



Instrucciones De La Solicitud Por Correo Para Beneficios Médicos

(This application is available in English.)
(Tenemos esta solicitud en inglés.)

Hay beneficios médicos disponibles para personas elegibles que necesitan ayuda para pagar sus facturas médicas.

Esta **NO** es una solicitud para asistencia económica o el Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP) ni para otros programas indicados en la página 6 de estas instrucciones. Si desea solicitar asistencia económica o beneficios SNAP, comuníquese con su Centro de Recursos Para Familias y Comunidad (FCRC) del Departamento de Servicios Humanos (DHS).

Información Sobre Inscripción Para Votar

Si usted desea inscribirse para votar, complete la solicitud Inscripción para Votar en Illinois SBE (R-19) adjunta y devuélvala a su oficina de DHS o a su oficial electoral local. Si desea ayuda o necesita servicios de traducción, comuníquese con su oficina local del Centro de Recursos Para Familias y Comunidad del DHS. También, puede llamar gratis a la Línea de Ayuda al 1-800-843-6154, o 1-800-447-6404 (TTY). Para información por Internet, vaya a: www.dhs.state.il.us o www.elections.il.gov/.

Nota: Solicitar o rehusar inscribirse para votar no afecta la cantidad de beneficios que usted obtiene de esta agencia.

¿QUÉ SERVICIOS MÉDICOS SE CUBREN?

Casi todos los servicios médicos necesarios se cubren. No se pagará por servicios que son gratuitos o son pagados por otras fuentes, tal como los seguros de salud. Los siguientes servicios se cubren:

- cuidado en el hospital
- cuidado en asilos
- cuidado para vivienda con apoyo
- servicios médicos
- recetas médicas
- servicios de audición
- cuidado en clínicas
- diálisis renal
- pruebas de laboratorio y radiografías
- cuidado dental (servicios limitados para adultos)
- cuidado de la vista
- transportación médica
- cuidado para reposo
- cuidado de salud en el hogar
- terapia física, ocupacional y del habla
- planificación familiar
- equipo médico, suministros y aparatos
- cuidado de podología
- ayuda para abuso de alcohol y sustancias
- cuidado quiropráctico
- vacunas y exámenes para niños
- cuidado de salud mental

¿DÓNDE USTED PUEDE OBTENER ESTOS SERVICIOS MÉDICOS?

Usted puede ir a cualquier proveedor médico que acepte la tarjeta médica de HFS.

¿CUÁNDO SABRÁ SI USTED CALIFICA?

Si solicita debido a que tiene una discapacidad, el DHS le enviará un aviso para notificarle si es elegible para beneficios médicos dentro de los 60 días de la fecha en que usted solicitó. Si no tiene una discapacidad, el aviso será enviado dentro de los 45 días.

¿Y SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN?

Si no está satisfecho con las acciones tomadas en esta solicitud, usted tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial. Puede pedir una audiencia imparcial llamando al 1-800-435-0774 (TTY: 1-877-734-7429) o escriba al Departamento al 401 South Clinton Street, 6th Floor, Chicago, IL 60607. La llamada es gratis. Use esta dirección sólo para pedir una audiencia imparcial. **NO ENVÍE ESTA SOLICITUD a 401 SOUTH CLINTON.**

Para más información, llame al 1-800-843-6154, (TTY: 1-800-447-6404). La llamada es gratis.

INSTRUCCIONES: Lea la solicitud cuidadosamente y siga todas las instrucciones

- 1. Complete las páginas 1 - 6 de la solicitud.** Dependiendo de su situación, complete también los **Formularios A - H adjuntos**. Asegúrese enviar todos los documentos juntos. Conteste las preguntas completa y exactamente. Si no puede contestar todas las preguntas, complete lo más que pueda. Si necesita más espacio para contestar las preguntas, añada otra hoja de papel. Si tiene preguntas, llame a su oficina local del Departamento de Servicios Humanos (DHS) o llame al 1-800-843-6154 (TTY:1-800-447-6404). La llamada es gratis.
 - Complete el **Formulario A** si alguien que solicita beneficios médicos tiene Medicare u otro seguro de salud.
 - Complete el **Formulario B** si alguien que solicita es ciego, tiene una discapacidad o 65 años de edad o más.
 - Complete el **Formulario C** si alguien que solicita vive en un lugar que provee cuidados a largo plazo o en una institución de vivienda con apoyo, o recibe o ha solicitado servicios del Programa de Cuidados en la Comunidad por medio del Departamento Para Persona de Edad Avanzada.
 - Complete el **Formulario D** si la persona está casada.
 - Complete el **Formulario E** si alguien que solicita es ciego, tiene una discapacidad o tiene 65 años de edad o más y está empleado o si un pariente responsable que vive con la persona, tiene un empleo. El pariente responsable es el esposo(a) o los padres de un niño menor de 18 años de edad.
 - Complete el **Formulario F** si alguien que solicita está casado, pero no vive con su esposo(a).
 - Complete el **Formulario G** si alguien que solicita tiene una discapacidad y la Administración de Seguro Social no ha decidido que la persona está discapacitada.
 - Complete el **Formulario H** (Formulario de Reembolso para All Kids o FamilyCare) si solicita para un niño o pariente o tutor, incluyendo a padres que ya estén cubiertos por seguro de salud o para alguien que ha solicitado seguro de salud que comenzará pronto.
- 2. Firme la solicitud.**
- 3. Incluya con la solicitud copias de los formularios que requieren de A - H y documentos necesarios.** Si no presenta los formularios o documentos requeridos, podrían negarle su solicitud. En las Instrucciones, vea las páginas 3 y 4.
- 4. Envíe la solicitud a su oficina local FCRC del DHS.** Si no sabe la dirección, por Internet vaya al sitio de DHS en www.dhs.state.il.us o llame al 1-800-843-6154, (TTY: 1-800-447-6404). La llamada es gratis.

Los programas de beneficios médicos cumplen con todas las leyes estatales y federales, reglas y regulaciones de igual acceso, sin considerar el sexo, raza, discapacidad, origen nacional, religión o edad. El Estado de Illinois es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades en el empleo y practica la acción afirmativa. El Estado de Illinois provee acomodaciones razonables según la Sección 504 del Acta o ley de Rehabilitación de 1973 y la ley o Acta de Americanos con Discapacidades de 1990.

Para registrar una queja de discriminación, comuníquese con una o todas estas oficinas

Illinois Department of Human Services (DHS)
Bureau of Civil Affairs
401 South Clinton Street, 2th Floor
Chicago, Illinois 60607

Illinois Department of Healthcare
and Family Services (HFS)
EEO/AA Office
401 South Clinton Street, 5th Floor
Chicago, Illinois 60607

U.S. Department of Health and
Human Services (HHS)
Director, Office for Civil Rights
Room 506-F,
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201
llame al
(202) 619-0403 (voz) o
(202) 619-3257 (TTY)

Para más información llame al 1-800-843-6154, (TTY: 1-800-447-6404). La llamada es gratis.

