



Can't afford to see a doctor?

ACCESS TO CARE CAN HELP!

If you are a resident of suburban Cook County or in Chicago, west of Pulaski Road and north of North Ave. with:

- ◆ A family income of less than 200% of the federal poverty guidelines AND
◆ No health insurance (or deductible of \$500 or more per person) And not eligible for Medicare or Public Aid

YOU MAY BE ELIGIBLE FOR ACCESS TO CARE

Access to Care offers:

- ◆ Doctor Office Visits - \$5
◆ Prescription Medications - \$10 - \$20 - \$30
◆ Lab Tests & X-rays - \$5

Non-Refundable Annual Enrollment Fees are:

\$20 for one Adult member

\$40 for two Adult members

\$50 for Three or more Adult members in One Family

This applies to Husband, Wife, number of Children 19 to 21 ONLY (Children 18 yrs and under are NOT charged an enrollment fee)

DO NOT SEND FEE NOW,

ACCESS TO CARE WILL BILL YOU WHEN YOUR MEMBERSHIP IS STARTED

Registration for Access to Care - BY MAIL

If you wish to register for the Access to Care program by mail - you must follow ALL FOUR STEPS listed below and use the enclosed envelope to mail back:

- 1. Completed Application: Fill out the INSIDE OF THIS FORM completely-and-
2. Proof of Support or Income:
•No Income: If you have no income and you live with someone rent-free, you MUST include a letter of room & board from that individual. -or-
•Employed: Send copies of the last two (2) paycheck stubs for you and/or spouse. -and/or-
•Social Security payment: Send copy of Social Security Statement for you and other family members. -and/or-
•Unemployed: Send copy of unemployment compensation statement for self and/or spouse. -and/or-
•Self-employed: Send a copy of your most recent federal income tax form and your most recent profit & loss statement -and-
3. Proof of Address: Send copy of lease, utility bill, driver's license, etc. -and-
4. Signed Release Forms: Send original copy of Enrollee Acknowledgment and Release Form and Authorization Form. (Sign both front and back!)

YOU MUST MAIL BACK ALL FOUR (4) OF THESE ITEMS TO BE REGISTERED THROUGH THE MAIL FOR THE ACCESS TO CARE PROGRAM. IF DOCUMENTS ARE MISSING, YOUR APPLICATION CANNOT BE PROCESSED.

If you would prefer to register in person rather than through the mail, you can do so by contacting the Access to Care office for a registration site nearest you.

Suburban Primary Health Care Council
2225 Enterprise Drive, Suite 2507
Westchester, IL 60154

FOR MORE INFORMATION CALL (708) 531- 0680

Access to Care is not-for-profit program supported by grants.

Englishnewpeoplewchgo/kbword



¿No puede hacer el gasto de ver a un médico?

¡ACCESS TO CARE PUEDE AYUDA!

Si es residente de los suburbios del Condado de Cook o en Chicago, oeste de Pulaski Road y norte de North Ave. con:

Un ingreso familiar menor de 200% del nivel de pobreza nacional

Y

No tiene seguro de salud (o un deducible de \$500 o más de persona)

Y no es elegible para Medicare o Ayuda Pública

ES POSIBLE QUE SEA ELEGIBLE PARA ACCESS TO CARE

ACCESS TO CARE ofrece:

Consultas Médicas - \$5

Recetas Médicas - \$10 - \$20 - \$30

Laboratorio & Radiología - \$5

Cargos No Reembolsables por Inscripción Anual son:

\$20 por uno miembro Adulto

\$40 por dos miembros Adultos

\$50 por tres o más miembros Adultos en Una Familia

Esto aplica a Esposo, Esposa y número de Niños 19-21 SOLAMENTE

(Niños de 18 años Y menos no tienen cargos de inscripción)

**NO MANDA EL PAGO DE INSCRIPCIÓN AHORA, ACCESS TO CARE DE MANDARÁ UN FACTURA DESPUÉS QUE EMPENSA SU MIEMBRO**

**Inscripciones para Access to Care - POR CORREO**

Si usted desea de inscribirse en el programa Access to Care por correo – necesita seguir **TODOS LOS CUATRO REQUISITOS** que siguen debajo y usar el sobre adjunto para **regresar por correo:**

