



Esta **NO** es una solicitud para asistencia económica, ni el Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP) o servicios médicos con obligación de pagos. Usted puede solicitar para estos programas en su Centro de Recursos Para Familias y Comunidad (FCRC) local del Departamento de Servicios Humanos (DHS). Para localizar la oficina del DHS cerca de usted, vea el Localizador de Oficinas del DHS por Internet o llame al 1-800-843-6154 (TTY: 1-800-447-6404). La llamada es gratis. También puede solicitar FamilyCare y All Kids por Internet o llamando al 1-866-ALL-KIDS (1-866-255-5437) (TTY: 1-877-204-1012). La llamada es gratis.

## Información Sobre Inscripción Para Votar

Si le interesa inscribirse para votar, por favor vea por Internet el sitio de la Junta Electoral del Estado de Illinois o llame a la Línea de Ayuda del Departamento de Servicios Humanos al 1-800-843-6154 o (TTY: 1-800-447-6404). Si desea ayuda o necesita servicios de intérprete, por favor, comuníquese con su oficina FCRC.

## ¿Qué Servicios Médicos Se Cubren?

**Se cubren casi todos los servicios médicos necesarios. No se pagará por servicios que son gratuitos o pagados por otras fuentes, tal como otros seguros de salud. Los siguientes servicios se cubren:**

- Cuidado en el hospital
- Cuidado en asilos
- Visitas médicas
- Recetas médicas
- Terapia física, terapia ocupacional y del habla
- Pruebas de laboratorio y radiografías
- Equipo médico, suministros y aparatos
- Transportación médica
- Cuidado de hospicio
- Diálisis renal
- Planificación familiar
- Cuidado de la vista
- Cuidado de podología
- Cuidado dental limitado
- Cuidado quiropráctico
- Servicios de audición
- Servicios de salud mental

Puede ir a cualquier proveedor médico que acepte la Tarjeta Médica del Estado de Illinois.

## Instrucciones

- Conteste todas las preguntas. Escriba "no aplica" si la pregunta no aplica a su situación.
- Puede conseguir a alguien que le ayude a completar la solicitud.
- Si necesita más espacio para contestar una pregunta, adjunte una hoja de papel adicional.
- **Asegúrese firmar la solicitud.**
- Es posible que tenga que enviarnos comprobantes para que podamos aprobar su solicitud.
- Mantenga esta página para sus registros.



## 1. Díganos sobre el solicitante.

El solicitante debe ser alguien que tiene una discapacidad y está trabajando. El solicitante por lo general es la persona que completa este formulario.

**Nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  Masculino  Femenino

**Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_

**Teléfono del Hogar:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo o Celular:** \_\_\_\_\_

**¿Qué idioma usa con más frecuencia?** (Opcional)

Inglés  Español  Otro (indique): \_\_\_\_\_

Usted nos puede ayudar proveyendo su raza y grupo étnico, pero no es necesario que nos diga.

**¿Es usted de origen hispano o latino?**  Sí  No

### Raza

Blanco  Asiático  Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico  
 Negro o Afro-Americano  Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska  Desconoce (Marque todo lo que aplica)

**¿Trabaja usted, tiene negocio propio o trabaja por su cuenta?**  Sí  No

Si contestó sí, ¿cuándo comenzó a trabajar? \_\_\_\_\_

Si contestó no, ¿cuándo comenzará a trabajar? \_\_\_\_\_

**¿Está usted casado(a)?**  Sí  No **¿Vive con su cónyuge o esposo(a)?**  Sí  No

**Su Cónyuge** (Usted puede ayudarnos contestando las siguientes preguntas, pero no tiene que decirnos.)

Si usted está casado(a), por favor complete la siguiente información (aunque su cónyuge no viva con usted):

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador del Cónyuge (si tiene empleo): \_\_\_\_\_

¿Vive su cónyuge en un asilo o institución de cuidado o un centro de apoyo residencial?  Sí  No

Si contestó "Sí", ¿cuál es el nombre del asilo o agencia? \_\_\_\_\_

¿Es usted ciudadano de los EE.UU.?  Sí  No

Si contestó sí, y usted recibe Medicare, no tiene que proveer verificación de certificado de nacimiento o de su identidad.