INFORMACIÓN QUE DEBE INCLUIR CON LA SOLICITUD

Para obtener beneficios médicos, usted debe proveer comprobantes o pruebas de la información que proporciona. Por favor adjunte a esta solicitud copias de los documentos siguientes. Por favor vea la información en la siguiente página sobre los documentos que se proveen para ciudadanos de los Estados Unidos.

- **Ingresos** - Envíe comprobantes de cada tipo de ingresos anotados en la solicitud. Si la persona que solicita vive con su esposo(a), incluya el ingreso del esposo(a). Esto puede incluir:
 - Copias de talones de cheques de empleo y comprobantes de propinas que recibieron durante el último mes. Si alguien trabaja por su cuenta o tiene negocio propio, provea los registros detallados del negocio que incluya ingresos y gastos del último mes.
 - Copias de cheques del último mes o cartas de Beneficios de Desempleo, Beneficios del Seguro Social y Beneficios para Veteranos.
 - Copias de cheques del último mes o una orden judicial de manutención de niños o pensión pagada al esposo(a).
 - Comprobantes de otros ingresos incluyendo ingresos de fondos fiduciarios, pensiones, alquiler o renta de propiedades, etc. Envíe también comprobantes de gastos relacionados a los ingresos del alquiler de propiedades.
- **Manutención Pagada** - Para obtener el crédito por manutención de niños o de pensión pagada al esposo(a), provea comprobantes de pagos hechos en el último mes.
- **Prueba de Embarazo** - Si alguien que solicita beneficios médicos está embarazada, provea un certificado médico o de la clínica que incluya la fecha que espera el parto y el número de bebés que espera..
- **Prueba de Solicitud para el Número del Seguro Social** - Si alguien que solicita beneficios médicos no tiene el número del Seguro Social, provea una declaración firmada de la Administración del Seguro Social indicando que se ha hecho una solicitud para un número.
- **Medicare u Otro Seguro de Salud** - Si alguien que solicita tiene Medicare u otro seguro de salud, complete el **Formulario A** adjunto o provea una copia (ambos lados) de la tarjeta Medicare o tarjeta del seguro de salud. Si alguien puede obtener seguro de salud gratis por medio de un trabajo o sindicato / unión, provea la información del plan y los requisitos para calificar.

Para más información llame al 1-800-843-6154, (TTY: 1-800-447-6404). La llamada es gratis.

INFORMACIÓN QUE DEBE INCLUIR CON LA SOLICITUD (continuación)

- **Documentos de Inmigración Para Los Que No Son Ciudadanos** - Si alguien que solicita beneficios médicos no es ciudadano de los Estados Unidos, provea comprobantes de su estado de inmigración. Comprobante es una copia de uno de los siguientes:
 - Tarjeta o Recibo de registro de extranjería / Tarjeta de Residencia Permanente / Tarjeta Verde (INS 3A);o
 - Pasaporte con los sellos o fijaciones siguientes: Registro de Llegada-Salida con el sello indicando el estado (I-94), o Formulario de Residente extranjero (I-151 o I-551), o Tarjeta Temporal de Residente (I-688); o
 - Orden judicial de notificación para Asilados; o
 - Documentos de INS con el número que empieza con A; o
 - Otro comprobante del estado legal de inmigración.

Las mujeres embarazadas y los niños menores de 19 años de edad que no tienen comprobante de su estado de inmigración pueden calificar para beneficios de salud. Sin embargo, debería proveer comprobante de inmigración, si lo tiene.

Otros adultos que desean beneficios médicos deben proveer comprobantes de su estado de inmigración. Nos comunicaremos con el Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos para verificar su estado de inmigración. Los adultos también tienen que haber vivido en los Estados Unidos por lo menos cinco años. El estado sólo puede cubrir cuidado médico provisto en casos de emergencia si no podemos verificar el estado legal de inmigración del adulto o si han estado en los Estados Unidos por menos de cinco años y sólo si cumplen con todos los requisitos de los programas médicos

- **Documentos Para Ciudadanos Estadounidenses** - Para alguien que es un ciudadano estadounidense y solicita beneficios médicos, provea uno de los siguientes documentos: Pasaporte estadounidense, Certificado de Naturalización (N-550 o N-570), Certificado de Ciudadanía (N-560 o N-561). Si éstos no están disponibles, provea un documento de cada una de las dos categorías indicadas a continuación:

Lugar de Nacimiento

- Copia certificada del acta de nacimiento del estado o condado donde la persona nació;
- Decreto Final de Adopción;
- Registro militar oficial que muestra lugar de nacimiento; o
- Documentos mostrando que la persona fue empleada por el gobierno estadounidense antes de 1976.

Y

Identidad

- Licencia de Conducir;
- Tarjeta de identificación del Estado;
- Identificación escolar;
- Identificación militar estadounidense;
- Tarjeta de dependiente Militar estadounidense; u
- Otra identificación del gobierno (ciudad, condado o estado estadounidense publicado).
- Para niños menores de 16, registros de escuela o guardería o la libreta de calificaciones o notas.

Si usted recibe Medicare, SSI o Ingresos de Discapacidad del Seguro Social, no tiene que proveer comprobante de Ciudadanía de los Estados Unidos o identidad.

- Si usted o su representante lleva esta solicitud a la oficina local del DHS en persona, o puede ir a la oficina después de enviar la solicitud, por favor traiga copias originales o certificadas de ciudadanía y documentos para comprobar la identidad.
- Si usted envía copias con esta solicitud, podemos pedirle que muestre los documentos originales posteriormente.

Si alguien que solicita es ciego, discapacitado o mayor de 65 años de edad, vea la siguiente página.

Para más información llame al 1-800-843-6154, (TTY: 1-800-447-6404). La llamada es gratis.

INFORMACIÓN QUE DEBE INCLUIR CON LA SOLICITUD (continuación)

Si alguien que solicita es ciego, tiene una discapacidad o tiene 65 años de edad o es mayor, provea comprobantes de la siguiente información, si aplica.