1. **Aplicación Completo:** Llena la **FORMA DENTRO** completo –Y-

2. **Prueba de Ayuda O Ingreso:**

- **No Tiene Ingreso:** Si usted no tiene ingreso y vive con alguien gratis de renta, usted **NECESITA** de incluir una carta de sostenimiento de domicilio y económico. –O-
- **Si Trabaja:** Manda copias de dos (2) talones de cheques recientes o carta de empleo de usted y/o de la esposa.
- **Seguro Social:** Manda copia de la carta de usted y/o algún otro miembro de su familia. –Y/O-
- **Desempleo:** Manda copia de la carta de compensación para desempleo de usted y/o de la esposa. –Y/O-
- **Propio Negocio:** Manda copia de la declaración de impuestos más reciente junto con la forma de pérdidas y ganancias. –Y-

3. **Prueba de Domicilio:** Manda copia de contrato de renta o recibo de luz, gas o teléfono o licencia de manejar. –Y-

4. **Formas de Consentimiento:** Manda el original forma de *Conocimiento y consentimiento*. (**Firma el frente y reverso!**)

**☑ NECESITA REGRESAR POR CORREO LOS CUATRO (4) REQUISITOS PARA REGISTRARSE POR CORREO EN LA PROGRAMA DE ACCESS TO CARE. SI FALTA ALGUN DOCUMENTO, NO PUEDEMOS PROCESAR SU APLICACION.**

Si usted prefiere inscribirse en persona, llama la oficina de Access to Care para obtener información de la oficina más cercana.

Suburban Primary Health Care Council

2225 Enterprise Drive, Suite 2507

Westchester, IL 60154

**PARA MAS INFORMACION LLAME AL (708) 531-0686**

Access to Care es un programa no lucrativo patrocinados por donaciones.

[kbword/forms/Spanregformnewpeople](http://kbword/forms/Spanregformnewpeople).

Site	<input type="text" value="9"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>	Income	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Township	<input type="text"/> <input type="text"/>	Emp. Status	<input type="text"/> <input type="text"/>

*For office use only/Solo para el uso de oficina*

**SOCIAL SECURITY NUMBER OF HEAD OF HOUSEHOLD**  
**NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PROVEEDOR DE LA FAMILIA**

\_\_\_\_\_

Please list all family members (including you) applying for ATC. Family means you, your spouse, and your children under age 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, y niños menores de 21 años de edad que viven con usted. FAVOR ESCRIBIR CLARAMENTE.*

Status	Family Size <i>Cantidad Familiar</i>	Name (Last, First, MI) <i>Nombre (Apellido, Nombre)</i>	Sex <i>Sexo</i>	Date of Birth <i>Fecha De Nacimiento</i>	FOR OFFICE USE ONLY				Reen Date	Term RSN
					ETH	HDC	P.L.	INS		
	Self/Aplicante		<input type="checkbox"/>							
	Spouse/Esposa(o)		<input type="checkbox"/>							
	Child/Hijo(a)		<input type="checkbox"/>							
	Child/Hijo(a)		<input type="checkbox"/>							
	Child/Hijo(a)		<input type="checkbox"/>							
	Child/Hijo(a)		<input type="checkbox"/>							
	Child/Hijo(a)		<input type="checkbox"/>							
	Child/Hijo(a)		<input type="checkbox"/>							

**PLEASE COMPLETE ALL OF THE FOLLOWING/FAVOR DE CONTESTAR A LO SIGUIENTE:**

**1. COMPLETE ADDRESS/DIRECCION:**

Street Address/Calle \_\_\_\_\_ City/Ciudad \_\_\_\_\_ Zip Code/Codigo Postal \_\_\_\_\_ Phone Number/Numero de Telefono \_\_\_\_\_

2. HANDICAPPED: Are you or any of your family members handicapped? If yes please list.  No  Yes

INCAPACITADO: ¿Tiene usted o alguien de su familia alguna incapacidad? Escriba los nombres.  No  Si

