

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: 2225 Enterprise Dr., Suite 2507, Westchester, IL 60154

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: 2225 Enterprise Dr., Suite 2507, Westchester, IL 60154

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.

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.

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 Matricul 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.*****

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	FOR OFFICE USE ONLY / SOLO PARA USO DE OFICINA													
				A/P/R	ETH	PL	INS	H	Phy Assgn	Reg Date	Reen Date	T	P				
1. Self Apicante																	
2. Spouse Esposa(o)																	
3. Dependant Dependiente																	
4. Dependant Dependiente																	

*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/Dirección:

Street Address / Calle _____

City / Ciudad _____

Zip Code / Código Pos _____

Phone Number / Número de Teléfono _____

Email Address / Correo Electrónico _____

3. ETHNICITY:

Please check one:

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

Grupo Étnico:

4. PRIMARY LANGUAGE:

Primer Idioma:

English

Spanish

Other _____

Ingles

Español

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? _____