- **Edad** - Si alguien que solicita beneficios médicos tiene 65 años de edad o es mayor, provea comprobante de la edad. Esto puede incluir una copia del certificado de nacimiento de la persona, registros del Seguro Social, pasaporte o registros de la Administración de Veteranos.
- **Discapacidad** - Si alguien que solicita beneficios médicos tiene una discapacidad, provea comprobante de la discapacidad. Si reciben Ingresos del Seguro Social Suplementario (SSI), o beneficios del Seguro Social por discapacidad (SSDI), no tienen que proveer otro comprobante de la discapacidad. Si la persona no recibe SSI ni beneficios de SSDI, provea el historial médico actual.
- **Gastos de Empleo** - Complete el **Formulario E** si alguien que solicita beneficios médicos tiene un empleo. También complete el **Formulario E** para el esposo(a) o padres de un menor de 18 años de edad que está empleado, si ellos viven juntos. Descontaremos lo siguiente de sus ingresos si usted provee comprobantes de:
 - Impuestos federales, estatales o de la ciudad,
 - Impuestos del Seguro Social,
 - Gastos de transportación para trabajar, la tasa más razonable. Permitimos 24 centavos por milla si usa su propio automóvil,
 - Herramientas especiales y uniformes requeridos para el tipo del trabajo que tiene,
 - Pagos de sindicato / unión, primas de seguros de vida en grupo, primas de seguros de salud en grupo y plan de retención de ingresos para jubilación, si se requiere como una condición del empleo, y
 - Para personas con discapacidades, gastos especiales de trabajo, tal como transportación especial para trabajar o un artefacto de comunicación para los que tienen discapacidades de la audición, si eso permite que puedan trabajar. Para ser permitido como una deducción, los gastos deben ser pagados por el solicitante y que no sean reembolsados por una agencia ni por otra persona.
- **Bienes** - Envíe comprobantes de todos los bienes anotados en el **Formulario B**. Si la persona vive con su esposo(a), también incluya los bienes del esposo(a). Esto puede incluir, pero no se limita a, copias actuales del estado de cuenta de bancos, certificados de depósito, pólizas de seguros de vida, títulos de propiedad de vehículos, contratos pagados para entierros, documentos de cuentas fiduciarias, títulos de propiedades y facturas de impuestos de las propiedades.
- **Bienes e Ingresos del esposo(a)** - Provea comprobantes de los bienes e ingresos del esposo(a), si alguien que solicita desea transferir bienes y dar ingresos a su esposo(a) y la persona que solicita:
 - Vive en o piensa mudarse a un lugar de cuidados de largo plazo, o
 - Vive en o piensa mudarse a un lugar de vivienda con apoyo, o
 - Recibe o ha solicitado servicios del Programa Cuidado en la Comunidad por medio del Departamento de Ancianos.

Si alguno aplica, complete el **Formulario D**.

Para más información llame al 1-800-843-6154, (TTY: 1-800-447-6404). La llamada es gratis.

OTROS PROGRAMAS DE BENEFICIOS QUE OFRECE EL ESTADO DE ILLINOIS

Usted también puede calificar para estos programas:

- **Servicios Basados en el Hogar y Comunidad** - Usted o los miembros de su familia también pueden calificar para uno de los programas de Illinois basados en servicios en el hogar y comunidad. Estos programas permiten que individuos elegibles permanezcan en su propio hogar o vivan en un lugar en la comunidad, en vez de una institución tales como: un hospital, asilo o institución de cuidado intermedio del desarrollo de discapacitados. Para más información, vea www.hfs.illinois.gov/hcbswaivers/.
- El **Programa 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 beneficio depende de los ingresos, tamaño del hogar, tipo de combustible y lugar geográfico. Para más información, vea www.liheapillinois.com.
- El **Programa Cuidado de Niños del Departamento de Servicios Humanos de Illinois** 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 sobre el cuidado de niños en su comunidad y ver si califican para un subsidio comunicándose con la agencia local de Cuidado de Niños, Referencias y Recursos (CCR&R). Para localizar su agencia local CCR&R, vea www.ilchildcare.org o llame al 1-800-649-1884. La llamada es gratis.

Los siguientes son otros programas médicos que Illinois ofrece:

- **Cuidado Para Veteranos** ofrece acceso a cuidado de salud completo para veteranos por todo Illinois. Los veteranos pagan una prima mensual razonable de \$40 o \$70 y reciben seguro médico, dental y de la vista. Para información adicional, por favor vea www.illinoisveteranscare.com o llame al 1-877-4VETS-RX (TDD: 1-877-504-1012). La llamada es gratis.
- **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 obtener una solicitud, vea www.hbwdillinois.com o llame al 1-800-226-0768 (TTY: 1-866-675-8440). La llamada es gratis.
- **Illinois Breast and Cervical Cancer Program (IBCCP) (Programa Para Cáncer de Senos y Cervical)** provee evaluaciones de detección de cáncer gratis para mujeres elegibles de 35 a 64 años (algunas mujeres más jóvenes pueden ser elegibles en algunos casos). Para ver si califica, vea www.cancerscreening.illinois.gov o llame la Línea de Información de Salud Para la Mujer al 1-888-522-1282 (TTY: 1-800-547-0466). La llamada es gratis.
- **The Illinois Healthy Women (IHW)** provee planificación familiar y servicios relacionados a mujeres de 19 a 44 años de edad. Para ver si califica, llame a la Línea de Información de Beneficios de Salud al 1-800-226-0768 (TTY: 1-866-675-8440). La llamada es gratis.

Para más información llame al 1-800-843-6154, (TTY: 1-800-447-6404). La llamada es gratis.



Estado de Illinois

Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias
Departamento de Servicios Humanos

AGENCY USE
ONLY
Date Received

Recycle any instruction pages
sent with this application.

Case Number

Solicitud Por Correo Para Beneficios Médicos

Si esta solicitud es enviada por un hospital o institución de cuidado de salud, escriba la fecha de admisión del solicitante al hospital o institución _____
escriba la fecha actual o anticipada para darle de alta _____
y el nombre del hospital o institución _____

Conteste las preguntas completa y exactamente.

SOLICITANTE - Generalmente, el solicitante es la persona que completa este formulario, u otra persona que completa el formulario por el solicitante. El solicitante puede ser el padre / madre, tutor u otro pariente con el que el niño vive. La información que usted proporciona en esta solicitud es confidencial y sólo se puede usar para propósitos conectados directamente con la administración de los programas de beneficios médicos. Para la lista de documentos que usted necesita enviar con esta solicitud, vea las instrucciones, páginas 3 - 5.

