

Governor Blagojevich's



Pre-Register Today Pre-Regístrese Hoy

1-866-ALL-KIDS www.allkidscovered.com

WHAT IS ALL KIDS?

Governor Blagojevich's *All Kids* Program is a complete healthcare program for every child in Illinois. Illinois is the first state in the nation to ensure that every child, regardless of medical conditions or income, has access to healthcare.

WHAT DOES ALL KIDS COVER?

All Kids covers all the healthcare a child may need. *All Kids* pays for doctor visits, hospital visits, dental care, vision care, prescription drugs, medical equipment, mental health services and much more.

HOW DOES IT WORK?

All Kids will cost most families a lot less than private insurance. For instance, a family of four that earns \$50,000 a year will pay \$40 a month for each child plus a \$10 co-pay for each doctor visit. A family of four that earns \$29,000 a year has no monthly payment and pays a \$2 co-pay for each doctor visit.

All Kids has an annual limit on the total co-pays most families have to pay for their children's healthcare. Total costs for each family vary by income.

WHO IS ELIGIBLE?

Children age 18 or younger who live with their families in Illinois and who need health insurance can get *All Kids*.

WHAT ABOUT KIDCARE?

Illinois' KidCare program is now part of *All Kids*! If you have KidCare, your children will get *All Kids* automatically. You do not have to reapply.

HOW DO I ENROLL MY CHILD?

1. We will use your Pre-Registration Form to start your *All Kids* application. We will send it for you to complete when it is time for you to apply.
2. For more information visit www.allkidscovered.com or call toll-free 1-866-ALL-KIDS (1-866-255-5437). Persons who use a TTY can call 1-877-204-1012.

¿QUÉ ES TODOS LOS NIÑOS?

El programa *Todos los Niños* del gobernador Blagojevich es un programa completo de cuidados de salud para todos los niños en Illinois. Illinois es el primer estado en el país en garantizar que cada niño, sin importar su condición médica o ingreso, tenga acceso a los cuidados de salud.

¿QUÉ CUBRE EL PROGRAMA TODOS LOS NIÑOS?

Todos los Niños cubre todos los cuidados de salud que un niño pueda necesitar. *Todos los Niños* cubre las visitas al médico, al hospital, los cuidados dentales, los cuidados de la vista, las recetas médicas, el equipo médico, los servicios de salud mental y mucho más.

¿CÓMO FUNCIONA?

Todos los Niños costará a la mayoría de las familias mucho menos que un seguro privado. Por ejemplo, una familia de cuatro que gana \$50,000 al año, pagará \$40 al mes por cada niño, más un de \$10 por cada visita médica. Una familia de cuatro que gane \$29,000 al año no tendrá pago mensual, y sólo pagará \$2 por cada visita médica. *Todos los Niños* tiene un límite anual en el número total de co-pagos que la mayoría de las familias tendrán que cubrir para los cuidados médicos para sus hijos. Los costos totales por familia variarán dependiendo del ingreso.

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

Los niños hasta los 18 años que vivan con sus familias en Illinois, y que necesiten seguro médico, pueden participar en *Todos los Niños*.

¿QUÉ PASA CON KIDCARE?

El programa KidCare de Illinois es ahora parte de *Todos los Niños*. Si usted tiene KidCare, sus niños recibirán *Todos los Niños* automáticamente. No hay necesidad de volver a solicitarlo.

¿CÓMO INSCRIBO A MIS NIÑOS?

1. Usaremos su Solicitud de Pre-Registro para poner en marcha su solicitud de inscripción, la cual le enviaremos para que la complete cuando sea el momento de inscribirse. Algunos niños podrán comenzar a recibir cobertura de salud desde ahora, en tanto que otros comenzarán a recibir cobertura a partir del 1 de julio del 2006.
2. Para más información, en el Internet visite www.allkidscovered.com, o llame sin cargo alguno al 1-866-ALL-KIDS (1-866-255-5437). Las personas que necesiten ayuda del sistema TTY pueden llamar al 1-877-204-1012.

