



Healthcare and Family Services

Date:
Case ID Number:

Address field

IMPORTANT NEWS ABOUT YOUR MEDICAL BENEFITS

Beginning April 1, 2015, the following child(ren) qualifies for _____:

Name

Birthdate

Your new monthly premium is \$_____ beginning April 2015. This change will be shown on your next statement.

We made this change based on information we have in our file. The child(ren) named above will get medical benefits under Illinois' All Kids program.

If you have any questions regarding this notice, contact your caseworker or call 1-800-226-0768. The call is free. Persons who use a TTY can call: 1-877-204-1012.

CN 15.07



Cuidado de Salud y Servicios Para Familias

Fecha del Aviso:
Número del Caso:

Address field

NOTICIAS IMPORTANTES SOBRE SUS BENEFICIOS MÉDICOS

Empezando el 1 de abril de 2015, el/los siguiente(s) niño(s) califica(n) para _____:

Nombre

Fecha de Nacimiento

Empezando en abril del 2015, su nueva prima mensual es \$_____. Este cambio se indicará en su próxima cuenta.

Hicimos este cambio basado en la información que tenemos en nuestro expediente. Este(os) niño(s) indicado(s) arriba recibirá(n) beneficios médicos bajo el programa All Kids de Illinois.

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con el trabajador(a) de su caso o llame 1-800-226-0768. La llamada es gratis. Las personas que usan TTY, pueden llamar gratis al 1-877-204-1012.

CN 15.07S