



**INSTRUCCIONES PARA LLENAR  
EL FORMULARIO DE SOLICITUD  
DE AYUDA ECONÓMICA**

**DIVISION DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS  
PARA NIÑOS**

Por favor, lea cuidadosamente y siga las instrucciones cuando complete la aplicación de Solicitud de Ayuda Económica para DSCC, modelo (07.04) incluida con la presente. No envíe documentos originales, envíe solamente fotocopias ya que DSCC no será responsable por la devolución de documentos originales. Toda información financiera se considera confidencial y no será liberado a menos que usted firmado una autorización apropiada.

- SI USTED ENVÍA JUNTO CON LA PRESENTE , LA DOCUMENTACIÓN DE SU IMPUESTO FEDERAL ACTUAL (modelos 1040, 1040A, 1040EZ o 1040 PC) y los modelos y apéndices verificando su información , **complete todas las secciones excepto la Sección D.**
- SI USTED NOS ENVÍA ESTADOS DE CUENTA DE SU SALARIO, **complete las Secciones A hasta la G.** En la Sección D suministre información sobre su salario y las entradas adicionales. Usted tiene que incluir copias de los cheques en pago de su salario de dos(2) períodos de pago consecutivos por cada una de las personas que trabajan en su familia. Los períodos de pago NO PUEDEN ser anteriores (o más atrasados) que 2 meses de la fecha en que usted completa su solicitud. **Los estados de cuenta de pago de salarios pueden usarse solamente para establecer su elegibilidad por un (1) año. Después del año, se requiere que usted envíe los modelos del pago de sus impuestos federales, a menos que su entrada anual o el tamaño de la familia no se represente exactamente en los modelos de los impuestos Federales, o si no se requiere que usted registre el Reporte Federal de impuestos sobre sus entradas.**
- SI NO SE REQUIERE QUE USTED REGISTRE EL REPORTE SOBRE LOS IMPUESTOS FEDERALES SOBRE SUS ENTRADAS, entonces complete las **Secciones de la A a la G.** Si usted no tiene recibos (o estados de cuenta del pago de su salario) para verificar su entrada, entonces usted tendrá que proveer otra prueba de su entrada.
- SI USTED MARCÓ EL SEGURO DE SALUD DE LA FAMILIA, ALL KIDS, MEDICAID, SPENDOWN DE MEDICAID (CANTIDAD LIMITADA PARA GASTOS¿?) OR ICHIP EN LA SECCIÓN “OTRAS FUENTES DE ENTRADAS” EN SU SOLICITUD PARA OBTENER AYUDA ECONÓMICA (07.04) usted **TIENE QUE** completar un modelo de Información de Seguro de Salud (05.08) POR CADA UNA de las fuentes de pagos indicadas. Si su hijo/hija está inscrito/a en All Kids o Medicaid, usted tiene que incluir una copia de su tarjeta o carta de elegibilidad de All Kids o Medicaid.
- SI USTED ES PADRE/ MADRE O TUTOR LEGAL ADOPTIVO CON ALL KIDS/MEDICAID PARA SU HIJO/HIJA, usted tiene que enviar una copia del acuerdo de adopción con subsidio, así como una copia de la tarjeta de ALL KIDS/MEDICAID o carta de elegibilidad de su hijo/a.
- SI USTED ESTÁ ACTUALMENTE SOLICITANDO O RECIBIENDO AYUDA DEL PROGRAMA ESTATAL DE HEMOFILIA, usted tiene que completar y firmar la Aplicación de Ayuda Económica (07.04) y la de Información sobre el Seguro de Salud (05.08) así como la Certificación del Seguro de Salud y Consentimiento, modelo (05.08). Por favor, indique en la Sección C “Otras Fuentes de Pago” de la aplicación, que usted recibe ayuda del programa de Hemofilia del Estado. **NO** es necesario verificar sus entradas cuando se reciben servicios a través del Programa de Hemofilia del Estado.
- **¿NECESITA AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO?**

Para recibir ayuda para completar este formulario u otros formularios de solicitud de DSCC, por favor, póngase en contacto con la Oficina Regional de su área. Si usted no sabe cuál es la oficina que presta servicios en su área, usted puede llamar a DSCC al número de teléfono gratis, 800-322-3722.



