

Illinois Department of Public Aid
Attn: Hemophilia Program
P. O. Box 19129
Springfield, IL 62794-9129

For Office Use Only
Identification

Patient Number

Application to the State Hemophilia Program
Solicitud al Programa Estatal de Hemofilia
Please Complete Every Blank Below and On Reverse Side
Favor de llenar todas partes de esta solicitud abajo y las del otro lado

Patient's Name (Mr., Mrs., Miss) _____
Nombre del paciente (Sr., Sra., Srta) (First /Primer Nombre) (Middle/ Segundo Nombre) (Last /Apellido)

Patient's Permanent Address _____
Dirección Permanente del Paciente (Number, Street, Apartment, Rural Route, Box / *Numero, Calle, Apartamento, Buzón, etc.*)

(City / Ciudad) (State / Estado) (Zip Code / Código Postal) (County/Condado)

Date of Birth _____ Social Security Number _____ Sex: Male Female
Fecha de Nacimiento **Número del Seguro Social o el número de identificación de impuesto** **Varón** **Hembra**

Home Telephone Number (_____) _____ Work Telephone Number (_____) _____
Número del teléfono de la casa **Número del teléfono del trabajo**

Patient's Hemophilia Physician _____ Diagnosis _____
Nombre del médico que atiende al Paciente en cuanto a la Hemofilia **Diagnóstico**

Name and Address of Hemophilia Treatment Center _____
Nombre y Dirección de Centro de Tratamiento de Hemofilia

Members of Family Living in Household, Including Patient. List Head of Household First <i>Miembros de la familia que viven en el mismo hogar, incluyendo el Paciente. Ponga primero la cabeza del hogar.</i>		
Name / Nombre)	Age /Edad	Relationship to Patient / Relación al paciente

This State Agency is requesting disclosure of information that is necessary to accomplish the statutory purpose as outlined under Public Act 83-99. Disclosure of this information is mandatory. ***Esta Agencia del Estado está solicitando una declaración de información necesaria y cuyo propósito está contemplado bajo el Acto Público 83-99. Descubrimiento de esta información es obligatorio según***

REV 4-1-98

Public Assistance Case Number / **Número del Caso de Medicaid** _____ Effective Date / **Fecha efectiva** _____

If the family is on Public Assistance, place an "X" in this square and do not complete the remainder of this application.
Si la familia participa en el Programa de Medicaid, coloque un "x" en la cajita y no llene la demás información que sigue.(vea el otro lado de esta página)

**Approximate Translation of the Application Certification
to be signed by the Hemophilia Patient.**

Traducción aproximada de de la certificación para la firma del paciente

Certifico que la información escrito en esta y la información de finanzas personales que acompaña la misma son correctas y son verdad según mi leal saber y entender. Autorizo a la Programa de Hemofilia de Illinois o su representante a que verifican todo los datos expuestos en relación a mi estado financiero e ingresos. Doy mi consentimiento a la entrega de información en cuanto a mi diagnosis y tratamiento por los médicos y hospitales que ha sido solicitado por el Programa de Hemofilia de Illinois. Un facsímile de esta aprobación es tan válido como la original. Es entendido que toda información se tratará de una manera confidencial.

(If Additional Space is Needed, Attach Extra Sheet of Paper)

(Si se necesita más espacio, favor de adjuntar otra hoja de papel