3. ETHNICITY: Please check one:  White  African American  Middle Eastern  Other  
 Hispanic  Native American/Eskimo  Asian American  
GRUPO ETNICO: Favor de marcar uno:  Blanco  Afro-Americano  Medio Oriente  Otro  
 Hispano  Americano Nativo/Eskimal  Asiatico Americano

4. PRIMARY LANGUAGE: English  Spanish  Other Do you speak English?  Yes  No  
PRIMER IDIOMA: Ingles  Espanol  Otro ¿Habla Ingles?  Si  No

5. EMPLOYER INFORMATION: Please provide information for any family members who work.  
INFORMACION DE TRABAJO: Favor de proveer informacion de todos los miembros de la familia que trabajan.

**PERSON/PERSONA #A**

Employee Name (Head of Household)/Nombre del Trabajador (Proveedor de la familia)

Company Name/Nombre de la Compania

Complete Address of Job/Direccion:

Street Address/Calle City/Ciudad Zip Code/Codigo Postal Phone Number /Numero de Telefono

Do you have health insurance?  Yes  No ¿Tiene seguro médico?  Si  No

How long at this job? \_\_\_\_\_ ¿Cuanto tiempo en este trabajo? \_\_\_\_\_

**PERSON/PERSONA #B**

Employee Name (Spouse or other adult family member)/Nombre del Trabajador (Esposo(a) u otro adulto miembro de la familia).

Company Name/Nombre de la Compania

Complete Address of Job/Direccion:

Street Address/Calle City/Ciudad Zip Code/Codigo Postal Phone Number /Numero de Telefono

Do you have health insurance?  Yes  No ¿Tiene seguro médico?  Si  No

How long at this job? \_\_\_\_\_ ¿Cuanto tiempo en este trabajo? \_\_\_\_\_

**Please sign the Enrollee Acknowledgement and Release Form and the Authorization Form. Return both signed forms with the application and required documentation. Favor de firmar las formas de conocimiento y consentimiento y la forma de autorización. Devuelva las dos formas firmadas con la aplicación y documentos requeridos.**

ID# \_\_\_\_\_

**SUBURBAN PRIMARY HEALTH CARE COUNCIL  
ACCESS TO CARE PROGRAM  
ENROLLEE ACKNOWLEDGEMENT AND RELEASE**

**RIGHT OF APPEAL/GRIEVANCE PROCEDURE:** I understand that I may appeal any decision regarding my eligibility for the Program within 14 days of such decision by submitting in writing a grievance to the Suburban Primary Health Care Council.

**CIVIL RIGHTS:** I understand that the Suburban Primary Health Care Council is an equal opportunity program open to all eligible persons regardless of age, race, sex, national origin, religion, disability, sexual orientation, or any other class of people protected by any federal, state or local law. If I believe I have been discriminated against I may submit, within 14 days of the event, a written grievance to the Council.

**DUAL PARTICIPATION:** I have been informed that eligibility for the Medicaid Program, the Medicare Program, or receiving benefits under private health insurance for physician office visits may result in my termination from the Suburban Primary Health Care Council's Access to Care Program ("Program"). I certify that as of this date I do not participate in the programs or receive the benefits described in the preceding sentence. I agree to inform promptly the Suburban Primary Health Care Council if I begin to participate in such programs or begin to receive such benefits.

**NON-TRANSFERABLE:** I understand that enrollment is limited to the person(s) named on this application form and is not transferable. Giving my temporary or permanent identification as a Council client to any other person to use will result in my termination from the Program.