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) _____ **Número de teléfono por el día** y mejor horario para llamarle _____

Dirección (Por favor escriba la Calle, Ciudad, Estado, Zona Postal y condado) _____

Dirección de Correos (Si es diferente) _____ **Otro número de teléfono** _____

| Preferencia de Idioma | Raza / Grupo Étnico (sólo para propósitos de información) |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor indíquelo) | <p>¿Es usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Raza (marque todo lo que aplica)</p> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro (por favor indíquelo) _____ |

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Complete lo siguiente para la persona que solicita beneficios médicos y para todas las personas que viven con él o ella. No tiene que escribir el número de seguro social o el estado de ciudadanía de los Estados Unidos para las mujeres embarazadas o para alguien que no desea beneficios médicos. Si necesita más espacio, añada una página adicional.

| A. Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre) | Sexo | Fecha de Nacimiento | Parentesco con Solicitante (Esposa, hijo, etc.) | Desea Beneficios Médicos | Ciudadano de Estados Unidos | Número de Seguro Social |
|--|--|---------------------|---|--|--|-------------------------|
| 1) _____ | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | 1) _____ | Solicitante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 1) _____ |
| 2) _____ | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | 2) _____ | 2) _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 2) _____ |
| 3) _____ | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | 3) _____ | 3) _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 3) _____ |
| 4) _____ | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | 4) _____ | 4) _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 4) _____ |

2. INFORMACIÓN PERSONAL (continuación)

B. Escriba el nombre completo de ambos, el padre y la madre para cada persona menor de 18 años de edad que solicita beneficios médicos. Si uno de los padres no vive con el niño, escriba la dirección de ese padre o madre.

| Nombre del Niño | Nombre del Segundo Niño | Nombre del Tercer Niño: |
|--|--|--|
| Nombre completo de la madre: | Nombre completo de la madre: | Nombre completo de la madre: |
| Núm. Seguro Social: | Núm. Seguro Social: | Núm. Seguro Social: |
| Empleador de la madre: | Empleador de la madre: | Empleador de la madre: |
| <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial |
| Dirección, si es otra: | Dirección, si es otra: | Dirección, si es otra: |
| Nombre completo del padre: | Nombre completo del padre: | Nombre completo del padre: |
| Núm. Seguro Social: | Núm. Seguro Social: | Núm. Seguro Social: |
| Empleador del padre: | Empleador del padre: | Empleador del padre: |
| <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial |
| Dirección, si es otra: | Dirección, si es otra: | Dirección, si es otra: |

C. ¿Es veterano alguien que solicita o esposo(a), hijo, viudo(a) o padre de un veterano? Sí No

Si es sí, escriba el nombre de la persona y parentesco con el veterano: _____

D. ¿Es ciego o tiene una discapacidad, alguna persona que solicita? Sí No

Si es sí, escriba el nombre de la persona: _____

Complete el Formulario G si la Administración del Seguro Social no ha determinado que esta persona está discapacitada.

E. ¿Viven en Illinois todas las personas que están solicitando beneficios? Sí No

Si es no, escriba el nombre de la persona: _____

2. INFORMACIÓN PERSONAL (continuación)

F. Si alguien que solicita es ciudadano de los Estados Unidos, escriba su nombre, ciudad y estado dónde nació. Envíe comprobante de su identidad y su ciudadanía. Para más información, vea las instrucciones en la página 4.

| Nombre | Ciudad | Estado |
|----------|----------|----------|
| 1) _____ | 1) _____ | 1) _____ |
| 2) _____ | 2) _____ | 2) _____ |
| 3) _____ | 3) _____ | 3) _____ |

G. Si alguien que solicita no es ciudadano de Estados Unidos, escriba el nombre de la persona. Si la persona tiene un número de registro de extranjería válido, escríbalo. Envíe una copia del número de identificación de Extranjería. Para más información, vea las instrucciones en la página 4.

| Nombre | Número registro de extranjería válido |
|----------|---------------------------------------|
| 1) _____ | 1) _____ |
| 2) _____ | 2) _____ |
| 3) _____ | 3) _____ |

H. ¿Vive alguien que solicita en un asilo o institución o lugar de vivienda con apoyo? Sí No

Si es sí, debe completar los formularios **B, C y D**.

Si es sí, escriba el nombre de la persona: _____

¿Residía esta persona en un asilo o institución antes de 07/01/96? Sí No Desconoce

Nombre de la Institución: _____

Dirección de la Institución: _____

Ciudad, Estado,
Zona postal: _____

Número de Teléfono
de la Institución y el
Código de Área: _____

I. Alguien que solicita servicios, ¿recibe o solicitó servicios por medio del Programa Cuidado en la Comunidad del Departamento Para Personas de Edad Avanzada ? Sí No

Si es sí, escriba el nombre de la persona: _____

J. ¿Es ésta una solicitud para pagar cuentas de alguien que ha fallecido? Sí No

Si es sí, escriba el nombre de la persona: _____

Fecha del fallecimiento: _____

2. INFORMACIÓN PERSONAL (continuación)

K. ¿Tiene tutor legal alguna persona que solicita?

Sí

No

Si es sí, escriba el nombre del tutor: _____

Adjunte copia de papeles de tutela.

L. ¿Está o estuvo embarazada en los últimos 3 meses alguna persona que solicita?

Sí

No

Si es sí, escriba el nombre de la persona: _____ ,

Fecha del parto: _____ , y número de bebés que espera: _____ .

M. ¿Recibió alguien que solicita algún servicio médico tres meses antes de solicitar?

Sí

No

Si es sí, ¿quiere que determinemos si pueden recibir ayuda para pagar esas facturas?

Sí

No

Si es sí, anote los meses: _____

N. ¿Está cubierto alguien que solicita por Medicare u otro seguro de salud?

Sí

No

Si es sí, complete el Formulario A.

O. ¿Tiene una condición médica costosa alguien que solicita?

Sí

No

Si es sí, escriba el nombre de la persona: _____

¿Está la persona cubierta por seguro de salud para la condición médica o pueden obtener seguro de salud por medio de un empleador reciente o póliza de un pariente?

Sí

No

P. ¿Puede obtener seguro de salud por medio de un sindicato / gremio / unión o trabajo, alguien que solicita?

Sí

No

Si es sí, escriba el nombre de la persona: _____

Q. ¿Está alguien que solicita inscrito en el Plan Integral de Seguro de Salud de Illinois (Illinois Comprehensive Health Insurance Plan - ICHIP)?

Sí

No

Si es sí, escriba el nombre de la persona: _____

3. MANUTENCIÓN PAGADA

¿Paga alguien que solicita por manutención para una persona que ellos son responsables legalmente o tienen una orden de manutención por medio del tribunal? Sí No
Incluya comprobantes.