A. SOLICITANTE (Por favor, escriba con letras de molde)

Nombre legal del niño/la niña \_\_\_\_\_  
(apellido) (Primer nombre) (2do. nombre)

# Del Seguro Social del niño/la niña \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor Legal Solicitante

Nombre \_\_\_\_\_  
(apellido) (Primer nombre) (2do. nombre)

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección, Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Zona postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor Legal Adicionales:

Nombre \_\_\_\_\_  
(apellido) (Primer nombre) (2do. nombre)

Número del Seguro Social \_\_\_\_\_

*Por favor, escriba la dirección si es diferente de la que aparece arriba:*

Dirección, Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Zona postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

ID DSCC \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño/la niña:  
 Padre  Madre  
 Otro \_\_\_\_\_

Teléfono:  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Trabajo \_\_\_\_\_  
 Otra persona \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño/la niña:  
 Padre  Madre  
 Otro \_\_\_\_\_

Teléfono:  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Trabajo \_\_\_\_\_  
 Otra persona \_\_\_\_\_

B. DOCUMENTACIÓN DE LAS ENTRADAS

**TIENE** que suministrarse prueba (verificación) de las entradas:

MARQUE UNA:

Le suministro **mi actual de formulario del Impuesto Federal sobre mis entradas**, así como apéndices sobre impuestos y otra documentación para verificar mis entradas. Complete las Secciones C, E, F, y G en la aplicación. **NO COMPLETE LA SECCIÓN D (Preferida).**

Mi actual formulario del Impuesto Federal sobre mis entradas no refleja exactamente mis entradas  , el tamaño de mi familia  . Le incluyo recibos (estados de cuenta) sobre mi salario (jornal) para documentar mis entradas. Complete las secciones C, D, E, F y G en la aplicación.

No se requiere que yo registre los impuestos Federal sobre mis entradas. Complete las Secciones C, D, E y G en la aplicación.

C. OTRAS FUENTES DE PAGOS

Por favor, indique más abajo todas las fuentes de pago disponibles a fin de ayudar con el cuidado médico de su niño/niña:

Seguro de salud      Número de Pólizaz \_\_\_\_\_       ICHIP (Plan Extenso de Seguro de Salud del Estado de Illinois)

All Kids (Ayuda, Participación, Prima, Reembolso)       SSI (Entrada suplementaria del Seguro Social)

All Kids (Cuidado Administrado/HMO)       Programa de hemofilia del estado

Medicaid       DCFS (Departamento de Servicios a Niños y Familias)

Medicaid Spend-down

¿Está el niño/la niña mencionado /a más arriba implicado/a (involucrado/a) en alguna acción legal con respecto a su cuidado médico?       Sí       No

(Al reverso – Tiene que ser firmado al dorso de esta página)

**D. SALARIOS DE LA FAMILIA Y ENTRADAS ADICIONALES** (NO COMPLETE ESTA SECCIÓN SI USTED ENVÍA SU REPORTE DEL IMPUESTO FEDERAL)

Salarios que recibe la familia de su empleo (*redondear la figura al dólar más próximo*)

Escriba la cantidad total y las fechas de trabajo de dos (2) periodos de pago consecutivos. Las fechas de los periodos de pago no pueden ser anteriores a dos (2) meses de la fecha de esta aplicación. Remita copias de los cheques de salario junto con esta aplicación.

Nombre del trabajador	Cheque de salario #1	Fechas trabajadas	Cheque de salario #2	Fechas trabajadas
_____	\$ _____	De _____ a _____	\$ _____	De _____ a _____
_____	\$ _____	De _____ a _____	\$ _____	De _____ a _____
_____	\$ _____	De _____ a _____	\$ _____	De _____ a _____

Entrada Adicional de la familia (*redondear la figura al dólar más próximo*)

Escriba las cantidades de entrada adicional que espera recibir dentro de los próximos doce (12) meses.

Ejemplos: Ganancias de Corporaciones y Asociaciones; Utilidades de capital o por venta de bienes; Regalías o gratificaciones; Pensión alimenticia recibida; Intereses y Dividendos; Compensación por Desempleo; Entrada de Rentas; Beneficios del Seguro Social además de los beneficios de la Entrada Suplemental del Servicio del Seguro Social (SSI), etc.

Fuente	Cantidad Anual
_____	\$ _____
_____	\$ _____

**E. TAMAÑO DE LA FAMILIA**

Por favor, indique el número de personas en la familia:

- Padre/Madre/Tutor Legal      Número total de personas en la familia \_\_\_\_\_
- Padre/Madre/Tutor Legal Adicional
- Otros Dependientes (Enumere más abajo):

Nombre (primer nombre, 2do. nombre o inicial y apellido)	Parentesco (por ejemplo, hijo/hija, hijastro/a, abuelos)	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**F. COMENTARIOS ADICIONALES DE LA FAMILIA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**G. CERTIFICACIÓN**

Certifico que la información provista en esta aplicación es correcta, a mi mejor saber y entender. La falsificación de esta información puede resultar en la pérdida inmediata de cualquiera ayuda económica suministrada por la División de Cuidados Especializados para Niños (DSCC) y en acción legal para recuperar las cantidades pagadas previamente por DSCC.

Autorizo a DSCC para que verifique cualquiera información suministrada en esta aplicación.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre/tutor legal      Fecha

**Comience de nuevo**