Si contestó sí y usted no recibe Medicare, provea uno de los siguientes documentos: Pasaporte de los EE.UU., Certificado de Naturalización (N-550 o N-570) o Certificado de Ciudadanía (N-560 o N-561). Si no tiene estos documentos disponibles, provea un documento de cada columna en las dos siguientes listas:

**Lugar de Nacimiento:**

**Identidad:**

- Copia certificada del acta de nacimiento del estado o condado donde usted nació;
- Decreto Final de Adopción;
- Registro oficial militar que muestra lugar de nacimiento;
- Documentos que muestran que la persona fue contratada por el gobierno de los EE.UU. antes de 1976.

- Licencia de Conducir;
- Tarjeta de Identificación del Estado;
- Escuela de identificación;
- Identificación militar de los EE.UU.;
- Tarjeta de dependiente militar de los EE.UU., u
- Otra identificación del gobierno (ciudad, condado o de Estado de los EE.UU. en la que fue otorgada)

Para más información sobre cómo obtener su certificado de nacimiento, lea la página 10.

Si no lo tiene, escriba su número de registro de extranjería: \_\_\_\_\_

Envíe una copia de uno de los documentos anotados a continuación como comprobante del Número de Registro de Extranjero que usted anotó.

- Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero, Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta Verde
- Pasaporte con los siguientes sellos o anexos: Registro de Entrada-Salida (I-94) y incluyendo el sello que muestra su estatus, Formulario de Residente Extranjero (I-551) o Tarjeta de Residente Temporal (I-688)
- Un aviso ordenado por el tribunal para asilados
- Otro comprobante de estado legal de inmigración

El recibir la mayoría de beneficios de salud pública no debe afectar el estado de inmigración de una persona. La Ciudadanía de los EE.UU. y el Servicio de Inmigración puede considerar a alguien como carga pública si la persona vive en un centro de cuidado a largo plazo, tales como un asilo o centro de salud mental que paga el gobierno.

## 2. Díganos sobre su seguro de salud y facturas médicas que no ha pagado.

¿Tiene seguro de salud?  Sí  No

Si contestó sí, incluya una copia de la tarjeta de su seguro médico (frente y reverso).

¿Es el seguro por medio de su empleador o un empleador pasado?  Sí  No

¿Es por medio de otro grupo al que pertenece, como un sindicato / unión?  Sí  No

¿Es una póliza privada que compró por su cuenta?  Sí  No

¿Tiene usted una condición médica de alto costo?  Sí  No

Si contestó sí, ¿cuál es la condición? \_\_\_\_\_

¿Puede obtener seguro por medio de su empleo, sindicato o unión o por medio de la póliza de un familiar?  Sí  No

Si contestó sí, es posible que pueda obtener ayuda para pagar las sus primas.

¿Tiene usted Medicare?  Sí  No

¿Ha recibido cuidado de salud en los últimos 3 meses que usted quiere que paguemos?  Sí  No

Si contestó sí, díganos qué meses quiere que paguemos: :

\_\_\_\_\_

**3. Díganos sobre las personas que viven con usted. Incluya a su cónyuge y sus hijos o hijastros (menores de 19 años) que viven con usted.** Los niños menores de 19 años pueden ser elegibles para cobertura de cuidado de salud All Kids. Llame al 1-866-All-Kids (1-866-255-5437) (TTY: 1-877-204-1012) o para obtener más información, vea el sitio por Internet de All Kids. La llamada es gratis.

¿Cuántas personas viven con usted? \_\_\_\_\_

Nombre (1): \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco con el/la solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre (2): \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco con el/la solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre (3): \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco con el/la solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre (4): \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco con el/la solicitante: \_\_\_\_\_

**4. Díganos sobre los bienes que usted y / o su cónyuge tienen. Si contesta Sí, escriba el valor de los bienes y el nombre del propietario. Incluya el título o registro.**

¿ Es usted o su cónyuge dueño de un automóvil, camión, motocicleta, barco u otro tipo de vehículo?  Sí  No

Propietario	Tipo	Marca / Modelo / Año	Valor	Cantidad que se debe
1) _____	1) _____	1) _____	\$ _____	\$ _____
2) _____	2) _____	2) _____	\$ _____	\$ _____

¿Es usted o su cónyuge dueño de alguna propiedad tales como una casa, terreno o edificio?  Sí  No

Si contestó sí, incluya una copia de sus escrituras o factura de impuestos para cada uno de los bienes de su propiedad o bienes que están comprando.