Si es sí, escriba el nombre de la persona que paga la manutención: _____

Cantidad pagada: \$ _____ Frecuencia de pagos: _____ Ordenado por el tribunal: Sí No

4. INGRESOS Y BENEFICIOS

Indique todo el dinero que reciben las personas que están solicitando beneficios médicos. Si está casado(a) y vive con su esposo(a), también indique el dinero que recibe el esposo(a), también indique el dinero que reciben los padres, si es menor de 18 años de edad y si vive con los padres. Escriba la cantidad de ingresos sin descontar deducciones, tales como impuestos o seguros. Incluya comprobantes. Marque todo lo que aplica y escriba los detalles a continuación:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Pensiones / Beneficios de Jubilación | <input type="checkbox"/> Sueldos / Negocio Propio o Trabajos Por su Cuenta | <input type="checkbox"/> SSI |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos | <input type="checkbox"/> Beneficios de Jubilación Ferroviaria | <input type="checkbox"/> Pagos de A anualidades | <input type="checkbox"/> Manutención de niños |
| <input type="checkbox"/> Dividendos o Interés | <input type="checkbox"/> Regalías, Derechos de minerales / Petróleo | <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores | <input type="checkbox"/> Ingresos de alquiler |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por Discapacidad | <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo | <input type="checkbox"/> Ingresos de Granja | <input type="checkbox"/> Pensión del esposo(a) |
| <input type="checkbox"/> Contribuciones | <input type="checkbox"/> Otro: | Indique los ingresos adicionales y beneficios no mencionados aquí: _____ | |

| Persona Que Recibe los Ingresos | Fuente de Ingresos. Si trabaja, escriba el nombre de la empresa o empleador. | Cantidad | ¿Con qué Frecuencia? | Si es del Seguro Social, escriba el Número de Reclamo |
|---------------------------------|--|----------|----------------------|---|
| 1) _____ | 1) _____ | \$ _____ | 1) _____ | 1) _____ |
| 2) _____ | 2) _____ | \$ _____ | 2) _____ | 2) _____ |
| 3) _____ | 3) _____ | \$ _____ | 3) _____ | 3) _____ |

5. GUARDERÍA O CUIDADO DE NIÑOS

¿Paga usted o alguien que vive con usted por cuidado de niños para que puedan trabajar? Sí No

Si es sí, complete lo siguiente:

| Nombre del niño | Nombre de la Persona que lo Cuida | Cantidad mensual | Persona que paga por el Cuidado |
|-----------------|-----------------------------------|------------------|---------------------------------|
| 1) _____ | 1) _____ | \$ _____ | 1) _____ |
| 2) _____ | 2) _____ | \$ _____ | 2) _____ |
| 3) _____ | 3) _____ | \$ _____ | 3) _____ |

LEA Y FIRME

Lea cuidadosamente, luego firme y escriba la fecha de la solicitud a continuación.

1. Mantendremos lo que usted nos dice privado como lo requiere la ley.
2. Algunas familias deben pagar cada mes para este seguro de salud. Este pago se llama prima. La cantidad de la prima depende de los ingresos de la familia.
3. Algunas familias deben pagar parte de la factura cuando vayan al médico, sean admitidos al hospital o cuando obtienen recetas médicas. Estos pagos se llaman cuotas. La cantidad de las cuotas depende de los ingresos de la familia.
4. Algunos individuos deben incurrir gastos médicos para calificar para una tarjeta médica. Esto se llama obligación de pago "spenddown". Esto es similar a un deducible de seguro de salud.
5. Usted está de acuerdo que el estado puede buscar reembolso por los servicios que el estado cubrió para su familia si esos servicios deberían haber sido pagados por cualquier otro seguro de salud que su familia tenga.
6. Asegúrese contestar las preguntas correctamente. Podemos verificar toda la información en este formulario. Usted nos debe ayudar si le pedimos que compruebe que su información está correcta.
7. No compartiremos información sobre inmigración de ninguna persona que no tenga número de Tarjeta de Extranjería. Verificaremos el estatus de inmigración de toda persona si usted nos provee el número de Tarjeta de Extranjería. Para hacer esto, verificaremos el número con la oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (U.S. Bureau of Citizenship and Immigration Services - USCIS). Podemos enviar al USCIS otra información tal como copias de comprobantes que usted envía del número de Tarjeta de Extranjería y el número de Seguro Social de la persona, si tienen uno.
8. Usted debe informar al trabajador(a) de su caso dentro de 10 días si cualquiera de lo siguiente sucede:
 - Sus ingresos cambian;
 - El número de personas de su familia que vive con usted cambia;
 - Usted se muda; o
 - Alguien que recibe beneficios de salud se muda de Illinois, muere, o va a la cárcel o prisión.
9. Si pagamos facturas médicas por usted, usted pasa su derecho de coleccionar pagos de asistencia médica al Estado de Illinois. Usted debe ayudarnos si le pedimos que establezca la paternidad u obtenga pagos de asistencia médica para miembros de su familia. No tendrá que hacer esto si tiene una causa justificada. Sus niños pueden recibir seguro de salud aunque usted no nos ayude cuando le pedimos que lo haga.
10. Cualquier persona que use indebidamente nuestra tarjeta de seguro de salud puede estar cometiendo un delito

Yo declaro bajo pena de perjurio que he leído todas las declaraciones en este formulario y la información que he provisto es verdadera, correcta y completa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que puedo ser penalizado si doy información falsa a sabiendas.

Firma del / la Solicitante : _____ Fecha: _____

(Si no puede firmar, haga una marca y que un testigo firme al lado de su marca).

Si alguien completó esta solicitud a favor del solicitante, esa persona debe firmar y completar la información siguiente.

Firma: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

Nombre (en letra de molde): _____ Parentesco con el Solicitante: _____

Si la solicitud fue iniciada por alguien a favor del solicitante, identifique a un pariente u otra persona que pueda contestar preguntas sobre la situación económica del solicitante.

Nombre: _____ Dirección: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

FORMULARIO A- MEDICARE Y OTROS SEGUROS DE SALUD

MEDICARE

Complete para cualquier persona que tenga Medicare o incluya una copia (ambos lados) de la tarjeta de Medicare.

| Nombre | Número del Reclamo de Medicare | Fecha de vigencia | |
|----------|--------------------------------|-------------------|------------------|
| 1) _____ | 1) _____ | Parte A _____ | Parte B _____ |
| 2) _____ | 2) _____ | Parte A _____ | Parte B _____ |

SEGURO DE SALUD

Complete para todos los que están cubiertos por seguro de salud privado o seguro de salud de grupo, incluyendo un plan por medio de su más reciente empleo o incluya una copia (frente y reverso) de la tarjeta del seguro.

Nombre de la Persona Cubierta #1: _____

Nombre del Dueño de la Póliza: _____

Compañía de Seguros: _____

Reclamos Médicos Enviados a:

Nombre: _____ Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal : _____

Reclamos de Recetas Médicas Enviados a:

Nombre: _____ Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal : _____

Fechas de Cobertura: Fecha de Inicio: _____ Fecha que Termina: _____

Si el seguro es por medio del empleo / gremio / unión, indique el empleador / sindicato / unión.

Nombre: _____ Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal : _____

Marque todos los siguientes beneficios que se proveen: Beneficios Médicos Completos Dental Visión Cuidado A Largo Plazo (LTC) Recetas Médicas

Cantidad de Prima mensual: \$ _____

Nombre de la persona Cubierta #2: _____

Nombre del Dueño de la Póliza: _____

Compañía de Seguros: _____

Reclamos Médicos Enviados a:

Nombre: _____ Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Reclamos de Recetas Médicas Enviados a:

Nombre: _____ Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal : _____

Fechas de Cobertura: Fecha de Inicio: _____ Fecha que Termina: _____

Si el seguro es por medio del empleo / gremio / unión, indique el empleador / sindicato / unión.