**LIMITATION OF SERVICES:** I understand and acknowledge the following:

- A. Services provided by physicians under this Program are limited to a specific set of routine basic health care services which exclude, among other services, the following: some procedures normally provided by primary care physicians, service provided in the emergency room of a hospital, ambulatory specialty care and inpatient services.
- B. A Non-Refundable Annual Enrollment fee of \$20 for one person, \$40 for two people or \$50 for a family of three or more. Payment of the enrollment fee does not guarantee continued services for one year.
- C. Physicians require payment by me of \$5.00 per visit.
- D. Pharmacies require payment by me of \$10.00 per prescription for generic drugs, \$20 per prescription for preferred brand name drugs and \$30.00 per prescription for non preferred brand name drugs. Prescriptions will be limited to a 30 day supply.
- E. I must pay \$5.00 for each lab and/or x-ray procedure.
- F. Only certain physicians and pharmacies are participating in the Council Program and that for a variety of reasons certain physicians and pharmacies may leave the Program at any time.
- G. That certain participating physicians may be unavailable because they do not have room for additional patients; (i) my physician may request that I be transferred to another physician and under certain circumstances the Council will grant such a request; (ii) if I or my physician request my transfer to another physician, it may take up to 60 days to provide me with a new physician; and (iii) my physician will not be available at all times and may refer me to another physician who is participating in the Program.
- H. My participation in the Program will expire on the date of my Access to Care card unless I meet the eligibility standards for the Program at that time and renew my participation in the Program. The Council has no obligation to advise me further of the date on which my participation in the program will end or to initiate renewal of my participation. My participation in the Program may be terminated at any time that I am no longer eligible for the Program, as the Council may establish general standards for eligibility from time to time.
- I. Changes in program expenses or funding may require modification or termination of the Program at any time; therefore, access to program services even during my enrollment period are not guaranteed.

**HOLD HARMLESS:** I acknowledge that neither physicians participating in the program, nor any physician, clinic or hospital to which I may be referred, are employees, agents or partners of the Council and that the Council is not responsible to me in any way for the amount or quality of medical health care services which I may receive from a participating physician. I agree to hold harmless and release the Suburban Primary Health Care Council and its directors, officers, employees and agents from any liability arising from the medical/health care services to which I gain access through the Program. I also agree to hold harmless and release the Suburban Primary Health Care Council and its Directors, officers, employees, and agents from any liability arising from its arranging or attempting to arrange medical services for me through any healthcare provider or its payment of medical services on my behalf.

**CERTIFICATION:** This Acknowledgement and Release is made in connection with access to services under the Program. I have been advised of my rights and obligations under the program. I certify that the information I have provided is accurate and complete. Program officials may verify any information provided on this form. I understand that deliberate omission or misrepresentation of any information may result in my termination from the Program and civil or criminal prosecution under state or federal law. I agree to notify the Council of any changes in my income or insurance which would cause me to become ineligible for the Program.

**RELEASE OF INFORMATION:** I consent to the release of any and all medical, social, and financial information, as well as, the release of any and all information concerning eligibility for health insurance for myself and/or my dependents to the Suburban Primary Health Care Council, its agents, contractors, and service providers with whom it maintains a relationship. I authorize the Social Security Administration to release any information concerning my eligibility for Medicare and Social Security benefits. I understand that the release of any medical information about me by the Suburban Primary Health Care Council is limited by the authorization form, a copy of which is attached to this Enrollee Acknowledgement and Release. I understand that I cannot become an enrollee of the Program until I sign this form and the authorization form attached.

Client (or Guardian) Signature

Date

Spouse Signature

Date



ID# \_\_\_\_\_

**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 dentro de los primeros 14 días de la decisión presentando una queja escrita a Suburban Primary Health Care Council.

**DERECHOS CIVILES:** Entiendo que Suburban Primary Health Care Council 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 Cónsul 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 cancelamiento al Suburban Primary Health Care Council, Programa Access to Care ("Programa").

**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. El dar temporalmente o permanentemente mi identificación como cliente del cónsul 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 re-embolsables 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 \$5.00 por visita.

D. A la farmacia debo de pagar \$10.00 por receta de medicamento genérico, \$20.00 por receta de medicamento de nombre conocido y \$30.00 por receta de medicamento exclusivo no preferido. El límite de cantidad por receta es de un surtido por 30 días.

E. Debo de pagar \$5.00 por cada procedimiento de laboratorio y/o rayos x.

F. Solo ciertos doctores y farmacias participan en este Programa del cónsul y por varias razones algunos médicos y farmacias en cualquier momento pueden abandonar el programa.

G. Que determinados doctores participantes puede que no esten 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 cónsul 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 este 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 cónsul 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 estan garantizados.

**EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD:** Reconozco que ninguno de los doctores participantes, o cualquier otro doctor, clínica o hospital al cuál puedo ser referido, son empleados, agentes o socios del cónsul y que el cónsul no es responsable de ninguna manera por la cantidad o calidad de servicios o cuidado médico que reciba de un doctor participante. Acepto eximir de toda responsabilidad a Suburban Primary Health Care Council y sus directores, funcionarios, empleados y agentes de cargos que puedan ocurrir del cuidado/ o servicio médico del cuál tuve acceso por medio del Programa. También estoy de acuerdo de eximir de toda responsabilidad a Suburban Primary Health Care Council, sus directores, funcionarios, empleados y agentes de cargos que puedan ocurrir al intentar facilitar servicios médicos para mi por medio de cualquier proveedor acuidado médico y el pago de servicios médicos en mi nombre.

**CERTIFICACIÓN:** Este Reconocimiento y Exención se hace en conexión con acceso a servicios bajo el Programa. Me han notificado de mis derechos y obligaciones pajo 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.

**REVELACIÓN 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 a Suburban Primary Health Care Council, 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 mí por medio de Suburban Primary Health Care Council esta limitada por la forma de autorización, y de la cuál va la copia adjunta a esta Declaración de Reconocimiento y Exención. Tengo entendido que no puedo ser un participante de el Programa hasta que yo firme esta forma y la forma de Autorización adjunta.

---

Firma del Cliente (o tutor)

Fecha

---

Firma del Conyuge

Fecha



I hereby authorize the Suburban Primary Health Care Council (‘the Council’) to use any medical information, which we refer to as “Protected Health Information,” about me in the following two ways.

1. If I choose to see a contracted healthcare provider, then the Council may assist that contracted healthcare provider in making a referral to another healthcare provider to provide me with treatment. I understand that, for example, a contracted doctor who I choose to see may send Protected Health Information about me to the Council so that the Council can refer me to another healthcare provider for additional services that the doctor says I may need. I understand that the Council will not use Protected Health Information that it receives in this manner for any purpose other than to refer me to another healthcare provider for additional treatment; and

2. I understand that the contracted healthcare providers who I choose to see will send the bills for their services to the Council for payment. I further understand that these bills will contain Protected Health Information about me. By choosing to participate in the Access to Care Program, I authorize the Council to obtain Protected Health Information about me from contracted healthcare providers who I choose to see so that the Council can pay for my healthcare. I understand that the Council will not use Protected Health Information about me it receives for any other purpose than bill payment.

This authorization is valid from the date that I chose to become a member of the Access to Care Program, and ends on the date on which I stop being a member of the Access to Care Program. I understand that I have the right to

revoke this Authorization in writing by notifying the Council that I have revoked this Authorization, but I also understand that if I revoke this Authorization, I will lose the benefits covered by, and will no longer be eligible for, the Access to Care Program.

I have had the opportunity to read this Authorization, and I understand what this Authorization means.

\_\_\_\_\_  
Printed Client or Guardian Name

\_\_\_\_\_  
Client or Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Printed Spouse Name

\_\_\_\_\_  
Spouse Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## **FORMA DE AUTORIZACIÓN DE ACCESS TO CARE**

Por medio de la presente yo doy autorización a Suburban Primary Health Care Council ('El Cónsul') a usar cualquier información médica, a la cuál nos referimos como "Información médica protegida," por mi en las dos siguientes maneras.

1. Si yo decido consultar al proveedor médico contratado, entonces el cónsul 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 decidi atenderme puede enviar Información Médica Protegida de mi al cónsul y asi el cónsul puede referirme a otro proveedor médico para servicios adicionales que el doctor encuentre necesarios. Entiendo que el cónsul 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 decidi atenderme mandará factura por sus servicios al cónsul para ser pagado. Y tengo entendido que en el contenido de estas facturas se encuentra Información Médica Protegida. Al decidir participar en el Programa Access to Care, autorizé al cónsul a obtener Información Médica Protegida por doctores contratados con los cuáles decidi atenderme y asi el cónsul puede pagar por mi cuidado médico. Entiendo que el cónsul no utilizará

