



Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Estampillas de Comida Escriba en letra de molde

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial _____ Apellido de _____

Dirección Actual: _____

Número de Apto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Condado: _____

¿Está usted desamparado(a)? Sí No

Dirección Postal (si es diferente que la de arriba)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Condado: _____

Dirección Previa

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Condado: _____

Números de Teléfonos donde nos podemos comunicar con usted

Hogar: _____ Trabajo: _____ Otro: _____

Firma: _____ Fecha: _____

**Instrucciones para la(s) persona(s) que están solicitando beneficios médicos, económicos (dinero),
y / o estampillas de comida**

1. Por favor, en el formulario de solicitud escriba todas sus respuestas en letra de molde para que podamos leer y entender sus respuestas.
2. Usted tiene el derecho de registrar una solicitud inmediatamente mientras esta página esté completada con su nombre, dirección y firma. Cuando se registra el formulario firmado, empieza el periodo del proceso de la solicitud.
3. Para la información sobre sus derechos y responsabilidades vea página 7, para estampillas de comida vea la página 8, para asistencia económica y médica, la página 9 y 10.
4. Si está solicitando estampillas de comida, se tomará la decisión sobre su elegibilidad dentro de los 30 días. Si se determina que usted es elegible, le darán los beneficios de estampillas de comida desde la fecha en que se registró la solicitud.
5. Usted puede completar este formulario en su casa y enviarlo por correo o llevarlo a la oficina del Departamento de Servicios Humanos (DHS), u otro miembro de su hogar, o un adulto que le conoce a usted puede completar y enviarnos el formulario. Si otra persona completa este formulario para el hogar, debe contestar las preguntas con relación a las personas que solicitan, no por sí mismo.



Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Estampillas de Comida Escriba en letra de molde

Estatus de Ciudadanía / Inmigración

Usted debe completar esta sección antes de completar el resto de la solicitud.

Si usted o alguna persona no solicita porque no desea proveer información sobre su estatus de inmigración, no tiene que darnos esa información. El no proveer la información de inmigración, no afectará procesar la solicitud de los otros miembros del hogar. Sin embargo, cualquier persona que solicita beneficios tiene que proveer la información referente a su estatus de inmigración.

¿Son todas las personas ciudadanos de los Estados Unidos? Sí No

Complete la siguiente información para cualquier persona que no sea ciudadano y está solicitando beneficios. Si usted necesita más espacio, añada otra hoja de papel.

Nombre	Edad	Fecha de Entrada a los Estados Unidos	Número de Registración
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Si hay personas que no están solicitando beneficios de estampillas de comida y / o beneficios económicos porque no desean proveer comprobantes de su estatus de inmigración, por favor escriba sus nombres a continuación. **Sólo le haremos preguntas sobre los ingresos y bienes de ellos.**

Nombre (Apellido)	(Nombre)	(Inicial)	Nombre (Apellido)	(Nombre)	(Inicial)
1.			4.		
2.			5.		
3.			6.		

Las siguientes preguntas sólo son para información. Contestarlas no afectará sus beneficios.

- ¿Es usted hispano o latino? Sí No
- ¿Cuál es su raza? (Seleccione uno o más) Indio Americano / Nativo de Alaska Asiático
 Negro o Afro Americano Nativo de Hawai u Otra Isla del Pacífico Blanco
- ¿Habla inglés el miembro adulto de su hogar que usualmente tramita su caso con DHS y /o HFS? Sí No
- ¿Lee inglés el miembro adulto de su hogar que usualmente recibe correspondencia o información escrita del DHS y / o HFS?
 Sí No

Si usted contestó "No" a cualquiera de las preguntas de arriba, ¿qué idioma habla? _____



Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Estampillas de Comida Escriba en letra de molde

1. ¿Cuántas personas viven con usted (inclúyase usted)? _____
2. ¿Es usted o alguien que vive con usted ciego? Sí No ¿Está discapacitado? Sí No
Si contestó sí, ¿quién es?: _____
3. ¿Recibe usted o alguien que vive con usted algún tipo de asistencia del DHS actualmente? Sí No
Si contestó sí, ¿quién?: _____
4. ¿Ha recibido usted o alguien que vive con usted algún tipo de asistencia del DHS anteriormente? Sí No
Si contestó sí, ¿quién?: _____
5. ¿Ha solicitado usted o alguien que vive con usted asistencia recientemente en esta o en otra oficina local? Sí No
Si contestó sí, ¿quién?: _____
6. ¿Está usted o alguien en su hogar embarazada? Sí No
Si contestó sí, ¿quién es?: _____ Fecha que espera el parto: _____

Complete esta página si usted está solicitando Estampillas de Comida
Le entrevistaremos en 14 días - inmediatamente, si usted califica para estampillas de comida de emergencia o rápidas.

