o para inscribirse visite www.illinoisrxbuyingclub.com o llame al 1-866-215-3462. Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-866-215-3479.

Health Benefits for Workers with Disabilities (Beneficios de Salud Para Trabajadores con Discapacidades) es un programa de asistencia médica completo para personas que trabajan y tienen discapacidades. Los individuos que trabajan de 16 a 64 años de edad pueden ser elegibles. Para bajar una solicitud, visite www.hbwdillinois.com o llame al 1-800-226-0768. Si usa un teletipo (TTY), llame a 1-866-675-8440.

HFS Medical Benefits (Beneficios Médicos HFS) provee cuidado de salud completo para personas de edad avanzada o ancianos con bajos ingresos y personas de cualquier edad que tengan una discapacidad. Para solicitar, visite una oficina local del Departamento de Servicios Humanos. Para localizar una oficina cercana, llame al 1-800-8 43-6154. Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-800-447-6404. Usted puede bajar una solicitud en el Internet en www.health.illinois.gov y enviarla por correo.

Programa de Asistencia Para Gastos de Energía Para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) ayuda a los hogares que califican a pagar por servicios de energía durante el invierno. La cantidad del beneficios depende de los ingresos, tamaño del hogar, tipo de combustible y lugar geográfico. Visite www.liheapillinois.com/community.html.

Programa de Cuidado de Niños del Departamento de Servicios Humanos provee a familias de ingresos bajos y que trabajan, acceso a cuidado de niños o guardería de calidad y razonable. Los padres pueden obtener información de cuidado de niños en su comunidad y ver si ellos califican para un subsidio comunicándose con la agencia local Cuidado de Niños, Referencias y Recursos (CCR&R). Visite www.ilchildcare.org o llame al 1-800-649-1884 para localizar su agencia local CCR&R.

División de Manutención de Niños del HFS (DCSE) ayuda a cualquier persona que necesita manutención para niños. DCSE ayuda a los padres y tutores a localizar al padre / madre que no vive con el niño, establece la paternidad del niño legalmente, obtiene manutención o seguro médico y ajusta la cantidad que un padre/ madre paga por manutención de niños. Los servicios son gratis. Usted puede solicitar servicios visitando www.ilchildsupport.com, llamando al 1-800-447-4278 o visitando una de las oficinas de DCSE. Si usted usa un teletipo (TTY), llame al 1-800-526-5812. La llamada es gratis.

Si está interesado en inscribirse para votar, por favor vaya a www.elections.il.gov/ o llame a la Línea de Ayuda del Departamento Servicios Humanos (DHS) al 1-800-843-6154 o (los que usan TTY) 1-800-447-6404 . Si necesita ayuda o servicios de intérprete, por favor comuníquese con su Centro de Recursos Para Familias y Comunidad del DHS.

¿Necesita Ayuda? Visite nuestro sitio en el Internet en www.allkids.com o llame gratis al 1-866-All-Kids (1-866-255-5437). Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012.



Formulario de Reembolso para All Kids y FamilyCare

Use este formulario si usted quiere solicitar All Kids Rebate o Family-Care Rebate (Reembolso).



Un reembolso es una cantidad mensual que nosotros le pagaremos a usted si ya paga por seguro de salud para usted, su esposo(a) o sus niños.

Si decide obtener reembolsos, usted usará su tarjeta de seguro actual para obtener cuidado médico.

Solamente las familias que tienen seguro de salud pueden obtener pagos de reembolso. Además, solamente las familias con cierta cantidad de ingresos pueden obtener reembolsos. Usted puede obtener reembolsos para sus niños si su familia está en una de las categorías siguientes: La cantidad de ingresos para adultos es más baja.

