
2. Usted nos puede ayudar indicándonos su grupo étnico y raza, pero no tiene que contestar esta pregunta. (Marque todo lo que aplica.)

¿Es usted de origen hispano o latino? Sí No

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro Americano
 Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico Blanco Desconoce

3. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? Sí No

Si contestó sí, díganos dónde nació: _____

Ciudad

Estado

● **Si contestó sí, provea uno de los siguientes documentos:**

- Pasaporte de los Estados Unidos
- Certificado de Naturalización (N-550 o N-570)
- Certificado de Ciudadanía de Estados Unidos (N-560 o N-561)

Si usted no tiene uno de los documentos indicados arriba, necesita proveer un documento de CADA una de las siguientes listas.

Documentos que muestran 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

Tarjeta de identificación con foto u otra información que identifica a la persona:

- 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
- Otra identificación del gobierno (ciudad, condado o estado de los Estados Unidos en que fue otorgada)

Para más información sobre cómo obtener su certificado de nacimiento, lea la página 6.

Si usted no es un ciudadano de los Estados Unidos,

escriba su Número de Registro de Extranjería: _____

- Envíe una copia de uno de los siguiente documentos como comprobante de su Número de Registro de Extranjería.
 - Tarjeta de Registros de Extranjería, Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta Verde (Green Card)
 - Pasaporte con sellos o fijaciones siguientes: Registro de Llegada - Salida (I-94) incluyendo sello mostrando su estatus, Formulario de Residente Extranjero (I-551) o Tarjeta de Residente Temporal (I-688)
 - Aviso para asilados ordenado por el tribunal
 - Otro comprobante legítimo de estatus de inmigración

NOTA: Sólo se requiere que provea comprobante de ciudadanía de los Estados Unidos e identidad legal de inmigración, la mujer que solicita para este programa.

4. ¿Está usted actualmente embarazada? Sí No

Si contestó sí, usted no es elegible para Illinois Healthy Women. Usted puede calificar para Moms & Babies. Solicite en el Internet en www.allkids.com o llame al 1-866-255-5437. Si usted usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012. La llamada es gratis.

5. ¿Cuántas personas viven con usted? _____ (Incluya sólo a su esposo y sus hijos e hijastros de 18 años o menores, pero no se incluya usted.)

Anote sus nombres, fechas de nacimiento y parentesco con usted. (Si necesita más espacio, use una hoja de papel adicional.)

Nombre:	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)	Parentesco:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

6. a. ¿Está usted trabajando? Sí No

Si contestó sí, ¿cuánto le pagan, sin descontar los impuestos, en cada período de pagos (incluya propinas)?
\$ _____ Frecuencia de Pagos: semanal cada 2 semanas dos veces al mes mensual

b. Si usted está casada, ¿trabaja su esposo? Sí No No estoy casada No vivimos juntos

Si contestó sí, ¿cuánto le pagan a su esposo, sin descontar los impuestos, en cada período de pagos (incluya las propinas)? \$ _____ Frecuencia de Pagos: semanal cada 2 semanas dos veces al mes mensual

- Si la respuesta a 6a o 6b es "sí", envíe una copia de un talón de cheques de pagos (incluya propinas) recibidos en los últimos 30 días de cada empleo para cada persona. Si alguien trabaja por su cuenta o tiene negocio propio, provea registros detallados del negocio que incluya ingresos y gastos de los últimos 30 días.

7. ¿Recibe usted o su esposo (si está casada y si vive con usted) dinero de algún otro origen tales como Seguro Social, pensión del cónyuge, alquiler de una propiedad, beneficios del desempleo, pensiones, fondos fiduciarios? Sí No

Si contestó sí, complete lo siguiente.

- Envíe comprobantes de un pago recibido en los últimos 30 días para cada origen de ingresos que usted anotó.

Nombre: _____ Origen: _____

Cantidad del Pago: \$ _____ Frecuencia de Pagos: _____

¿Si esto es ingreso del alquiler de una propiedad, administra la propiedad la persona que recibe los ingresos? Sí No

Nombre: _____ Origen: _____

Cantidad del Pago: \$ _____ Frecuencia de Pagos: _____

¿Si esto es ingreso del alquiler de una propiedad, administra la propiedad la persona que recibe los ingresos? Sí No

8. ¿Paga usted o su esposo (si está casada y si vive con usted) manutención de niños o pensión al cónyuge?