¿Cuántas personas que viven con usted compran y preparan alimentos con usted (inclúyase usted)? _____

- Por favor complete lo siguiente: Yo puedo venir a una entrevista en la oficina. Yo tengo que ser entrevistado por teléfono porque
- las horas de trabajo o actividades educacionales no concuerdan con el horario de la oficina del DHS; o
 - problemas relacionados con salud, transportación o mal tiempo; o
 - no tengo quien cuide a los niños

Me pueden entrevistar por teléfono de lunes - viernes entre las 8:30 y 5:00, llame al: _____

Por favor complete la sección que sigue solamente si está solicitando beneficios de estampillas de comida y necesita estampillas de comida inmediatamente. Sus respuestas deben incluir a todas las personas que viven con usted.

¿Cuánto dinero en efectivo, en cuenta de cheques o ahorros tiene usted o las personas que viven con usted? _____

¿Cuál es el ingreso bruto mensual (ingreso de cualquier origen antes de deducciones) de usted y de todas las personas que viven con usted? _____

¿Cuánto dinero ha recibido o espera recibir en el mes que está solicitando de cualquier otro origen, usted o las personas que viven con usted?

\$ _____ ¿Cuándo? _____ ¿Quién lo recibe? _____ Origen: _____

¿Es esta una unidad de estampillas de comida de trabajadores agrícolas migratorios? Sí No Si es sí, ¿han terminado los ingresos Sí No recientemente?

¿Espera usted o alguien que vive con usted recibir más de \$26 en ingresos de algún nuevo origen dentro de los próximos 10 días?

Sí No



Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Estampillas de Comida Escriba en letra de molde

Complete esta página si está solicitando estampillas de comida.

Costos de Vivienda

1. ¿Cuánto paga por alquiler de casa, renta o hipoteca? _____
(Para hipoteca incluya impuestos y seguros de propiedad) ¿Comparte este gasto con alguien? Sí No

2. ¿Está usted recibiendo, solicitando o anticipa solicitar para el programa de asistencia para energía (LIHEAP), (en Chicago es tramitado por CEDA)? Sí No

3. Si contestó No, ¿recibe facturas separadas de la renta o hipoteca para: **A.** calefacción o aire acondicionado? Sí No

B. ¿Tiene costo excesivo por calefacción o aire acondicionado? Sí No

NOTA: El aire acondicionado puede estar instalado en una ventana o una unidad central.

C. ¿Paga o le ayuda a pagar alguien que no está en su unidad de estampillas de comida, por el costo de su vivienda? Sí No

D. ¿Paga o le ayuda a pagar alguien que no está en su unidad de estampillas de comida, por servicios públicos? Sí No

Si contestó sí, indique las facturas y cantidades pagadas: _____

Por favor complete la siguiente información si usted contestó (NO) a la pregunta (2 ó 3) y no le facturan por calefacción o aire acondicionado junto con su renta o hipoteca:

Gastos	Cantidad	Frecuencia de Pago	Cantidad Que Usted Paga	Cantidad Pagada Por Otros
Electricidad	_____	_____	_____	_____
Agua y / o Alcantarillado	_____	_____	_____	_____
Basura	_____	_____	_____	_____
Gas para Cocinar	_____	_____	_____	_____
Servicio Básico de Teléfono (incluye teléfono celular)	_____	_____	_____	_____
Instalación / Mantenimiento de Tanque Séptico	_____	_____	_____	_____
Instalación / Mantenimiento de Pozo de Agua	_____	_____	_____	_____
Cuota por conectar los servicios públicos	_____	_____	_____	_____
(Especifique los servicios públicos que usted paga)	_____	_____	_____	_____
Cantidad fija por los servicios públicos	_____	_____	_____	_____
(Especifique los servicios públicos que usted paga)	_____	_____	_____	_____
Explique:	_____			



Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Estampillas de Comida Escriba en letra de molde

Debe completar esta página para todos los programas

<p>¿Cuál es el nombre completo y la fecha de nacimiento suya y de todas las personas que viven con usted? Incluya las personas que están temporalmente ausentes del hogar (no use apodos o sobrenombres). También incluya las personas que viven con usted para las cuales usted no está solicitando asistencia. Anótelos en este orden: Yo mismo Su cónyuge o esposo(a) Niños otros parientes personas que no son parientes o familiares</p>	<p>Escriba uno de los siguientes términos para indicar el parentesco de cada persona con usted. Yo mismo esposo(a) hijo(a) padre nieta(a) madre hermano(a) hijastro(a) hermanastro(a) primo(a) tío(a) padrastra madrastro sobrino(a) Parentesco de alguna otra manera No hay parentesco. El parentesco de esta persona conmigo es:</p>	<p>Se hará una determinación de su elegibilidad bajo los programas administrados por el Departamento, a menos que usted no quiera ser considerado(a) para algún programa en particular. Indique a continuación qué clase o tipo de ayuda usted quiere solicitar o no quiere, marcando "Sí" o "No".</p>	<p>Escriba el número del seguro social de cada persona que está solicitando beneficios.</p>
<p>1. Persona Que Solicita Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre : ____ Apellido: _____ Fecha de Nac: _____</p>	<p>Yo Mismo</p>	<p>Dinero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asistencia Médica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>2. Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre : ____ Apellido: _____ Fecha de Nac: _____</p>		<p>Dinero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asistencia Médica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>3. Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: ____ Apellido: _____ Fecha de Nac. _____</p>		<p>Dinero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asistencia Médica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>4. Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: ____ Apellido: _____ Fecha de Nac. _____</p>		<p>Dinero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asistencia Médica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>5. Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre ____ Apellido: _____ Fecha de Nac. _____</p>		<p>Dinero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asistencia Médica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>6. Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: ____ Apellido: _____ Fecha de Nac: _____</p>		<p>Dinero <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Asistencia Médica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	

Por favor añada una hoja adicional si hay más personas.



Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Estampillas de Comida Escriba en letra de molde

Complete esta página si están solicitando para beneficios médicos.

1.	Persona #1	Persona #2	Persona #3
¿Está esta persona cubierta por seguro de salud u hospital (incluyendo Medicare) actualmente o en los últimos tres meses? Si es sí, complete lo siguiente.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Fecha que Comenzó la Cobertura (mes / año)	a. _____	a. _____	a. _____
b. ¿Se ha terminado el seguro? Si contestó sí, ¿por qué? fecha que terminó (mes y año)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. _____	b. _____	b. _____	b. _____
c. Nombre de la Compañía de seguro	c. _____	c. _____	c. _____
d. Nombre del dueño de la Póliza	d. _____	d. _____	d. _____
e. Núm. del Seguro Social del Dueño de la póliza	e. _____	e. _____	e. _____
f. Nombre del Empleador y Número de Teléfono	f. _____	f. _____	f. _____
g. Número de Póliza y Número de Grupo	g. _____	g. _____	g. _____

2. Hay algún adulto, padre, madre, padrastro, madrastra, cónyuge o mujer embarazada nombrado en este formulario que esté trabajando actualmente? Sí No

Si es sí, complete lo siguiente y **adjunte comprobantes** del último mes. ¿Hay alguien que trabaje por su cuenta o tiene negocio propio? Sí No

Nombre de la Persona: _____ Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

Horas Trabajadas por Semana _____ Sueldo sin descontar impuestos (incluya propinas) \$ _____ Frecuencia de Pagos: _____

Nombre de la Persona: _____ Empleador: _____

Dirección del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: _____

Horas Trabajadas por Semana _____ Sueldo sin descontar impuestos (incluya propinas) \$ _____ Frecuencia de pagos _____

3. ¿Hay alguien nombrado en este formulario que RECIBE dinero de otro origen que no sea de empleo (tales como seguro social, manutención Sí No

de niños, pensión pagada por cónyuge, alquiler de propiedades, beneficios de desempleo, pensiones, fondos fiduciarios)?

Si contestó sí, complete lo siguiente y **adjunte comprobantes** del último mes.