- Usted es la **única** persona en su familia → Usted puede calificar para reembolsos si el ingreso mensual que usted recibe está entre \$1,201 y \$1,805.
- Hay **dos** personas en su familia → Usted puede calificar para reembolsos si el ingreso mensual que usted recibe está entre \$1,616 y \$ 2,428.
- Hay **tres** personas en su familia → Usted puede calificar para reembolsos si el ingreso mensual que usted recibe está entre \$2,030 y \$3,052.
- Hay **cuatro** personas en su familia → Usted puede calificar para reembolsos si el ingreso mensual que usted recibe está entre \$2,445 y \$ 3,675.

Añada \$623.00 para cada persona adicional.

Si usted quiere solicitar para reembolsos, tiene que enviarnos este formulario junto **con** el resto de su solicitud.

Parte A

La persona cuyo nombre está en el seguro tiene que firmar esta parte del formulario. Frecuentemente, esta persona se llama el dueño de la póliza. Puede ser que esta persona obtenga seguro por medio de su trabajo.

Nombre del Dueño de la Póliza _____
Apellido _____ Nombre _____

Dirección del hogar _____ **Núm. de Apt.** _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Zona Postal** _____ **Condado** _____

Núm. de Seguro Social _____ - _____ - _____ **Teléfono (_____)** _____

Necesitamos el número de Seguro Social para poder pagar reembolsos a esta persona.

Núm. de Póliza _____ **Núm. de Grupo** _____

Anote el nombre de las personas en su familia para las cuales usted desea reembolso.

Estoy de acuerdo en avisar inmediatamente a All Kids / FamilyCare si termina este seguro de salud, se añade o quita a alguien del seguro, cambia la cantidad que se paga por el seguro, cambian los beneficios del seguro o cambia el dueño de la póliza.

Yo autorizo a mi empleo, administrador y compañía de seguro que provea la información pedida en la parte B de la próxima página, para el propósito de determinar si califico para All Kids / FamilyCare. Yo también autorizo a mi empleo, administrador del plan y compañía de seguros que verifique mi cobertura y cualquier información a continuación, en cualquier momento, mientras reciba All Kids Rebate / FamilyCare Rebate.

Firma del empleado / Dueño de póliza _____

Parte B

Esta parte del formulario tiene que ser completado por el empleador o compañía que provee el seguro de salud o agente de seguros.

This part of the form must be completed by the employer providing the health insurance or the insurance agent.

Note to Employer/Insurance Agent: The employee/policyholder named on the front of this form is applying for help to cover the cost of their family's health insurance premiums. Please assist them by completing the information below and returning the form to the employee/policyholder as soon as possible. (As used below, "employee" applies to an employee or private policyholder.) For help in completing this form, call toll-free 1-877-805-5312.

Employer (if employer policy) _____

Employer address _____

City _____ **State** _____ **Zip** _____

Person completing this form _____

Phone (_____) _____ **Fax** (_____) _____

Insurance company _____ **Policy number** _____ **Group number** _____

What benefits are covered? Physician services Hospital inpatient services
Check all that apply.

Amount of premium paid by employee \$ _____
Include amounts paid for dental, vision and prescription coverage.

Premiums are paid weekly every 2 weeks twice a month monthly
 every 2 months quarterly semi-annually annually

Persons covered by the employee premium contribution

Does the employer pay 100% of the cost of the employee's coverage? Yes No
If no, how much of the amount listed above is for coverage of the employee only (single rate)?

\$ _____ Include amounts for dental, vision and prescription coverage.

Enrollment period for policy _____

Date the premium listed above began or begins _____

Date of next scheduled change in premium _____

Authorized signature of employer/agent _____ **Date** _____

Return the completed rebate form to the employee for submission with the All Kids / FamilyCare application.

Need help? Visit www.allkids.com or call toll-free: 1-866-All-Kids (1-866-255-5437).
If you use a TTY, call 1-877-204-1012.



Estado de Illinois

Printed in-house by authority of the State of Illinois KC 2378KCCS (R-5-07) IL478-2437
5,000 copies 5-09