

Application / Aplicación

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

1. Provide information for everyone in your family household who is applying for the Access to Care program.
 Start with yourself, then your spouse/partner, followed by any dependents. Your dependents, potentially eligible for ATC, must be ages 19-26. Children ages 0-18 are not eligible. PLEASE PRINT CLEARLY.

Proporcione información para todos los miembros de su familia que solicitan el programa Access to Care.
 Comience con usted mismo, luego con su cónyuge/pareja, seguido por cualquier dependiente. Sus dependientes, potencialmente elegibles para ATC, deben tener entre 19-26 años. Los niños de 0-18 años no son elegibles.

FOR OFFICE USE ONLY / SOLO PARA USO DE OFICINA

Family Size Cantidad Familiar	First Name Primer Nombre	Last Name Apellido	Middle Initial Inicial de su Segundo Nombre	Gender Género	Date of Birth Fecha De Nacimiento	FOR OFFICE USE ONLY / SOLO PARA USO DE OFICINA											
						A/P/R	ETH	PL	INS	H	Phy Assign	Reg Date	Reen Date	Term RSN			
1. Self Aplicante																	
2. Spouse Esposa(o)																	
3. Dependent Dependiente																	
4. Dependent Dependiente																	

How many TOTAL family members are in your household? This means you, spouse/partner, dependents ages 19-26, AND children ages 0-18: _____
 ¿Cuántos miembros de la familia TOTAL hay en su hogar. Esto incluye usted, su cónyuge / pareja, dependientes de 19 a 26 años de edad y niños de 0 a 18 años: _____

2. ADDRESS/Dirección:

Street Address / Calle Apt # / Unidad # City / Ciudad Zip Code / Código Postal

Phone Number / Teléfono Email Address / Correo Electrónico

3. ETHNICITY:

Please check one White African American Hispanic, Latino Asian

American Indian, Alaska Native Native Hawaiian or Pacific Islander Other

Grupo Étnico:

Por favor marque uno Blanco Africano Americano Hispano, Latino Asiático

Indio Americano, Nativo de Alaska Nativo Hawaiano, Isleño Pacífico Otro

4. PRIMARY LANGUAGE:

English Spanish Other _____

Primer Idioma: Ingles Español Otro _____

5. ARE YOU ELIGIBLE FOR PUBLIC AID?

¿Es Elegible Para Ayuda Pública? No Yes *If unsure call our office (708-531-0680) for screening.*

No Sí *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 Sí *Su respuesta es sí, ¿cual es su deducible? _____*

NOTES: _____

Application Instructions

Enrollment Fee: Do not send now, ATC will send a bill. Annual non-refundable fees: \$20 one member; \$40 two members; \$50 three+ members in one family.

Eligibility Requirements

- Live in suburban Cook County or Chicago (zip codes: 60630; 60631; 60634; 60639; 60641; 60646; 60656);
- A family income at or below 300% of the Federal Poverty Guidelines;
- No health insurance or insurance w/a yearly deductible of \$1,500 or more per person;
- Not eligible for public health programs such as Medicaid and Medicare.

Not sure if you're eligible? Complete the application & let our staff assist you!

Apply on Online: www.accesstocare.org/application or Apply by Mail with this Application

Four (4) documents must be included with your application. **All documents are confidential.** They are used only by Access to Care (ATC) to make sure you are not eligible for other health care programs (eg, Medicaid) and live in an area we serve. If information is missing or you do not qualify for ATC, we will contact you.

1. Proof of Support or Income: Needed for each person applying for the Access to Care program

- **No Income:** If you live rent-free, include a letter from the person you live with to confirm you live rent-free.
- **Employed:** Copies of last 2 pay stubs or letter from employer stating your employment and income (for you and/or spouse).
- **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 profit and loss statement (Schedule C).
- **Unemployed:** Copy of unemployment compensation statement (for you and/or spouse).

2. Proof of Address: For example, include one of the following to show you/your family's current address:

Driver's License ■ State ID ■ A bill: phone, cable, electric ■ Lease or mortgage ■ Other document w/current address

3. Proof of Identity: Needed for each person applying for the Access to Care program

Birth certificate ■ Social Security card ■ Voter's registration card ■ Passport ■ Naturalized citizen certificate ■ Visa Permanent residency card ■ Designation of a refugee or politician asylum seeker ■ DACA ID ■ Other document

4. Signed Release Forms: Include signed Enrollee Acknowledgment and Release & Enrollee Authorization forms (sign front & back).

Questions? / ¿Preguntas? Access to Care: 708-531-0680 | apply@accesstocare.org | www.accesstocare.org

Instrucciones de Aplicación

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

Requisitos de Elegibilidad

- Vivir en los suburbios del condado de Cook o Chicago (códigos postales: 60630; 60631; 60634; 60639; 60641; 60646; 60656);
- Un ingreso familiar igual o menos al 300% del Nivel Federal de Pobreza;
- Sin seguro médico o seguro con un deducible anual de \$ 1,500 o más por persona;
- No son elegibles para programas de salud pública, tal como Medicaid y Medicare.

¿No estás seguro si eres elegible?
¡Complete la aplicación y nuestro personal puede ayudar!

Aplique en Línea: www.accesstocare.org/application o Aplique por Correo con esta Aplicación

Se deben incluir cuatro (4) documentos con su aplicación. **Todos los documentos son confidenciales.** Solo los usa Access to Care (ATC) para asegurarse de que no sea elegible para otros programas de atención médica (por ejemplo, Medicaid) y viva en un área en la que prestamos servicios. Si falta información o no califica para ATC, nos comunicaremos con usted.

1. Prueba de Apoyo o Ingresos: Necesario para cada persona que solicita el programa Access to Care

- **Sin Ingresos:** Si vive sin alquiler, incluya una carta de la persona con la que vive para confirmar que vive sin alquiler.
- **Empleado:** Copias de los 2 últimos talones de pago o una carta del empleador que indique su empleo e ingresos (usted o su cónyuge).
- **Ingresos Fijos:** Comprobante de los pagos del Seguro Social (usted o su cónyuge).
- **Propio Negocio:** Copia de su declaración de impuestos más reciente (1040) y su estado de pérdidas y ganancias más reciente (Anexo C).
- **Desempleado:** Copia de su declaración de compensación por desempleo (usted o su cónyuge).

2. Prueba de Domicilio: Por ejemplo, incluya uno de los siguientes para mostrar su dirección actual o la de su familia:

Licencia de conducir ■ Identificación del estado ■ Un recibo: teléfono, electricidad ■ Arrendamiento o hipoteca ■ Otro documento

3. Prueba de Identidad: Necesario para cada persona que solicita el programa Access to Care

Acta de nacimiento ■ Tarjeta de Seguridad Social ■ Tarjeta de registro de votante ■ Pasaporte ■ Certificado ciudadano naturalizado Visa ■ DACA ID ■ Tarjeta de residencia permanente ■ Designación de un refugiado o solicitante de asilo político ■ Otro documento

4. Formas de Autorización: Incluya las formas firmadas de Autorización y Declaración de Reconocimiento y Exención de Responsabilidades (firmar frente y detrás).

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