Nombre de la Persona: _____ Origen: _____ Cantidad Mensual \$ _____

Nombre de la Persona: _____ Origen: _____ Cantidad Mensual \$ _____

Si este ingreso es de alquiler de propiedades, ¿es la persona que recibe el ingreso, también el administrador de la propiedad? Sí No

4. ¿Hay alguien nombrado en este formulario que PAGA manutención de niños o pensión al cónyuge? Sí No

Si contestó sí, complete lo siguiente y **adjunte comprobantes** del último mes.

Nombre de la Persona: _____ Origen: _____ Cantidad Mensual \$ _____

Nombre de la Persona: _____ Origen: _____ Cantidad Mensual \$ _____

5. ¿Hay alguien nombrado en este formulario que Paga por cuidado de niños para poder trabajar? Sí No

Si contestó sí, complete lo siguiente y **adjunte comprobantes** del último mes.

Nombre del Niño Que Recibe el Cuidado _____ Nombre del Proveedor: _____

Nombre del Niño Que Recibe el Cuidado _____ Nombre del Proveedor: _____

Persona que Paga por el Cuidado _____ Cantidad Mensual \$ _____

Parentesco del proveedor de cuidado con el niño (si lo hay) _____



Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Estampillas de Comida Escriba en letra de molde

Formulario de Reembolso para Seguro de Salud All Kids / Family Care

Un Reembolso es una cantidad mensual que le pagaremos si ya paga por seguro de salud para usted, su esposo(a) o sus niños. Si escoge obtener reembolso, usted usará su tarjeta de seguro actual para recibir cuidado de salud. Solamente las familias que tienen seguro de salud pueden obtener pagos de reembolso. También, solamente las familias con cierta cantidad de ingresos pueden obtener reembolso.

- El dueño de la póliza completa la Parte A;
- El empleador del dueño de la póliza o su agente personal de seguros debe completar la Parte B y entregársela a usted; y
- Devuelva las páginas completadas a su oficina local.

Parte A - La persona principal cuyo nombre está en el seguro debe firmar esta parte del formulario. Generalmente esta persona se llama el Dueño de la Póliza. Esta persona puede obtener seguro de salud por medio de su trabajo.

Apellido del Empleado / Dueño de la Póliza: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Núm. de Apto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Núm. de Seguro Social: _____ Número de Teléfono: _____

(Necesitamos los Números de Seguro Social para pagar el reembolso a esta persona.)

Díganos los nombres de los miembros de familia para los cuales usted está solicitando Reembolso: _____

Yo estoy de acuerdo en avisar inmediatamente a la Unidad de All Kids / Family Care si termina este seguro de salud, se añade o quitan personas del seguro, o cambia la cantidad que se paga por el seguro, cambian los beneficios cubiertos o el dueño de la póliza cambia. Yo autorizo a mi empleador, administrador del plan y compañía de seguro que provean la información requerida en la parte B, con el propósito de determinar la elegibilidad para All Kids / Family Care. Yo también autorizo a mi empleador, administrador del plan y compañía de seguros que verifiquen mi cobertura y cualquier información indicada a continuación, en cualquier momento durante mi participación en All Kids / Family Care Rebate.

Firma del Empleado / Dueño de la Póliza: _____

Part B - Esta parte del formulario debe ser completado por el empleador que provee el seguro o agente de seguros.

Note to Employer Insurance Agent: The employee/policy holder named above on this form is applying for help to cover the cost of their family's health insurance premiums. Please assist them by completing the information below and returning the form to the employee/policy holder as soon as possible. (As used below, "employee" applies to an employee or private policyholder.) For help in completing this form, call toll-free 1-877-805-5312.

Employer (if employer policy): _____

Employer address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Person completing this form: _____ Phone: _____ Fax: _____

Insurance Company: _____ Policy Number: _____ Group Number: _____

What benefits are covered? Check all that apply: Physician Services Hospital Inpatient Services

Amount of premium paid by employee: \$ _____. (Include amounts paid for dental, vision, and prescription coverage.)

Premiums are paid: weekly every 2 weeks twice a month monthly every 2 weeks quarterly semi-annually annually

Persons covered by the employee premium contribution: _____

Does the employer pay 100% of the cost of the employee's coverage: Yes No

If No, how much of the amount listed above is for coverage of the employee only (single rate)?

\$ _____ (Include amounts paid for dental, vision, and prescription coverage.)