Propietario	Dirección	Tipo	Valor	Cantidad que se debe
1) _____	1) _____	1) _____	\$ _____	\$ _____
2) _____	2) _____	2) _____	\$ _____	\$ _____

¿Tiene usted o su cónyuge seguro de vida?  Sí  No Si contestó sí, incluya el comprobante del valor actual del seguro

Propietario	Compañía de Seguros	Número de Póliza	Valor Nominal	Valor Actual
1) _____	1) _____	1) _____	\$ _____	\$ _____
2) _____	2) _____	2) _____	\$ _____	\$ _____

Anote todos los bienes que usted o su cónyuge poseen. Si contestó sí, incluya el comprobante del valor actual de los bienes	Cantidad	Nombre de la persona	Banco, Empresa, etc.
Dinero en efectivo (no se necesita comprobante) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____	_____
Cuenta de Cheque(s) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____	_____
Cuenta de Ahorro(s) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____	_____
Acciones, bonos, Fondos Fiduciarios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____	_____
Fondos Mutuales, Fondos del Mercado Monetario (Money Markets), Certificados de depósito <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____	_____
Planes para Funeral / Arreglos para Entierro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____	_____
Lotes para Entierro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____	_____
Cuenta de Ahorros para Servicios Médicos / Salud (algunas cuentas pueden ser exentas) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____	_____
Cuentas para Jubilación (sólo se cuentan si se puede tener acceso a la cuenta sin penalidades antes de que maduren a la edad de 59 1 / 2) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____	_____
Otro (describa): _____	\$ _____	_____	_____

**5. Díganos, ¿trabaja, tiene negocio propio o trabaja por su cuenta usted o su cónyuge? Si tiene negocio propio o trabaja por su cuenta, escriba "yo mismo" en el espacio del empleador.**

Envíe copias de talones de pago (incluya propinas y comprobantes de FICA) que recibió en los últimos 30 días de cada trabajo. Si alguien trabaja por su cuenta o tiene negocio propio, provea 30 días de registros detallados del negocio que incluya ingresos, gastos y comprobantes de FICA (1040 o 1040ES).

Nombre: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Número de horas Que Trabaja: \_\_\_\_\_ Cantidad que le pagan sin descontar impuestos (incluya propinas): \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia le pagan? \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge Empleado: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Número de horas trabajadas: \_\_\_\_\_ Cantidad que le pagan sin descontar impuestos (incluya propinas): \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia le pagan? \_\_\_\_\_

**6. Díganos, ¿recibe alguna persona nombrada en este formulario dinero de algún otro origen que no sea de un empleo (tales como Seguro Social, pensión al cónyuge, alquiler de propiedades, beneficios de desempleo, pensiones, cuentas fiduciarias)? Complete lo siguiente.**

Envíe comprobante de los pagos recibidos en los últimos 30 días de cada origen de ingresos que usted indicó. Conseguiremos los comprobantes del Seguro Social y de beneficios de desempleo de Illinois.

Nombre (1): \_\_\_\_\_ Origen de Ingresos: \_\_\_\_\_

Cantidad de pagos: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia de pagos: \_\_\_\_\_

¿Si esto es ingreso de alquiler de propiedades, ¿la persona que recibe los ingresos administra la propiedad?  Sí  No

Nombre (2): \_\_\_\_\_ Origen de Ingresos: \_\_\_\_\_

Cantidad de pagos: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia de pagos: \_\_\_\_\_

Si esto es ingreso de alquiler de propiedades, ¿la persona que recibe los ingresos administra la propiedad?  Sí  No

Nombre (3): \_\_\_\_\_ Origen de Ingresos: \_\_\_\_\_

Cantidad de pagos: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia de pagos: \_\_\_\_\_

Si el ingreso proviene del alquiler de propiedades, ¿la persona que recibe los ingresos administra la propiedad?  Sí  No

**7. Díganos, ¿PAGA usted o su cónyuge manutención de niños o pensión al cónyuge? ¿Cuánto pagó en el último mes?**

Envíe comprobante de los pagos hechos a cada persona en los últimos 30 días y una copia de la orden de tribunal.

Nombre: \_\_\_\_\_ Cantidad: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia de pagos: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Cantidad: \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia de pagos: \_\_\_\_\_

**8. Díganos, ¿paga alguien nombrado en este formulario por cuidado de niños o guardería para que pueda trabajar?**

Envíe comprobante de pago por cuidado de niños en los últimos 30 días por cada niño.

Nombre de los niños en cuidado de niños: \_\_\_\_\_ Nombre del proveedor de cuidado: \_\_\_\_\_

Persona que paga por cuidado de niños: \_\_\_\_\_ Cantidad de pagos: \$ \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño (si hay): \_\_\_\_\_ Frecuencia de pagos: \_\_\_\_\_

**9. Díganos sobre los gastos de su empleo.**

Incluya una copia de su recibo de herramientas especiales o uniformes.