Nombre: _____ Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal : _____

Marque todos los siguientes beneficios que se proveen: Beneficios Médicos Completos Dental Visión Cuidado A Largo Plazo (LTC) Recetas Médicas

Cantidad de Prima mensual \$ _____

FORMULARIO B - INFORMACIÓN SOBRE BIENES

Complete sólo para las personas que son ciegas, tienen alguna discapacidad o tienen 65 años de edad o más. Si la persona está casada y vive con su esposo(a), anote también los bienes que tiene su esposo(a). Si contesta sí en cualquiera de los siguientes, anote los detalles a continuación. Incluya comprobantes. Si es necesario, incluya hojas adicionales.

¿Tiene alguien alguna propiedad tales como casa, casa para vacaciones, tiempo compartido, terreno o edificio? Sí No

| Dueño | Dirección | Tipo | Valor | Cantidad que Debe |
|----------|-----------|----------|----------|-------------------|
| 1) _____ | 1) _____ | 1) _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| 2) _____ | 2) _____ | 2) _____ | \$ _____ | \$ _____ |

¿Tiene alguien un automóvil, camioneta, motocicleta, bote, remolque u otro vehículo? Sí No

| Dueño | Tipo | Marca / modelo / año | Valor | Cantidad que Debe |
|----------|----------|----------------------|----------|-------------------|
| 1) _____ | 1) _____ | 1) _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| 2) _____ | 2) _____ | 2) _____ | \$ _____ | \$ _____ |

¿Tiene alguien algún seguro de vida? Sí No

| Dueño | Compañía de Seguros | Número de la Póliza | Valor al Redimir | Valor al Contado |
|----------|---------------------|---------------------|------------------|------------------|
| 1) _____ | 1) _____ | 1) _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| 2) _____ | 2) _____ | 2) _____ | \$ _____ | \$ _____ |

¿Tiene usted una póliza de seguro que paga si usted reside en asilo o institución? Sí No

Si es sí, conteste lo siguiente **Número de Póliza:** _____
Nombre de compañía _____

¿Tiene alguien algunos de los siguientes bienes? Marque todo lo que aplica:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuenta de Banco | <input type="checkbox"/> Ahorros | <input type="checkbox"/> Fondos Mutuales | <input type="checkbox"/> Fondos fiduciarios |
| <input type="checkbox"/> Anualidades | <input type="checkbox"/> Plan para funeral / entierro | <input type="checkbox"/> Bonos del gobierno | <input type="checkbox"/> Certificados de depósito |
| <input type="checkbox"/> Lotes para entierro | <input type="checkbox"/> Cuentas para asilo de ancianos | <input type="checkbox"/> Cuentas de dinero y valores | <input type="checkbox"/> Bonos y acciones |
| <input type="checkbox"/> Derechos de minas / petróleo | <input type="checkbox"/> IRA | <input type="checkbox"/> Otro | Anote, otros: _____ |

| Dueño | Tipo de Bienes | Número de Cuenta / Póliza | Valor | Nombre del Banco, Compañía, etc. |
|----------|----------------|---------------------------|----------|----------------------------------|
| 1) _____ | 1) _____ | 1) _____ | \$ _____ | 1) _____ |
| 2) _____ | 2) _____ | 2) _____ | \$ _____ | 2) _____ |
| 3) _____ | 3) _____ | 3) _____ | \$ _____ | 3) _____ |
| 4) _____ | 4) _____ | 4) _____ | \$ _____ | 4) _____ |

¿Tiene usted recursos (propiedades o cuentas) junto con otras personas? Sí No

(Recursos bajo el nombre de dos o más personas son, por ejemplo, recursos a su nombre y bajo el nombre de otras personas. Esto incluye recursos a su nombre y a nombre de su esposo(a), hijos, hermanos, nietos amigos o compañero(a), etc.).

| RECURSO: | VALOR: | NOMBRE Y PARENTESCO DE LAS OTRAS PERSONAS CON QUIÉN TIENE EL RECURSO: |
|-----------------------------------|----------|---|
| Propiedad en Illinois:..... | \$ _____ | _____ |
| Propiedad en otro estado:..... | \$ _____ | _____ |
| Cuenta de Cheques / Ahorros:..... | \$ _____ | _____ |
| Certificado de Depósito..... | \$ _____ | _____ |
| Acciones / Fondos Mutuos:..... | \$ _____ | _____ |
| Otro:..... | \$ _____ | _____ |

FORMULARIO C - TRASFERENCIA DE BIENES E INGRESOS

Complete sólo para personas que viven en un asilo o institución de cuidado de largo plazo o cuidado con apoyo o si intentan mudarse a una institución de cuidados a largo plazo o vivienda con apoyo, o si reciben o han solicitado servicios por medio del programa Cuidados en la Comunidad del Departamento Para Personas de Edad Avanzada.

1. Ha presentado usted una declaración de impuestos estatales o federales en los últimos 5 años? Sí No

Si es Sí, ¿cuáles años? _____

Si es Sí, debe proveer copia de cada una de sus declaraciones, incluyendo todos los anexos, presentados en los últimos 5 años.

¿Han vendido o regalado algunos bienes usted o su cónyuge en los últimos 60 meses, cerrado cuentas de banco, o hicieron algún cambio en la manera que se mantienen los bienes (ejemplo, se añadió a una persona a las escrituras de una casa o se creó un fideicomiso o anualidad)? Sí No

¿Han hecho transferencias de un fideicomiso revocable o 2) han creado un fideicomiso irrevocable usted o su cónyuge en los últimos 60 meses que no permite pago a usted(es)? Sí No

¿Tienen un fideicomiso irrevocable usted y su cónyuge en el cual se ha detenido el pago en los últimos 60 meses? Sí No

2. ¿Alguien le ha estado ayudando a usted a manejar su dinero y asuntos de finanzas en general? Sí No

Esto incluye ayudar a manejar cosas tales como cuentas de cheques y de ahorros, el manejo de los pagos de su seguro de vida y salud, el manejo de inversiones financieras, tales como cuentas IRA y certificados de depósito, manejo de sus ingresos, tales como cheques del Seguro Social, cheques de pensiones o pagos de anualidades. Este puede ser un miembro de su familia, un amigo o un asesor financiero o abogado, o alguien con poder legal o notarial (POA).