Enrollment Period of Policy: _____

Date of Premium Listed Above Began/Begins: _____

Date of Next Scheduled Change in Premium: _____

Authorized Signature of Employer/Agent: _____ Date: _____

Return the completed rebate form to the employee for submission with the All Kids/Family Care application. Need Help? Visit allkidscovered.com or call toll free 1-866-ALL-KIDS (1-866-255-5437) If you use a Text Telephone, call 1-877-204-1012.



Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Estampillas de Comida Escriba en letra de molde

Lea, complete y firme las dos páginas siguientes si desea beneficios de estampillas de comidas

La ley federal requiere que todos los miembros del hogar que solicitan beneficios de estampillas de comida tengan un número de seguro social (SSN). No requerimos el número de seguro social para ningún miembro de su hogar que no es elegible para el programa de estampillas de comida o que no quiera solicitar. Si usted o algún miembro de su hogar quiere solicitar para el programa de estampillas de comida, pero no tiene un SSN, le podemos ayudar a solicitar uno. El SSN será usado por la administración del programa de estampillas de comida para comprobar la identidad de los miembros del hogar, evitar la participación duplicada y para facilitar cambios masivos. El SSN también será usado para auditorias y revisiones del programa, comparar archivos de computadoras y para asegurar que el hogar es elegible para estampillas de comida, otros programas federales de asistencia y programas subsidiados por el gobierno federal, tales como almuerzos escolares, TANF y Medicaid. Esto puede resultar en acción civil, proceso judicial, reclamos administrativos en contra de las personas que fraudulentamente participan en el programa de estampillas de comida.

En esta solicitud usted tiene que reportar:

Gastos por cuidado de niños
Gastos de servicios públicos

Usted tiene que reportar y verificar:

Pagos de renta o hipoteca, impuestos a la propiedad y seguros de la propiedad
Gastos médicos

Los pagos de manutención de niños están sujetos a verificación por medio de comparación computarizada con los archivos de la División de Cumplimiento de Manutención de Niños.

Si no reporta o verifica los gastos, será visto como una declaración de su unidad de estampillas de comida que usted no quiere recibir la deducción por los gastos que no reportó.

Representante Autorizado

Alguna persona que no sea el responsable del hogar puede completar el proceso de solicitud o usar las estampillas de comida para comprar comestibles para la unidad de estampillas de comida. Si dicha persona está autorizada, escriba el nombre a continuación. Si el representante autorizado completa y firma esta solicitud, se requiere autorización por escrito de la unidad de estampillas de comida.

Nombre _____ Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Aviso Sobre Penalidades

La información en esta solicitud está sujeta a ser verificada por oficiales federales y locales. Si se determina que alguna información está incorrecta, se le pueden negar las estampillas de comida y / o ser sujeto a un proceso judicial por proveer información falsa a sabiendas.

Los individuos que se les encuentre culpables en un tribunal por cambiar estampillas de comida por armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas, serán excluidos del programa de estampillas de comida: 1) 24 meses por la primera ofensa y permanentemente por la segunda ofensa relacionada a la venta de sustancias controladas por beneficios de estampillas de comida, y 2) permanente por la primera ofensa relacionada a la venta de armas de fuego, municiones o explosivos por beneficios de estampillas de comida.

La persona que se le encuentre culpable de traficar beneficios de estampillas de comida, será excluida permanente del programa de estampillas de comida.

La persona que se le encuentre ha hecho declaraciones o representación fraudulenta referente a su identidad y residencia para obtener beneficios múltiples a la vez, será excluida por 10 años.

Las personas que son delincuentes fugitivos o los que violan las condiciones de su libertad condicional o libertad bajo palabra, no son elegibles para beneficios de estampillas de comida.

Si algún miembro de su hogar intencionalmente quebranta algunas de las siguientes reglas, puede ser excluido del programa de estampillas de comida por 12 meses después de la primera infracción, 24 meses después de la segunda infracción, permanentemente por la tercera infracción. Al individuo también se le puede imponer una multa de hasta \$250,000, ir a prisión por 20 años o recibir ambos castigos. La persona también puede ser sujeta a más procedimiento judicial bajo otras leyes federales que aplican.

No de información falsa o oculte información para recibir o continuar recibiendo estampillas de comida.

No cambie ni venda las estampillas de comida.