¿Compra o trae su almuerzo al trabajo?  Sí  No

¿Y su cónyuge?  Sí  No

¿Tiene que comprar uniformes o herramientas especiales para el trabajo?  Sí  No

¿Y su cónyuge?  Sí  No

¿Cómo va y viene al trabajo?	¿Cómo va y viene su cónyuge al trabajo?
<input type="checkbox"/> Autobús Cantidad: \$ _____ Frecuencia de pago: _____	<input type="checkbox"/> Autobús Cantidad: \$ _____ Frecuencia de pago: _____
<input type="checkbox"/> Taxi Cantidad: \$ _____ Frecuencia de pago: _____	<input type="checkbox"/> Taxi Cantidad: \$ _____ Frecuencia de pago: _____
<input type="checkbox"/> Tren Cantidad: \$ _____ Frecuencia de pago: _____	<input type="checkbox"/> Tren Cantidad: \$ _____ Frecuencia de pago: _____
<input type="checkbox"/> Automóvil Millas por Semana: _____	<input type="checkbox"/> Automóvil Millas por Semana: _____
<input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____ Cantidad: \$ _____ Frecuencia de pago: _____	<input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____ Cantidad: \$ _____ Frecuencia de pago: _____



**10. Díganos sobre su discapacidad. Marque los encasillados que mejor describen su discapacidad. Si lo desea, nos puede ayudar a responder a esta pregunta, pero usted no tiene que hacerlo.**

- Discapacidad del Desarrollo       Discapacidad Física       Discapacidad Mental o Emocional
- Discapacidad de la Vista       Discapacidad Auditiva

**Lea y firme**

1. Mantendremos lo que usted nos dice confidencial como lo requiere la ley.
2. Usted debe pagar cada mes para este seguro. Este pago se llama prima. La cantidad de su prima depende de los ingresos de su familia.
3. Usted debe pagar parte de la factura cuando va al médico, va al hospital, u obtiene una receta médica. Estos pagos se llaman cuotas.
4. Usted está de acuerdo que el Estado pueda solicitar el reembolso por los servicios cubiertos por el estado para usted, si cualquier otra parte debería haber pagado por estos servicios.
5. Asegúrese contestar las preguntas correctamente. Podemos verificar toda la información en este formulario. Usted debe ayudarnos si le pedimos que compruebe que su información es correcta.
6. Usted debe informarnos dentro de 10 días si cualquiera de lo siguiente sucede:
  - Cambios en sus ingresos;
  - Cambia el número de personas en su familia que viven con usted;
  - Usted se muda;
  - Usted ingresa a un asilo o se muda de Illinois, o
  - Si usted recibe seguro de salud o Medicare.
7. Cancelaremos su seguro de salud si usted va a la cárcel o prisión.
8. Cualquier persona que abusa de nuestra tarjeta de seguro de salud puede cometer un delito.

**Declaro bajo pena de perjurio que he leído todas las declaraciones en este formulario y la información que he provisto es verdadera, correcta y completa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que puedo ser penalizado si doy información falsa.**

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Si no puede firmar su nombre, haga una marca y que otro adulto firme al lado de su marca.)

Si usted ha completado esta solicitud a favor del solicitante, debe firmar y completar la información siguiente:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_ Parentesco con el solicitante: \_\_\_\_\_



## Siguientes Pasos

- Si alguna información cambia después de enviar la solicitud, llame gratis al 1-800-226-0768 (TTY: 1-866-675-8440). La llamada es gratis.
- Revisaremos su solicitud tan pronto como sea posible.
- Si determinamos que falta algo, le enviaremos una carta indicándole lo que debe enviarnos.
- Por favor espere 45 días para que tomemos una decisión.
- Se le enviará un aviso para informarle si usted puede recibir HBWD. Si usted no califica, también le enviaremos un aviso explicándole por qué no califica.

Si no está satisfecho con las acciones tomadas en su solicitud, usted tiene el derecho a una audiencia imparcial. Puede solicitar una audiencia imparcial escribiéndonos, o escriba a HFS Fair Hearings, 401 South Clinton Street, Sixth Floor, Chicago, Illinois 60607 o llame al 1-800-435-0774 (TTY: 1-877-734-7429). Use estos números sólo para registrar una apelación.

## Lista de Verificación Final

- ¿Contestó todas las preguntas? Si necesita más espacio para contestar las preguntas, adjunte una hoja adicional.
- ¿Firmó y fechó la solicitud?
- ¿Tiene copias de todos los comprobantes que le indicamos necesita?
- Guarde esta página para sus registros.

