

Eligibility Requirements

- Live in suburban Cook County or Chicago (west of Pulaski Road and north of North Avenue);
- A family income under 300% of the federal poverty guidelines;
- No health insurance (or a deductible of \$1,500 or more per person);
- Not eligible for public health programs such as Medicaid and Medicare

Enrollment Fee

Do not send now, Access to Care will send you an invoice. Annual non-refundable fees: \$20 one adult member; \$40 two adult members; \$50 three or more adult members in one family.

Registration by Mail

Fill out the inside of this form completely. All four (4) of these items must be mailed back to be registered for the Access to Care program. If documents are missing, your application cannot be processed.

1. Proof of Support or Income:

- No Income: If you live rent-free, send a letter of room and board from the person you live with.
- Employed: Copies of your last two (2) paycheck stubs for you and/or your spouse is required. Or an employer's letter of proof of income (for you or other family members).
- Fixed Income: Proof of Social Security payments (for you and/or spouse).
- Self-Employed: Copy of your most recent federal income tax form (1040) and your most recent profit and loss statement (Schedule C).
- Unemployed: Copy of unemployment compensation statement for self and/or spouse.

2. Proof of Address:

Copy of your lease; a utility bill; a driver's license; etc.

3. Proof of Identity: *This information is completely confidential and is only used to verify that you are not eligible for a more comprehensive medical program.*

- Birth certificate, Social Security card, voters registration card, passport, naturalized citizenship certificate, permanent residency card, Visa, proof of US designation as a refugee, political asylum seeker, municipal ID, DACA ID or consular card.

4. Signed Release Forms:

A signed Enrollee Acknowledgment and Release Form and Authorization Form is required with your application (sign both front and back).

If you have any questions please contact the Access to Care office: (708) 531-0680, or visit www.accesstocare.org.

Access to Care is charity care, not insurance, it does not meet the individual mandate requirement under the Affordable Care Act.

Instrucciones De Aplicación

Requisitos de Elegibilidad

- Vivir en los suburbios del condado de Cook o en Chicago (al oeste de Pulaski Rd Y al norte de North Avenue);
- Tener un ingreso familiar menos de 300% del nivel de pobreza nacional;
- No tener seguro médico o (seguro médico con un deducible de \$1,500 o más por persona);
- No es elegible para programas de salud pública como Medicaid y Medicare

Registración por correo

Por favor llene el interior de esta forma completamente. Debe devolver por correo los 4 requisitos para registrarse en el programa Access to Care. Si faltan documentos su solicitud no puede ser procesada.

1. Prueba de Ingreso:

- No Ingreso: Si vive sin costo de alquiler, envíe una carta de alojamiento y comida de la persona con quien vive.
- Empleado: envíe copias de sus últimos dos (2) talones de cheque de pago para usted y/o su cónyuge o una carta de comprobante de ingresos de un empleador (para usted u otros miembros de la familia)
- Ingreso Fijo: envíe copia de su comprobante de pago de Seguro Social
- Su propio negocio: envíe una copia de la declaración de impuestos federales más reciente (1040) CON la forma de pérdidas y ganancias más reciente (Schedule C)
- Desempleados: envíe una copia de la declaración de compensación por desempleo para usted y/o su cónyuge

2. Prueba de Domicilio:

Envíe una copia de su contrato de renta o recibo de luz, gas o teléfono o su licencia de manejo.

3. Prueba de Identidad: *Esta información es completamente confidencial y se usa para verificar que no es elegible para un programa médico más completo.*

- Acta de nacimiento, Tarjeta de Seguro Social, Tarjeta de Registro de Votante, Pasaporte, Certificado de Ciudadanía y Naturalización, Tarjeta de Residencia Permanente, Visa, Prueba de Designación de los Estados Unidos como Refugiado o de Asilo Político, Tarjeta de identificación municipal, Tarjeta de identificación DACA, o Matrícula Consular.

4. Formas de Consentimiento:

Se requieren las formas de Conocimiento y Consentimiento y la forma de Autorización (firme los dos lados al frente y atrás).

Si tiene alguna pregunta por favor llame a la oficina de Access to Care: 708-531-0680, o visite www.accesstocare.org.

Access to Care es atención de caridad, no un seguro médico, y no cumple con el requisito del mandato individual bajo la ley Affordable Care Act.

Cuota de Inscripción

No envíe el pago ahora, Access to Care le enviará una factura. Las cuotas anuales de inscripción no reembolsables son: \$20 por un miembro adulto; \$40 por dos miembros adultos; y \$50 para tres o más miembros adultos en una familia.

BENEFITS: Doctor office visits \$5 • Prescription medication \$15-\$40 • Lab tests and X-rays \$5/test
BENEFICIOS: Visitas al médico \$5 • Recetas médicas \$15 - \$40 • Laboratorio y Radiología \$5/examen

FOR OFFICE USE ONLY / SOLO PARA USO DE OFICINA

Site Income

Township Emp. Status

Returning Access to Care members include membership number:
Si es miembro de Access to Care que regresa, escriba su número de membresía aquí:

1. PLEASE LIST FAMILY MEMBERS (INCLUDING YOU) APPLYING IN THE CHART BELOW.

(Family means you, your spouse, and your children under 21 living with you.) PLEASE PRINT CLEARLY.