Los beneficios de estampillas pueden ser usados para productos comestibles solamente y no pueden ser usados para comprar productos ineligibles tales como bebidas alcohólicas y tabaco.

No use las estampillas de comida de otra persona para su unidad de estampillas de comida.



Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Estampillas de Comida Escriba en letra de molde

Derechos y Responsabilidades del Cliente - Estampillas de Comida (Continuación)

Yo entiendo las preguntas de esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa o quebrantar alguna regla indicada en el aviso sobre penalidades. Al firmar, yo juro bajo penalidad de perjurio que las respuestas son ciertas y correctas de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

Yo entiendo que puede que haya que proveer documentos para comprobar lo que yo he dicho. Estoy de acuerdo con esto. Si los documentos no están disponibles, estoy de acuerdo en dar el nombre de una persona u organización para que la oficina de estampillas de comida pueda comunicarse y obtener el comprobante necesario.

Yo entiendo que mientras mi solicitud esté pendiente y una vez sea aprobada, tengo que reportar cualquier cambio en las circunstancias de mi unidad de estampillas de comida, dentro de los 10 días de la fecha en que ocurrió el cambio. Si tengo alguna duda con respecto a si tengo que reportar algún cambio, le preguntaré a mi trabajador(a) social del Departamento de Servicios Humanos.

Yo entiendo que si aprueban mis beneficios de estampillas de comida y recibo más de lo que debo recibir, ya sea por error de mi parte o de la agencia, la cantidad de sobrepago o los beneficios que se pagó en exceso, están sujetos a recobro o reembolso.

Su Fima: _____ Fecha: _____

- Usted es: La persona a cargo o un miembro de la unidad de estampillas de comida
(Marque uno) Representante autorizado de la unidad de estampillas de comida

Firma del testigo si ha firmado con una X: _____

Usted puede pedir una audiencia imparcial verbalmente o por escrito, si hay un desacuerdo con alguna acción tomada en este caso. El caso de la unidad de estampillas de comida puede ser presentado en la audiencia por cualquier persona escogida por la unidad de estampillas de comida.

De acuerdo con la ley federal y el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) y reglamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS), se prohíbe que esta institución discrimine debido a la raza, color, sexo, religión, nacionalidad, discapacidad o credo político.

Para registrar una queja por discriminación, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos (DHS), USDA, o HHS. Escriba a, Department of Human Services, Bureau of Civil Affairs, 401 South Clinton St. 4th Floor, Chicago, Illinois 60607. Escriba al Director de USDA, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20250-9410, o llame al (800) 795-3272 (Voz) (202) 720-6382 (TTY). Escriba al Director de HHS, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 o llame a (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY). DHS, USDA y HHS son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades.



Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Estampillas de Comida Escriba en letra de molde

Si usted desea asistencia económica o asistencia médica, lea y firme las 2 páginas siguientes

Yo entiendo que al firmar este formulario de solicitud, doy mi consentimiento al Departamento para hacer cualquier investigación para verificar o confirmar la información que he provisto, o para hacer cualquier investigación en conexión con mi solicitud para ayuda pública. Yo entiendo que tengo que cooperar con los esfuerzos para verificar la información.

Cuando registro una solicitud para asistencia económica o asistencia médica, se determinará mi elegibilidad bajo cualquiera de los programas administrados por el Departamento, a menos que yo no quiera ser considerado para algún programa en particular. Si no quiere ser considerado para algún programa en particular, el Departamento no determinará la elegibilidad para esos programas.

Yo estoy de acuerdo con informar a la agencia, dentro de los 10 días, cualquier cambio en el tamaño de mi hogar, ingresos, propiedades, arreglos de vivienda, asistencia a la escuela, domicilio o dirección.

Yo entiendo que si me aprueban los beneficios de asistencia económica, y recibo más beneficios de los que debo recibir, sea por error de mi parte o de la agencia, la cantidad del sobrepago o beneficios pagados en exceso, están sujetos a ser recuperados o reembolsados.

Yo entiendo que si quiero que alguna persona solicite beneficios médicos o económicos por mí, y yo estoy física y mentalmente capacitado para solicitar, debo proveer al departamento una declaración escrita dándole permiso a la persona que solicite por mí. La declaración debe incluir el nombre completo, dirección y número de teléfono de la persona que solicita por mí. La declaración debe decir que soy responsable por la información provista por esa persona.

