

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**

*Please Complete Every Blank Below and On Reverse Side  
 Favor cumplir esta solicitud (todas partes abajo y al 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, Box, etc.)

(City / Ciudad) (State / Estado) (Zip Code / Zip del correo) (County/Condado)

Date of Birth \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_ Sex: Male Female FF  
**Fecha de Nacimiento** **Número del Seguro Social o el # de identificación de impuesto** **Hombre Mujer**

Home Telephone Number (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work Telephone Number (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
**# del teléfono de su casa** **# del teléfono de su trabajo**

Patient's Hemophilia Physician \_\_\_\_\_ Diagnosis \_\_\_\_\_  
**Nombre del médico que atiende al Paciente en cuanto a la Hemofilia** **El diagnóstico principal**

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  
**Miembros de la familia que viven en el mismo hogar, incluyendo el Paciente. Poner primero la cabeza del hogar.**

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 que es necesario según El Acto Público 83-99.**

REV 4-1-98  
 Public Assistance Case Number / # de 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, entrar un "x" en la cuadro y no cumplir 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 firmar por el paciente*

*Yo certifico que la información escrito en esta y la información de finanzas personales que acompaña la misma es correcta y es verdad según mi recolección. Además, yo autorizo a la Programa de Hemofilia o su representante que verifican todo los datos puestos en relación a mi estado financiero y ingreso. Yo doy mi aprobación la entrega de información por mis médicos y hospitals que ha sido solicitado por el Programa de Hemofilia de Illinois en cuanto a mi diagnosis y tratamiento. Un facsimile 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)