Sí No **Si contestó sí,** ¿cuánto paga? \$ _____ Frecuencia de Pagos: _____

- Envíe comprobante de un pago hecho en los últimos 30 días.

9. Paga usted o su esposo (si está casada y si vive con usted) por guardería o cuidado de niños para poder trabajar? Sí No **Si contestó sí, complete lo siguiente para cada niño para el cual paga cuidado de niños:**

Nombre del niño que se cuida: _____

Nombre del proveedor de cuidado: _____

Cantidad del pago: \$ _____ Frecuencia de pago _____

Parentesco del proveedor de cuidado con el niño (si lo hay): _____

Nombre del niño que se cuida: _____

Nombre del proveedor de cuidado: _____

Cantidad del pago: \$ _____ Frecuencia de pago _____

Parentesco del proveedor de cuidado con el niño (si lo hay): _____

(Si necesita más espacio, use una hoja de papel adicional.)

10. ¿Tiene usted otro seguro de salud para el control de la natalidad? Sí No

Si contestó sí, por favor provea lo siguiente:

Nombre del Dueño de la Póliza _____

Número del Seguro Social del Dueño de la Póliza: _____ - _____ - _____
(Opcional)

Compañía de Seguro de Salud _____ Número de Póliza: _____

11. Si usted está casada, por favor provea la siguiente información aunque su esposo no viva con usted.

Usted nos puede ayudar si contesta, pero no tiene que contestar esta pregunta.

Nombre del esposo _____ Núm. de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Empleador del esposo (si tiene empleo) _____ Tiempo completo Tiempo Parcial

Lea y Firme

- Mantendremos lo que usted nos dice confidencial, como requiere la ley.
- Yo sé que esta solicitud está limitada a planificación familiar /servicios del control de natalidad para mujeres de 19 - 44 años de edad.
- Yo necesito servicios de planificación familiar.
- Yo sé que si necesito beneficios médicos completos, asistencia económica o estampillas de comida, tengo que completar una solicitud diferente.
- Yo estoy de acuerdo en informar cualquier cambio que tenga en mi dirección o domicilio dentro de 10 días que ocurra el cambio.
- Asegúrese contestar correctamente las preguntas. Podemos verificar toda la información en este formulario. Usted nos debe ayudar si le pedimos que compruebe que su información es correcta.
- Yo sé que cualquiera que a sabiendas mal usa la tarjeta Illinois Healthy Women puede estar cometiendo un delito.
- Yo sé que pueden penalizarme si doy información falsa a sabiendas.

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

Firma del Solicitante _____ **Fecha** _____

(Si no puede firmar su nombre, haga una marca y que otro adulto firme al lado de su marca.)

Si usted completó esta solicitud a favor del solicitante, firme y complete lo siguiente:

Firma _____ Fecha _____ Teléfono (____) _____

Nombre (letra de molde) _____ Parentesco Con Solicitante _____



Solicitud Para Illinois Healthy Women

Servicios de Planificación Familiar (Control de la Natalidad)

Usted nos puede ayudar dándonos esta información, pero no tiene que contestar esta pregunta. Mantendremos esta información confidencial, así como toda la otra información que usted nos provea en esta solicitud

Esta información nos ayudará a saber si Illinois Healthy Women realmente ayuda a mantener a las mujeres y sus bebés saludables.

Gracias.

¿Ha estado usted embarazada alguna vez? Sí No

Si contestó sí, por favor provea la fecha que terminó su último embarazo: _____

Su Nombre en Letra de Molde: _____

Fecha de Nacimiento: _____
mm/dd/yyyy

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

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 usted es un ciudadano de los Estados Unidos y no tiene estos documentos, debe tratar de obtenerlos.

Usted puede obtener su certificado de nacimiento en el estado o condado donde usted nació. Usted tendrá que pagar por una copia oficial de su certificado de nacimiento. Para ordenar el certificado de nacimiento, usted necesita proveer el nombre, fecha de nacimiento y nombres de los padres.

- Si usted nació en Illinois, puede obtener su certificado de nacimiento del condado donde usted nació. 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 **1-217-782-6553**. Si usted usa un teletipo (TTY), llame al **1-800-547-0466**. La llamada es gratis.