Si es sí, indique el nombre, dirección, número de teléfono y parentesco de cada persona que le ayuda con estos asuntos:

Nombre: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado ____ Zona Postal _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____

¿Tiene esta persona poder notarial (POA)? Sí No

Si es Sí, para: _____ Propiedad _____ Salud

Nombre: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado ____ Zona Postal _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____

¿Tiene esta persona poder notarial (POA)? Sí No

Si es Sí, para: _____ Propiedad _____ Salud

3. Durante los últimos 60 meses, ¿habló usted con un planificador de finanzas, abogado, miembro de familia o con alguna otra persona acerca de mudarse a un asilo o institución y de algunos de los siguientes asuntos? Sí No

- Cómo puede usar sus recursos e ingresos para pagar por su cuidado en una institución.
- Cómo puede ser elegible para Medicaid si usted no puede pagar el costo del cuidado en un asilo o institución con sus propios recursos
- Planificación de Bienes o Propiedades (Estate Planning) - es decir, desarrollar un plan para dividir algunos de sus bienes entre su cónyuge, miembros de su familia, amigos, iglesia u otra organización o colocar sus bienes en un fideicomiso para alguna de estas personas.

Si es Sí, ¿con quién habló? (Esto puede incluir un asesor financiero, abogado, banquero, miembro de la familia, amigo, organización comunitaria o servicio, otro.)

Nombre: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado ____ Zona Postal _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado ____ Zona Postal _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____

Si es sí, escriba los detalles a continuación. Si necesita más espacio, por favor adjunte una hoja adicional.

FORMULARIO C - TRASFERENCIA DE BIENES E INGRESOS (cont.)

4. En los últimos 5 años (60 meses), ¿transfirió algunas de sus pertenencias o sus ingresos?

Sí No

¿Cuáles pertenencias o bienes transfirió? _____

¿Quién transfirió los bienes?

Cantidad Recibida

¿A Quién los Transfirió?

Fecha de la Transferencia

Valor de los bienes en la Fecha de la Transferencia. Adjunte comprobante de cómo determinó el valor de los bienes

\$ _____

Describa la transferencia. Por ejemplo, ¿fueron los bienes vendidos, regalados, o hubo cambio en la manera que se mantienen?

¿Por qué fueron transferidos los bienes?

¿Qué otros bienes fueron transferidos? _____

Si necesita más espacio, por favor adjunte una hoja adicional.

¿Quién transfirió los bienes?

Cantidad Recibida

¿A Quién Transfirió?

Fecha de la Transferencia

Valor de los bienes en la Fecha de la Transferencia. Adjunte comprobante de cómo determinó el valor de los bienes

\$ _____

Describa la transferencia. Por ejemplo, ¿fueron los bienes vendidos, regalados, o hubo cambio en la manera que se mantienen?

¿Por qué fueron transferidos los bienes?

5. En los últimos 60 meses, ¿obtuvo usted una hipoteca reversible de su casa?

Sí No

Si es sí, ¿cómo recibió el dinero?

Pago completo: \$ _____ Línea de crédito: \$ _____

Explique cómo se usó el dinero: _____

FORMULARIO D - TRANSFERENCIA DE BIENES E INGRESOS AL ESPOSO(A)

Complete sólo para personas que están casadas y viven en un asilo o institución de cuidado a largo plazo o cuidado con apoyo o si intentan mudarse a un asilo o institución de cuidados a largo plazo o vivienda con apoyo, o si reciben o han solicitado servicios por medio del programa de Cuidados en la Comunidad del Departamento Para Personas de Edad Avanzada.

¿Quiere usted transferir bienes a su esposo(a)?

Sí

No

Si contestó sí, adjunte copias de los bienes de su esposo(a)

¿Quiere usted darle ingresos a su esposo(a)?

Sí

No

Si contestó sí, adjunte copias de los ingresos de su esposo(a).

¿Vive su esposo(a) en un asilo o institución de cuidados a largo plazo o cuidados con apoyo?

Sí

No

¿Recibe su esposo(a) o ha solicitado servicios por medio del programa de Cuidados en la Comunidad del Departamento Para Personas de Edad Avanzada?

Sí

No

¿Recibe su esposo(a) beneficios médicos por medio del Departamento de Servicios Humanos o el Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias?

Sí

No

Si contestó sí, anote el número del caso: _____

FORMULARIO - E - GASTOS POR EMPLEO

Complete sólo para personas que son ciegas, tienen una discapacidad o tienen 65 años de edad o más. También, anote los gastos de empleo del esposo(a) o los padres de niños menores de 18 años de edad que tienen un empleo, si viven juntos.

Nombre de la Persona Empleada (1) _____

Salario recibido sin descontar deducciones (cantidad bruta): _____

Frecuencia de pagos: Semanal Cada dos semanas Dos Veces al Mes Mensual

Impuestos federales, estatales y de la ciudad retenidos: \$ _____ Impuestos del Seguro Social retenidos: \$ _____

¿Compra o trae el almuerzo al trabajo esta persona? Compra Almuerzo Trae

¿Compra esta persona uniformes o herramientas especiales? Sí No

Si contestó sí, anote los artículos que compra, frecuencia y costo. Adjunte comprobantes. _____

¿Cómo va y viene al trabajo esta persona? Propio Automóvil Autobús Otro Por favor explique, si es otro _____

¿Si la persona usa su propio automóvil, cuántas millas hay hasta el trabajo? _____

¿Si la persona toma el autobús, cuánto cuesta el pasaje? \$ _____

Si va al trabajo de otra manera, anote manera y costo. Añada comprobante. _____

Como condición de empleo, ¿tiene la persona que pagar por sindicato o unión, primas de seguro de vida de grupo, primas de seguro de salud de grupo, o retenciones por plan de jubilación? Sí No

Cantidad mensual: \$ _____

Nombre de la Persona Empleada (2) _____

Salario recibido sin descontar deducciones (cantidad bruta): \$ _____

Frecuencia de pagos: Semanal Cada dos semanas Dos Veces al Mes Mensual

Impuestos federales, estatales y de la ciudad retenidos: \$ _____ Impuestos del Seguro Social retenidos: \$ _____

¿Compra o trae el almuerzo al trabajo esta persona? Compra Almuerzo Trae

¿Compra esta persona uniformes o herramientas especiales? Sí No

Si contestó sí, anote los artículos que compra, frecuencia y costo. Adjunte comprobantes. _____

¿Cómo va y viene al trabajo esta persona? Propio Automóvil Autobús Otro Por favor explique, si es otro _____

¿Si la persona usa su propio automóvil, cuántas millas maneja hasta el trabajo? _____

¿Si la persona toma el autobús, cuánto cuesta el pasaje? \$ _____

Si va al trabajo de otra manera, anote manera y costo. Añada comprobante. _____

Como condición de empleo, ¿tiene la persona que pagar por sindicato o unión, primas de seguro de vida de grupo, primas de seguro de salud de grupo, o retenciones por plan de jubilación? Sí No

Cantidad mensual: \$ _____

FORMULARIO F - INFORMACIÓN DEL ESPOSO(A) AUSENTE

Anote la siguiente información para cada esposo(a) ausente (no vive con usted).

Nombre del Esposo(a) Ausente

¿ Esposo(a) de Quién?

