



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

Nombre legal del niño/la niña _____ <small>(apellido) (Primer nombre) (2do. nombre)</small>	ID DSCC _____
# Del Seguro Social del niño/la niña _____	Parentesco con el niño/la niña: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro _____
Padre/Madre/Tutor Legal Solicitante	
Nombre _____ <small>(apellido) (Primer nombre) (2do. nombre)</small>	Teléfono: Domicilio _____ Trabajo _____ Otra persona _____
Número del Seguro Social: _____	
Dirección, Calle _____	
Ciudad _____ Estado _____	
Zona postal _____ Condado _____	
Padre/Madre/Tutor Legal Adicionales:	Parentesco con el niño/la niña: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro _____
Nombre _____ <small>(apellido) (Primer nombre) (2do. nombre)</small>	Teléfono: Domicilio _____ Trabajo _____ Otra persona _____
Número del Seguro Social _____	
<i>Por favor, escriba la dirección si es diferente de la que aparece arriba:</i>	
Dirección, Calle _____	
Ciudad _____ Estado _____	
Zona postal _____ Condado _____	

B. DOCUMENTACIÓN DE LAS ENTRADAS

TIENE que presentar comprobación de sus entradas:

MARQUE UNA:

Le suministro **mi reporte actual de la Declaración de Impuestos del Gobierno Federal** así como tablas de impuestos y formularios como documentación de entradas. Complete las Secciones C, E, F y G en la aplicación. **NO COMPLETE LA SECCIÓN D.**

Le suministro **los comprobantes de mi salario** como documentación de mis entradas. Complete las Secciones C, D, E, F, y G en la aplicación.

No se me requiere archivar reporte federal de impuestos sobre mis entradas. Complete las Secciones C, D, E, F, 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:

<input type="checkbox"/> Seguro de salud de la familia	<input type="checkbox"/> Programa de hemofilia del estado
<input type="checkbox"/> KidCare (ayuda, participación, prima, reembolso)	<input type="checkbox"/> DCFS (Departamento de Servicios a Niños y Familias)*
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> SSI (Entrada suplementaria del Seguro Social)*
<input type="checkbox"/> Medicaid Spend-down	<input type="checkbox"/> Otras Fuentes _____
<input type="checkbox"/> ICHIP (Plan Extenso de Seguro de Salud del Estado de Illinois)	

* No se necesita completar un formulario de Información sobre Seguros de Salud (modelo 07.08) para DCFS y SSI, marcados por un asterisco (*).

¿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 períodos 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 Annual
_____	\$ _____
_____	\$ _____

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