- Si usted nació en Illinois, también puede obtener su certificado de nacimiento del Departamento de Salud Pública de Illinois llamando al **1-217-782-6553**. 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 Estadística de Salud le puede ayudar a encontrar su certificado de nacimiento si nació en otro estado que no es Illinois. Llame al **1-866-441-6247**. La llamada es gratis. Usted puede usar una computadora, visite www.cdc.gov/nchs.

Si usted no puede obtener estos documentos, llame al 1-800-266-0768 para decirnos la razón. Si usted usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012. La llamada es gratis. Puede haber otros documentos que usted puede usar para mostrar que usted es ciudadano de los Estados Unidos.

Lista de Verificación Final

- ✓ ¿Contestó todas las preguntas en la solicitud?
- ✓ ¿Firmó y escribió la fecha en la solicitud?
- ✓ ¿Incluyó todos los comprobantes necesarios que le indicamos?
Toda la información que necesita comprobante está marcada con una estrella ●.

Envíe su solicitud completada y firmada con los comprobantes necesarios a:

**Illinois Healthy Women
P. O. Box 19137**

Siguientes Pasos

- Si alguna información cambia después que usted haya enviado la solicitud, llame al 1-800-226-0768 e indíquenos el cambio. Si usted usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012. La llamada es gratis.
- Revisaremos su solicitud tan pronto como sea posible.
- Si determinamos que algo falta, le enviaremos una carta indicando lo que tiene que enviar.
- Por favor permita 45 días para que tomemos la decisión.
- Le enviaremos un aviso indicándole si es elegible para Illinois Healthy Women.
Si usted no califica, también le enviaremos un aviso explicándole la razón.

Otra Información Importante

Si usted no está satisfecha con las acciones tomadas en esta solicitud, usted tiene el derecho a una audiencia imparcial. Usted puede pedir una audiencia imparcial llamando al 1-800-435-0774. Si usted usa un (teletipo) TTY, llame al 1-877-734-7429 o 1-312-793-2697. Use estos números sólo para registrar una apelación.

Usted también puede pedir una audiencia imparcial escribiendo a:

**Department of Healthcare and Family Services
Bureau of Administrative Hearings
401 South Clinton Street, 6th Floor
Chicago, Illinois 60607**

Otros Programas de Beneficios Que Ofrece el Estado de Illinois

Aquí tenemos otros programas que pueden ayudar a uno de sus parientes o vecinos.

All Kids es un programa para los niños de Illinois de 18 años y menores que necesitan seguro de salud, sin considerar los ingresos de la familia, estatus de inmigración o condición de salud. Para información adicional y solicitar, por favor visite www.allkids.com o llame al 1-866-All Kids (1-866-255-5437). Si usted usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012.

FamilyCare provee acceso a cuidado de salud razonable para los padres que tienen hijos de 18 años y menores, y también para los parientes que crían niños en lugar de sus padres y que residen en Illinois. Visite www.familycareillinois.com o llame al 1-866-All-Kids (1-866-255-5437) para respuestas a sus preguntas. Si usted usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012.

Moms & Babies es un programa para mujeres embarazadas y sus bebés. Moms & Babies paga por servicios en el hospital y ambulatorios durante el embarazo y 60 días después del nacimiento del bebé. También paga por servicios el primer año de vida del bebé, si la madre tiene el seguro Moms & Babies cuando nace el bebé. Visite www.allkids.com o llame al 1-866-ALL-KIDS (1-866-255-5437). Si usted usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012.

El 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 que no tienen seguro de salud. Las mujeres que son elegibles para el programa califican para tratamiento gratis por medio del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois. Para más información, por favor llame a la Línea de Información de Salud Para la Mujer al 1-888-522-1282 (TTY: 1-800-547-0466) o visite www.cancerscreening.illinois.gov.

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 y la vista. Para información adicional, por favor visite www.illinoisveteranscare.com o llame al 1-877-4VETS-RX. Si usted usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012.

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 usted usa un teletipo (TTY), llame al 1-866-215-3479.

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 usted usa un teletipo (TTY), llame al 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 usted 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 beneficio 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.

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.hbwfillinois.com o llame al 1-800-226-0768. Si usa un teletipo (TTY), llame al 1-866-675-8440.