

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA COMPLETAR LAS SOLICITUDES DE CARELINK ORIGINAL SIN COPIAS

Actualizado el 06/02/2025

Prueba de edad/identidad - Documentos para el paciente y su cónyuge	Justificante de domicilio	Justificante de ayuda financiera (si aplica)	Justificante de ingresos -- Documentos para el paciente y su cónyuge	Carta de justificante de alojamiento y manutención (si aplica)
Necesita uno de la casilla A o dos de la casilla B (1 de cada grupo)	Necesita uno	Necesita uno	Necesita uno	Necesita uno
<p>Casilla A</p> <p>Lista A: (ELIJA UNO)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasaporte válido • Tarjeta de residente permanente • Documentos de naturalización/ciudadanía con foto • Cartilla militar con foto • Tarjeta de autorización de los trabajadores <p>Casilla B</p> <p>GRUPO UNO (identificación con foto)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documento de identidad con foto expedido por el Gobierno, es decir, por el Estado • Permiso de conducir o tarjeta de identificación estatal • Tarjeta Chicago CityKey • Pasaporte caducado • Permiso de conducir temporal para visitantes de Illinois • Tarjeta de identificación válida del consulado extranjero • Identificación del permiso de trabajo con foto • Tarjeta de elector extranjero con foto • Carnet de estudiante con foto <p>GRUPO DOS (documento de identificación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta de nacimiento • Licencia matrimonial • Notificación de comparecencia • Formulario I 94, Registro de salida • Certificado de naturalización sin foto • Formulario I 797, Notificación de acción • Documentos de viaje expedidos por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE.UU. • Expedientes de adopción • Tarjeta de la Seguridad Social • ITIN Número de Identificación Personal del Contribuyente • Carta de concesión de SSI/RSI • Tarjeta de elector • Tarjeta Medicaid infantil • Cartas de remisión de organismos estatales o locales con membrete del organismo (Ejemplos: Cualquier entidad local como una iglesia, hospital o clínica que NO forme parte de CCHHS, organización sin ánimo de lucro, vecinal o comunitaria, centro de acogida, un juzgado u otro organismo gubernamental). 	<ul style="list-style-type: none"> • Una factura reciente de servicios públicos (gas, luz, teléfono, cable) no mayor a 30 días de antigüedad • Una pieza de correo comercial actual de EE.UU. con el nombre y la dirección actual del paciente (NO PUEDE SER CCH NI CORREO A GRANEL O BASURA) NO PUEDE TENER MÁS DE 30 DÍAS DE ANTIGÜEDAD • Credencial para votar (con dirección actual) • Declaración hipotecaria fechada en los 30 días siguientes a la fecha de la entrevista • Contrato de arrendamiento, escritura o contrato de compraventa de vivienda en vigor (NO RECIBOS DE ALQUILERES) • Extracto bancario actual • Documentación de liberación de un Departamento de Instituciones Penitenciarias a una dirección del Condado de Cook • Carta de concesión de un organismo federal o estatal (Ejemplos: Subsidio por discapacidad o cupones de alimentos) NO PUEDE TENER MÁS DE 30 DÍAS DE ANTIGÜEDAD • Recibo del pago del impuesto sobre bienes inmuebles • Cartas de remisión de organismos estatales o locales con membrete del organismo (Ejemplos: Cualquier entidad local, como una iglesia, un hospital, un centro de acogida, un tribunal o un organismo gubernamental). • Matriculación de automóviles • Declaración firmada de la condición de persona sin hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de alojamiento y manutención/Declaración de ayuda financiera • Cartas de remisión de organismos estatales o locales con membrete del organismo (Ejemplos: Cualquier entidad local, como una iglesia, un hospital, un centro de acogida, un tribunal o un organismo gubernamental). *Copia clara del documento de identidad con foto de la persona que firma la carta de alojamiento y manutención/assistencia financiera. *Una factura de servicios públicos de la persona que firma la carta de alojamiento y manutención/ayuda económica fechada en un plazo de 30 días. *Paciente: una pieza de correo comercial actual de EE.UU. (No puede ser correo de CCH o correo no deseado. Debe tener el nombre del paciente y su dirección actual.) 	<ul style="list-style-type: none"> • TRABAJO A TIEMPO COMPLETO: Últimos 2 recibos de pago del empleador actual (si cobra cada semana 4 talones de pago, si cada dos semanas 2 talones de pago) • TRABAJO A TIEMPO PARCIAL: Últimos 4 recibos de sueldo del empleador actual • Declaración de la renta federal del año pasado hasta el 15 de abril del nuevo año • Carta firmada por el empresario en papel de la empresa: DEBE INCLUIR EL NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR, LA TARIFA Y EL NÚMERO DE HORAS QUE EL PACIENTE TRABAJA A LA SEMANA. • Conductores de UBER, LYFT u otros medios de transporte compartido: 4 extractos semanales actualizados • Carta de indemnización por desempleo o talón de cheque • Carta de concesión de la Seguridad Social, Medicaid, Discapacidad (SSI) o Pensión del año en curso • Formulario de pago en efectivo • Declaración de ingresos de la Seguridad Social de la persona que solicita el programa • Carta de concesión de ayuda financiera universitaria • Carta del DHS con fecha en los últimos 60 días relativa a LINK CARD o Snap BENEFITS • Cartas de remisión de organismos estatales o locales con membrete del organismo (EJEMPLOS: Cualquier entidad local, como una iglesia, un hospital, un centro de acogida, un tribunal o un organismo gubernamental) 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de alojamiento y manutención/Declaración de ayuda financiera • Cartas de remisión de organismos estatales o locales con membrete del organismo (Ejemplos: Cualquier entidad local, como una iglesia, un hospital, un centro de acogida, un tribunal o un organismo gubernamental). *Copia clara del documento de identidad con foto de la persona que firma la carta de alojamiento y manutención/assistencia financiera. *Una factura de servicios públicos de la persona que firma la carta de alojamiento y manutención/ayuda económica fechada en un plazo de 30 días. *Paciente: una pieza de correo comercial actual de EE.UU. (No puede ser correo de CCH o correo no deseado. Debe tener el nombre del paciente y su dirección actual.) *Copia clara del documento de identidad con foto de la persona que firma la carta de alojamiento y manutención/assistencia financiera.