Governor Blagojevich's

All Kids Pre-Registration

Complete and mail in this form. We will start your All Kids application. We will send it for you to complete when it is time for you to apply. (If your children have KidCare, you do not need to pre-register.)

Pre-Registro para Todos los Niños

Complete y envíe este formulario por correo. Nosotros le contactaremos, le enviaremos una solicitud, y le diremos cuándo presentarla. Si sus niños ya tienen KidCare, usted no tiene que pre-registrarlos.

Mail to **Envíe esta solicitud a: All Kids, P.O. Box 19122, Springfield, IL 62794-9805**



Parent's Name *Nombre de los padres:* _____
 First Nombre _____ MI Inicial Segundo Nombre _____ Last Apellido _____

Address *Dirección:* _____ Apt.# _____ Depto. # _____

City *Ciudad:* _____ State *Estado:* _____ Zip Code *Código Postal:* _____

Phone number where we can contact you *Número de teléfono:* _____ - _____ - _____ Is this: work home other

E-mail *Correo electrónico:* _____ El número es de: oficina hogar otro

Best time to contact you by phone : Morning Afternoon Evening Weekend
Mejor momento para llamarle: Mañana Tarde Noche Fin de semana

Race/Ethnicity *(opcional):* White Black American Indian/Alaska Native Hispanic Asian/Pacific Islander Other
Raza/origen étnico (opcional): Blanco Afro-Americano Indígena americano/nativo de Alaska
 Hispano Asiático-Isleño del Pacífico Otro

Language preference *Preferencia de idioma:* English *Inglés* Spanish *Español* Other *Otro* _____

How many people in your family live with you? *¿Cuántas personas en su familia viven con usted?* _____

Child's Name <i>Nombre de sus niños</i>			Date of Birth <i>Fecha de nacimiento</i>	Sex <i>Sexo</i>
First <i>Nombre</i>	MI <i>Inicial</i>	Last <i>Apellido</i>	mm mes / dd día / yyyy año	male <i>masculino</i> <input type="checkbox"/> female <i>femenino</i> <input type="checkbox"/>
First <i>Nombre</i>	MI <i>Inicial</i>	Last <i>Apellido</i>	mm mes / dd día / yyyy año	male <i>masculino</i> <input type="checkbox"/> female <i>femenino</i> <input type="checkbox"/>
First <i>Nombre</i>	MI <i>Inicial</i>	Last <i>Apellido</i>	mm mes / dd día / yyyy año	male <i>masculino</i> <input type="checkbox"/> female <i>femenino</i> <input type="checkbox"/>
First <i>Nombre</i>	MI <i>Inicial</i>	Last <i>Apellido</i>	mm mes / dd día / yyyy año	male <i>masculino</i> <input type="checkbox"/> female <i>femenino</i> <input type="checkbox"/>

Enter the following for your family *Responda lo siguiente sobre su familia:*

How many adults in your family have income from a job or business? *¿Cuántos adultos en su familia reciben ingresos de un empleo o negocio?* _____

Monthly earnings from a job, including tips, before taxes *Ingresos mensuales por vía de empleo, incluyendo propinas, antes de impuestos:* \$ _____

Monthly unemployment benefits *Beneficios mensuales de desempleo*\$ _____

Monthly amount of child support received *Cantidad mensual recibida de manutención de niños*.....\$ _____

Monthly Social Security benefits *Beneficios mensuales de Seguro Social*\$ _____

Monthly Supplemental Security Income *Ingreso mensual de Seguro Social Suplementario*\$ _____

Monthly pension income *Ingreso mensual por pensión*\$ _____

Monthly amount of rental property income *Ingreso mensual por arrendamiento de propiedad*\$ _____

Monthly amount of other income *Otros ingresos mensuales*\$ _____

Monthly amount of child support or spousal support paid *Cantidad mensual pagada por manutención de niños o pensión pagada al cónyuge* \$ _____

Monthly amount paid per month for day care *Cantidad mensual pagada por guardería o cuidado de niños*\$ _____

Number of children in day care *Número de niños en guardería o cuidado de niños*