All Kids
c/o Governor Blagojevich
Healthcare and Family Services
P.O. Box 19122
Springfield, IL 62794-9805

State of Illinois
Rod R. Blagojevich, Governor

Governor Blagojevich's

All Kids

Healthcare for All Kids

Pre-Registration Form

Fill it Out Today!

1-866-ALL-KIDS

TTY (1-877-204-1012)

www.allkidscovered.com

Pre-Register Today for Governor Blagojevich's Healthcare Program for All Kids!

WHAT IS ALL KIDS?

Governor Blagojevich's All Kids Program is a complete health care 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 health care.

WHAT DOES ALL KIDS COVER?

All Kids covers all the health care 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 health care. 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. Fill out the attached Pre-Registration Form today. Mail it to: All Kids, P.O. Box 19122, Springfield, IL 62794-9805.

2. 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.

   Some children can get health coverage right now. Others can get coverage starting July 1, 2006.

3. 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.

Pre-Regístrese hoy para el programa de salud para Todos los Niños del Gobernador Blagojevich.

¿QUE 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.

¿QUE 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, los medicamentos con receta, el equipo médico, los servicios de salud mental y mucho más.

¿COMO 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 co-pago de $10 por cada visita médica. Una familia de cuatro que gane $29,000 al año no tendrá pago mensual, y sólo pagará $2 en co-pago 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.

¿QUIEN 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.

¿QUE 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.

¿COMO INSCRIBO A MIS NIÑOS?

1. Llene la solicitud de Pre-Registro adjunta hoy mismo, y envíela por correo a: All Kids, P.O. BOX 19122, Springfield, IL 62794-9805

2. 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.

3. Para más información, visite la página Web 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

ROD R. BLAGOJEVICH GOVERNOR, STATE OF ILLINOIS

Governor Blagojevich's All Kids Healthcare for All Kids

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.)

Parent's Name: _____
(First) *(MI)* *(Last)*

Address: _____ Apt. #_____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone number where we can contact you: _____ - _____ - _____ Is this: ❑ work ❑ home ❑ other

E-mail: _____

Best time to contact you by phone: ❑ Morning ❑ Afternoon ❑ Evening ❑ Weekend

Race/Ethnicity *(optional)*: ❑ White ❑ Black ❑ American Indian/Alaska Native ❑ Hispanic ❑ Asian/Pacific Islander ❑ Other

Language preference: ❑ English ❑ Spanish ❑ Other _____ How many people in your family live with you? _____

Child's Name	Date of Birth	Sex
_____ First MI Last	____ / ____ / ____ mm dd yyyy	male ❑ female ❑
_____ First MI Last	____ / ____ / ____ mm dd yyyy	male ❑ female ❑
_____ First MI Last	____ / ____ / ____ mm dd yyyy	male ❑ female ❑
_____ First MI Last	____ / ____ / ____ mm dd yyyy	male ❑ female ❑

Enter the following for your family:

How many adults in your family have income from a job or business? _____

Monthly earnings from a job, including tips, before taxes $_____

Monthly unemployment benefits $_____

Monthly amount of child support received $_____

Monthly Social Security benefits $_____

Monthly Supplemental Security Income $_____

Monthly pension income $_____

Monthly amount of rental property income $_____

Monthly amount of other income $_____

Monthly amount of child support or spousal support paid $_____

Monthly amount paid per month for day care $_____

Number of children in day care _____

Return the form to: All Kids, P.O. Box 19122, Springfield, IL 62794-9805 **Use the attached prepaid envelope.**

Where did you hear about All Kids? Check all boxes that apply.

❑ Radio Ad	❑ Doctor's Office	❑ School	❑ Employer
❑ TV Ad	❑ Clinic	❑ Government Office/Agency	❑ Labor Union
❑ Newspaper Ad or Story	❑ Hospital	❑ Mail Sent to My Home	❑ Internet/Website
❑ Billboard or Bus Poster	❑ WIC Site	❑ Friend or Relative	❑ Other _____

When we get your form, we will start your All Kids application. When it is time for you to apply, we will send the application to you to complete.

Starting January 1, 2006, you can pre-register on-line at www.allkidscovered.com

ROD R. BLAGOJEVICH GOVERNOR, STATE OF ILLINOIS

HFS 3855 (N-12-05) IL-478-2691

El Gobernador Blagojevich anuncia:

All Kids

TODOS LOS NIÑOS
Seguro médico para todos los niños

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.

Nombre de los padres: _____
Nombres *Apellido*

Dirección: _____ Depto. # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ - _____ - _____ El número es de ❑ oficina ❑ hogar ❑ otro

Correo electronico: _____

Mejor momento para llamarle: ❑ Mañana ❑ Tarde ❑ Noche ❑ Fin de semana

Raza/origen étnico (opcional): ❑ Blanco ❑ Afro-Americano ❑ Indígena americano/nativo de Alaska ❑ Hispano ❑ Asiático-Isleño del Pacífico ❑ Otro

Preferencia de idioma: ❑ Inglés ❑ Español Cuántos parientes viven con usted: _____

Nombre de sus hijos		Fecha de nacimiento	Sexo
_____ Nombres	Apellidos	____ / ____ / ____ mes día año	hombre ❑ mujer ❑
_____ Nombres	Apellidos	____ / ____ / ____ mes día año	hombre ❑ mujer ❑
_____ Nombres	Apellidos	____ / ____ / ____ mes día año	hombre ❑ mujer ❑
_____ Nombres	Apellidos	____ / ____ / ____ mes día año	hombre ❑ mujer ❑

Responda lo siguiente sobre su familia:

¿Cuántos adultos en su familia reciben ingresos de un empleo o negocio? _____

Ingresos mensuales por vía de empleo, incluyendo propinas, antes de impuestos: $_____

Beneficios mensuales de desempleo $_____

Monto mensual recibido de manutención infantil $_____

Beneficios mensuales por Seguridad Social $_____

Ingreso mensual por Seguridad Suplementaria $_____

Ingreso mensual por pensión $_____

Ingreso mensual por arrendamieto de propiedad $_____

Otros ingresos mensuales $_____

Monto mensual pagado por manutención infantil o pensión alimenticia $_____

Monto mensual pagado por guardería $_____

Número de niños en guardería _____

Envíe esta solicitud a: All Kids, P.O. Box 19122, Springfield, IL 62794-9805
Use el sobre adjunto que ya tiene el porte pagado.

¿Dónde escuchó usted hablar de Todos los Niños? Escoja todas las opciones que correspondan.

❑ Anuncio en radio	❑ Oficina del médico	❑ Escuela	❑ Trabajo
❑ Anuncio en T.V.	❑ Clínica	❑ Oficina/Agencia de gobierno	❑ Sindicato
❑ Anuncio o noticia en prensa	❑ Hospital	❑ Correspondencia	❑ Internet/Página Web
❑ Anuncio en la calle o autobús	❑ Oficina WIC	❑ Amigo o pariente	Otro _____

Una vez que recibamos esta solicitud, comenzaremos el proceso de inscripción. Cuando sea momento para continuarlo, le enviaremos la solicitud para que la complete.

A partir del 1 de enero del 2006, usted se puede pre-inscribir en línea, en la página Web www.allkidscovered.com

ROD R. BLAGOJEVICH GOVERNOR, STATE OF ILLINOIS