Favor de enlistar todos los miembros de la familia (incluyendose usted) que desean inscribirse en ATC.

(Familia significa usted, su esposa/o, y niños menores de 21 años de edad que viven con usted.)

FAVOR ESCRIBIR CLARAMENTE.

| | | | | | FOR OFFICE USE ONLY / SOLO PARA USO DE OFICINA | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------------------|--|--|-----|------|-----|---|------------|----------|-----------|----------|
| Family Size Cantidad Familiar | Name (Last, First, MI) Nombre (Apellido, Nombre) | Sex Sexo | Date of Birth Fecha De Nacimiento | | A/P/R | ETH | P.L. | INS | H | Phy Assign | Reg Date | Reen Date | Term RSN |
| 1. Self Aplicante | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| 2. Spouse Esposa(o) | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| 3. Dependant Dependiente | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| 4. Dependant Dependiente | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |

*Indicate Family Size / Indique la cantidad familiar: _____

If different than number of family listed above please explain / Si-es diferente de la cantidad de familia anotada anteriormente por favor explique: _____

2. COMPLETE ADDRESS/Direccion:

Street Address / Calle _____ City / Ciudad _____ Zip Code / Codigo Postal _____

Phone Number / Numero de Telefonor _____ Email Address / Correo Electrónico _____

3. ETHNICITY:

Please check one:

- White African American Native Hawaiian, Pacific Islander Asian
 American Indian, Alaska Native Other Hispanic, Latino
Grupo Étnico: Blanco Africano Americano Nativo Hawaiano, Isleño Pacifico Asiático
 Americano Indige, Nativo de Alaska Otro Hispano, Latino

4. PRIMARY LANGUAGE:

- English Spanish Other _____
Primer Idioma: Ingles Espanol Otro _____

5. ARE YOU ELIGIBLE FOR PUBLIC AID?

¿Es Elegible Para Ayuda Pública?

- No Yes *If unsure call our office for screening.
 No Si *Si no está seguro, llame a la oficina para saber.

6. DO YOU HAVE HEALTH INSURANCE?

¿Tiene Seguro Médico?

- No Yes If yes, what is your deductible? _____
 No Si Su respuesta es sí, ¿cual es su deducible? _____

SUBURBAN PRIMARY HEALTH CARE COUNCIL – PROGRAMA ACCESS TO CARE

DECLARACIÓN DE RECONOCIMIENTO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES

DERECHO DE APELACIÓN/PROCEDIMIENTO DE QUEJA: Entiendo que puedo apelar cualquier decisión relacionada con mi elegibilidad al Programa Access to Care (“el Programa”) dentro de los primeros 14 días de la decisión presentando una queja escrita a Suburban Primary Health Care Council (“el Consejo”).

DERECHOS CIVILES: Entiendo que el Programa es un programa disponible a toda persona elegible, sin distinción de raza, edad, religión, sexo, lugar de origen, incapacidad, orientación sexual o cualquier otro tipo de individuo protegido por cualquier ley local, federal o del estado. Si considero que he sido discriminado, puedo presentar queja al Consejo dentro de los primeros 14 días de ocurrido el hecho.

DOBLE PARTICIPACIÓN: He sido informado de que ser elegible o participar en el Programa Medicaid (ayuda pública), programa Medicare o recibir beneficios de seguro de salud privado que cubre visitas al doctor determinará mi terminación al Programa. Certifico que a esta fecha no participo en los programas ni recibo los beneficios descritos en la oración anterior. Estoy de acuerdo en informar de inmediato al Consejo si comienzo a participar en dichos programas o comienzo a recibir dichos beneficios.

NO ES TRANSFERIBLE: Entiendo que mi participación es limitada a la persona(s) mencionada(s) en la aplicación, y no se puede transferir a otra persona. Dar mi identificación temporal o permanente como miembro del Programa a cualquier otra persona para su uso resultará en mi terminación del Programa.

LIMITACIÓN DE SERVICIOS: Entiendo y reconozco lo siguiente:

- A. Los servicios proporcionados por los doctores bajo este Programa son limitados establecidos fijos determinado cuidado de salud básico y de rutina y con excepción, a otros servicios, como lo siguiente: algunos procedimientos normalmente proporcionados por médico de primeros auxilios, servicios proporcionados en la sala de emergencia de un hospital, cuidado ambulatorio de un especialista y servicios a pacientes hospitalizados.
- B. Cargos no reembolsables por inscripción anual de \$20 por persona, \$40 por dos personas o \$50 por una familia de tres o más. Pagar el costo de participación no le garantiza continuar con servicios por un año.
- C. Los doctores requieren que en cada visita médica debo de pagar \$5 por visita.
- D. A la farmacia debo de pagar \$15 por receta de medicamento genérico, \$30 por receta de medicamento de nombre conocido y \$40 por receta de medicamento exclusivo no preferido. El límite de cantidad por receta es de un surtido por 30 días.
- E. Solo ciertos doctores y farmacias participan en este Programa y por varias razones algunos médicos y farmacias en cualquier momento pueden abandonar el Programa.
- F. Debo de pagar \$5 por cada procedimiento de laboratorio y/o rayos x.
- G. Que determinados doctores participantes puede que no están disponibles ya sea porque no tienen espacio para pacientes adicionales; (i) mi doctor puede pedir mi cambio a otro doctor y bajo ciertas circunstancias el Consejo aceptará tal petición; (ii) si yo o mi doctor pedimos cambio a otro doctor, puede llevarse hasta 60 días para darme un nuevo doctor; y (iii) mi doctor puede que no esté todo el tiempo disponible y puede referirme a otro doctor participante del Programa.
- H. Mi participación en el Programa terminará en la fecha de mi tarjeta Access to Care a menos que continúe en el nivel elegible del Programa y a tiempo reanude mi participación en el Programa. El Consejo no tiene obligación de asesorarme después de la fecha en que termina mi participación en el Programa como tampoco tiene obligación de iniciar la renovación para participar. Mi participación en el Programa puede terminar en cualquier momento en que ya no sea elegible al Programa, ya que el cónsul puede establecer normas generales de participación de un momento a otro.
- I. Cambios en los gastos o financiamiento del Programa pueden requerir modificación o cancelación del Programa en cualquier momento, por lo que acceso a los servicios del Programa no están garantizados.

CERTIFICACIÓN: Este Reconocimiento y Exención se hace en conexión con acceso a servicios bajo el Programa. Me han notificado de mis derechos y obligaciones bajo el Programa. Y certifico que la información que les proporcione es exacta y completa. Funcionarios del Programa tienen derecho de verificar cualquier información otorgada por mí en este formulario. Entiendo que el omitir deliberadamente o falsificar cualquier información puede resultar en expulsión del Programa y prosecución criminal o civil bajo ley estatal o federal. Acepto notificar al cónsul de cualquier cambio en mis ingresos o aseguranza y puede ser causa de que ya no sea elegible a el Programa.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN: Doy consentimiento a que se revele cualquier y toda información médica, social y financiera, así como, revelación de cualquier información pertinente a elegibilidad de seguro de salud para mí y/o mis dependientes al Consejo, sus agentes, contratistas, y proveedores de servicios con los cuáles mantiene relación. Autorizo a la Administración de Seguro Social a revelar cualquier información pertinente a mi elegibilidad a Medicare y beneficios del Seguro Social. Entiendo que revelar cualquier información médica de mi por medio del Consejo está limitada por la Forma de Autorización. Tengo entendido que no puedo ser un participante del Programa hasta que yo firme esta la forma de Declaración de Reconocimiento y Exención las Responsabilidades y la Forma de Autorización.

Firma del miembro (o tutor)

Fecha

Firma del cónyuge

Fecha

**SUBURBAN PRIMARY HEALTH CARE COUNCIL – PROGRAMA “ACCESS TO CARE”
FORMA DE AUTORIZACIÓN**

Por medio de la presente yo doy autorización a Suburban Primary Health Care Council (“el Consejo”) a usar cualquier información médica, a la cual nos referimos como “Información Médica Protegida” por mí en las dos siguientes maneras.

1. Si yo decido consultar al proveedor médico contratado, entonces el Consejo asistirá al proveedor médico contratado a hacer consulta con otro proveedor médico para mi tratamiento. Tengo entendido que, por ejemplo, un doctor contratado y con el cuál decidí atenderme puede enviar Información Médica Protegida de mi al Consejo y así el Consejo puede referirme a otro proveedor médico para servicios adicionales que el doctor encuentre necesarios. Entiendo que el Consejo no utilizará Información Médica Protegida recibida de esta manera para cualquier otro motivo que no sea para referirme a otro proveedor médico para tratamiento adicional; y
2. Entiendo que el contratado proveedor médico con el cuál decidí atenderme mandará factura por sus servicios al Consejo para ser pagado. Y tengo entendido que en el contenido de estas facturas se encuentra Información Médica Protegida de mí. Al decidir participar en el Programa Access to Care, autoriza al Consejo a obtener Información Médica Protegida por doctores contratados con los cuáles decidí atenderme y así el Consejo puede pagar por mi cuidado médico. Entiendo que el Consejo no utilizará Información Médica Protegida que recibe será solamente para el motivo de pago.

Esta autorización es válida en la fecha que decidí ser miembro del Programa Access to Care, y termina en la fecha que dejo de ser miembro del Programa Access to Care. Entiendo que reservo el derecho de revocar esta Autorización notificando al Consejo en escrito de que retiro esta Autorización, también entiendo que, si retiro esta Autorización, perderé los beneficios que cubre, y no seré elegible al Programa Access to Care.

He tenido la oportunidad de leer esta Autorización, y entiendo lo que esta Autorización representa.

Con letra imprenta miembro o nombre del tutor

Firma del miembro o tutor

Fecha

Cónyuge con letra imprenta

Firma del cónyuge

Fecha