**Envíe su solicitud junto con copias a:**

**Health Benefits for Workers with Disabilities**  
**(Beneficios de Salud para Trabajadores con Discapacidades)**  
**P.O. Box 6450**  
**Springfield, IL 62794-9145**

## Documentos de Ciudadanía de los EE.UU.

Debido a una nueva ley federal, tenemos que pedir a las personas que son ciudadanos de los Estados Unidos que nos envíen los documentos que comprueben que son ciudadanos. Esta nueva ley afecta a todos los niños y adultos que solicitan beneficios médicos si son ciudadanos de los EE.UU.

Usted puede obtener certificados de nacimiento del estado o condado donde nació la persona. Puede que tenga que pagar por las copias oficiales de certificados de nacimiento. Por lo general, necesita saber el nombre de la persona, fecha de nacimiento y nombre de los padres para pedir el certificado de nacimiento.

Las personas que nacieron en Illinois pueden obtener su certificado de nacimiento en el condado donde nacieron. Aquí indicamos algunos números de teléfonos de los condados y los sitios por Internet

Condado	Teléfono	Sitio Por Internet
Champaign	1-217-384-3720	Champaign County Clerk -- Registro Civil
Cook	1-312-603-7799	Cook County Clerk -- Registro Civil
Peoria	1-309-672-6059	Peoria County Clerk -- Registro Civil (Seleccione "Get Vital records")
St. Clair	1-618-277-6600	St. Clair County Clerk -- Registro Civil (Seleccione "5")

Para obtener una lista completa con quién comunicarse para obtener el certificado de nacimiento, vea el sitio por Internet del Departamento de Salud Pública. El Departamento de Salud Pública de Illinois le puede ayudar a localizar una oficina del condado si llama al 1-217-782-6553. Si usa un TTY, llame al 1-800-547-0466. La llamada es gratis.

Si usa una tarjeta de crédito, puede solicitar su acta de nacimiento por del Internet en el sitio del Registro Civil de Illinois (Vital Records).

El Centro Nacional de Estadísticas de Salud le puede ayudar a obtener certificados de nacimiento de las personas que nacieron en un estado fuera de Illinois. Llame al 1-866-441-6247. La llamada es gratis. Para más información, vea el sitio por Internet del Centro Nacional de Estadísticas de Salud.

Si no puede obtener estos documentos, llame al 1-800-226-0768 para decirnos la razón. Si usa un TTY, llame al 1-866-675-8440. La llamada es gratis. Pudiera haber otros documentos que se puedan usar para comprobar que usted es un ciudadano de los EE.UU.. Envíe copias de sus documentos a Health Benefits for Workers with Disabilities, P.O. Box 19145, Springfield, Illinois 62794-9145 o envíelos por fax al 1-217-558-0031.

## Guía de Referencia Rápida por Internet

Esta lista fue desarrollada para ofrecer una guía de referencia a los usuarios que imprimen la solicitud y prefieren usar una copia de papel.

DHS Office Locator	<a href="http://www.dhs.state.il.us/officeLocator">http://www.dhs.state.il.us/officeLocator</a>
All Kids	<a href="http://www.allkids.com">http://www.allkids.com</a>
Illinois State Board of Elections	<a href="http://www.elections.il.gov">http://www.elections.il.gov</a>
Champaign County Clerk - Vital Records	<a href="http://www.champaigncountyclerk.com/vitals/">http://www.champaigncountyclerk.com/vitals/</a>
Cook County Clerk - Vital Records	<a href="http://www.cookcountyclerk.com">http://www.cookcountyclerk.com</a>
Peoria County Clerk - Vital Records	<a href="http://www.co.peoria.il.us">http://www.co.peoria.il.us</a> (Seleccione "Get Vital Records")
St. Clair County Clerk - Vital Records	<a href="http://www.countyclerk.co.st-clair.il.us/">http://www.countyclerk.co.st-clair.il.us/</a>
Illinois Vital Records County Listing	<a href="http://www.idph.state.il.us/vitalrecords/countylisting.htm">http://www.idph.state.il.us/vitalrecords/countylisting.htm</a>
Illinois Vital Records	<a href="http://www.idph.state.il.us/vitalrecords/">http://www.idph.state.il.us/vitalrecords/</a>
National Center for Health Statistics	<a href="http://www.cdc.gov/nchs">http://www.cdc.gov/nchs</a>

IOCI0146-10 