(1)

Calle

**Número de
Apartamento**

Ciudad

Estado

**Zona
Postal**

Condado

Número de Seguro Social

Ingreso Mensual Bruto (Sin descontar deducciones): \$

Origen de los Ingresos :

(Incluya nombre y dirección del empleador o compañía)

Nombre:

Dirección:

Nombre del Esposo(a) Ausente

¿ Esposo(a) de Quién?

(2)

Calle

**Número de
Apartamento**

Ciudad

Estado

**Zona
Postal**

Condado

Número de Seguro Social:

Ingreso Mensual Bruto (Sin descontar deducciones): \$

Origen de los Ingresos:

(Incluya nombre y dirección del empleador o empresa)

Nombre:

Dirección:

FORMULARIO G

Trabajador de Elegibilidad:
El Formulario G es un requisito del paquete 183 que va a CAU, a menos que el formulario 183 B se envíe completado.

Complete este formulario sólo para personas que tienen una discapacidad si la Administración del Seguro Social **no** ha decidido que la persona está discapacitada.

Nombre de Persona Que Tiene una Discapacidad: _____

EDUCACIÓN

Grado Más Alto Completado: _____ **¿A Qué Edad?** _____ **Fecha** _____ **¿Formación Profesional o Técnica?**

Técnica Vocacional

¿Tomó Clases de Educación Especial Mientras Estaba en la Escuela? Sí No

Si contestó sí, por favor indique: _____

¿Lee y escribe inglés la persona? Sí No

¿Habla inglés la persona? Sí No

Si no, ¿qué idioma habla? _____

HISTORIAL DE EMPLEO

¿Ha trabajado alguna vez esta persona? Sí No

Si contestó no, ¿cómo se mantiene esta persona? _____

| Provea el historial de los últimos 3 empleos. | Fechas de Empleo | Tiempo Completo o Parcial | Razón por qué dejó el empleo |
|---|------------------|--|------------------------------|
| Título de trabajo (1): _____ | Desde: _____ | <input type="checkbox"/> Tiempo completo | _____ |
| Deberes (1): _____ | Hasta: _____ | <input type="checkbox"/> Tiempo parcial | _____ |
| Título de trabajo (2): _____ | Desde: _____ | <input type="checkbox"/> Tiempo completo | _____ |
| Deberes (2): _____ | Hasta: _____ | <input type="checkbox"/> Tiempo parcial | _____ |
| Título de trabajo (3): _____ | Desde: _____ | <input type="checkbox"/> Tiempo completo | _____ |
| Deberes (3): _____ | Hasta: _____ | <input type="checkbox"/> Tiempo parcial | _____ |

FORMULARIO G (continuación)

PROVEEDORES MÉDICOS QUE TRATAN A ESTA PERSONA

| Nombre del Médico | Número de Teléfono del Médico | Dirección del Médico |
|-------------------|-------------------------------|----------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

¿Ha recibido tratamiento esta persona para problemas médicos en los últimos tres meses?

Sí

No

¿Ha sido hospitalizada esta persona o ha usado los servicios de salud en la comunidad para este problema en los últimos 12 meses?

Sí

No

Si contestó Sí, ¿dónde fue hospitalizado? _____



FORMULARIO H

Formulario de Reembolso para All Kids y FamilyCare

Use este formulario si usted solicita All Kids o FamilyCare Rebate.

El reembolso es una cantidad mensual que le pagaremos si usted ya paga por un seguro de salud para usted mismo, su esposo(a) o sus hijos. Si decide solicitar reembolso, usted usará su tarjeta de seguro actual para obtener atención médica.

Sólo las familias que tienen seguro de salud pueden recibir pagos de reembolso. También, sólo las familias con cierta cantidad de ingresos pueden recibir reembolso. Usted puede recibir reembolsos si su familia se describe en la siguiente lista:

- Usted es la **única** persona en su familia ➡ Usted puede calificar para reembolsos si los ingresos que recibe cada mes están entre \$1,274 y \$1,915.
- Hay **dos** personas en su familia ➡ Usted puede calificar para reembolsos si los ingresos que recibe cada mes están entre \$1,720 y \$2,585.
- Hay **tres** personas en su familia ➡ Usted puede calificar para reembolsos si los ingresos que recibe cada mes están entre \$2,166 y \$3,255.
- Hay **cuatro** personas en su familia ➡ Usted puede calificar para reembolsos si los ingresos que recibe cada mes están entre \$2,611 y \$3,925.

Para pedir reembolsos, **usted debe enviar este formulario con el resto de su solicitud.**

Parte A

La persona principal cuyo nombre está en el seguro tiene que firmar esta parte del formulario. Generalmente, a esta persona es el dueño de la póliza. Esta persona puede que reciba seguro de salud de su empleo o trabajo.

Nombre del Dueño de la Póliza

(Apellido, Nombre): _____

Dirección _____ **Apto. #:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Zona Postal:** _____

SSN (se requiere): _____ **Número de Teléfono:** _____

Necesitamos el SSN (Número de Seguro Social) para poder pagar el reembolso a esta persona.

Número de Póliza: _____ **Número de Grupo:** _____

Díganos los nombres de los miembros de familia para los que quiere reembolsos.

Yo estoy de acuerdo en llamar a All Kids/FamilyCare inmediatamente, si este seguro de salud termina, alguien es añadido o quitado del seguro de salud, la cantidad que se paga por el seguro cambia, los beneficios que cubre cambian o cambia el dueño de la póliza.

Yo autorizo a mi empleador, administrador del plan y compañía de seguro, proveer la información solicitada en la Parte B, de la siguiente página, para determinar si califico para All Kids / FamilyCare. También autorizo a mi empleador, administrador de plan y compañía de seguro, verificar mi cobertura y cualquier información a continuación por el tiempo que reciba All Kids / FamilyCare Rebate.

Firma del Empleado / Dueño de la Póliza: _____

¿Necesita ayuda? Visite www.allkids.com o llame al 1-866-All-Kids (1-866-255-5437). Si usa un TTY, llame al 1-877-204-1012.

La llamada es gratis.

FORMULARIO H (continuación)

Parte B

Esta parte del formulario debe completarlo 1) el empleador que provee el seguro de salud, o 2) el agente de seguros.

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 1-877-805-5312. The call is free.

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?
Check all that apply. Physician Services Hospital Inpatient Services

Amount of premium (for physician and hospital inpatient) 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

List the 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 physician and hospital inpatient coverage of the employee only (single rate)?

\$ _____ Include single rate 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 this completed form to the employee for submission with the application.

Need help? Visit www.allkids.com or call 1-866-All-Kids (1-866-255-5437).

If you use a TTY, call 1-877-204-1012. The call is free.

Para más información, llame al 1-800-843-6154, (TTY: 1-800-447-6404). La llamada es gratis.