El Departamento consigue y usa información de todos los clientes por medio del Sistema de Verificación de Elegibilidad e Ingresos. Esto incluye información sobre los beneficios del seguro social, seguro de desempleo, otros ingresos, (tal como intereses, dividendos) y sueldos de trabajo que reciba. Cualquier información obtenida, será usada para determinar la elegibilidad para asistencia y la cantidad de asistencia provista para todos los programas. Cuando se encuentren discrepancias, la verificación de esta información puede ser obtenida por medio de contactos con terceros, tal como empleadores, representantes de reclamos o instituciones financieras. Esta información puede afectar su elegibilidad para asistencia y la cantidad de asistencia provista.

La información provista en esta solicitud está sujeta a ser verificada por oficiales federales, estatales y locales. Si se determina que alguna información es incorrecta, pueden negarme los beneficios económicos y / o la tarjeta MediPlan.

Yo entiendo que cualquiera que usa inapropiadamente la tarjeta de los beneficios médicos que provee el estado de Illinois puede estar cometiendo un delito.

Yo entiendo que si no estoy satisfecho con la acción que se tomó referente a mi solicitud, tengo derecho a una audiencia imparcial.

Yo entiendo que puedo pedir una audiencia imparcial comunicándome con la oficina donde solicité, escribiendo a Bureau of Assistance Hearings, 401 South Clinton Street, Chicago, Illinois 60607, o llamando sin cargos al 1-800-435-0774.

Como condición de elegibilidad, si me aprueban la asistencia económica TANF y / o asistencia médica para mí y mis niños, entiendo que es requisito que coopere con la División de Cumplimiento de Manutención de Niños. La cooperación incluye establecimiento de paternidad y / o cumplimiento y modificación de órdenes de manutención de niños. Yo asigno y doy mis derechos, interés y título de manutención de niños y apoyo médico al Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias, por el tiempo que yo reciba asistencia económica TANF y / o asistencia médica. Yo entiendo y estoy de acuerdo que cualquier pago de manutención de niño recibidos por medio de la Secretaría del Tribunal de Distrito y por medio de la Unidad de Distribución del Estado (SDU, State Disbursement UNit), puede ser enviado al Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias de Illinois, mientras reciba beneficios económicos TANF.

Yo entiendo que si solicito beneficios de asistencia económica TANF y / o asistencia médica solamente para mis niños, no se requiere que coopere con la División de Cumplimiento de Manutención de Niños, pero puedo solicitar los servicios.

Yo entiendo que si aprueban los beneficios de asistencia económica TANF y / o asistencia médica para mis niños, doy mis derechos de recaudar pagos para manutención médica y pagos de terceras partes al estado de Illinois para cuidados médicos de los miembros de mi familia en la unidad de asistencia, a menos que yo, sea declarado exento por justificación.

Toda la información relacionada al establecimiento de paternidad o cumplimiento de manutención de niños ha sido provista de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

Si me aprueban la asistencia económica y médica bajo el programa de Ayuda Económica para Ancianos, Ciegos o Discapacitados (AABD-Cash), entiendo que el departamento puede tener el derecho de poner un gravamen o derecho de retención en los bienes raíces (propiedades) que poseo, mientras que el Departamento pague por mí.



Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Estampillas de Comida Escriba en letra de molde

Si mi solicitud es aprobada, yo doy al estado de Illinois el derecho de restituir, bajo los términos de cualquier plan de cobertura médica pública o privada, cualquier cantidad, la cual yo o un miembro de mi hogar pueda ser elegible.

Yo entiendo que el estado de Illinois revelará la información relacionada a los servicios médicos que yo recibí para cualquier propósito autorizado por la ley.

Yo entiendo que si aprueban KidCare Share o KidCare Premium a los niños para los que yo estoy solicitando, soy responsable de pagar las primas y cuotas apropiadas.

Yo entiendo que si aprueban KidCare Rebate a los niños para los que estoy solicitando, el estado de Illinois no es responsable por las primas adicionales, deducibles o cuotas requeridas por la póliza del plan de seguro privado o del empleador.

Yo declaro bajo penalidad de perjurio, que las declaraciones que he hecho con respecto al estatus de ciudadanía o inmigración de cada una de las personas que solicitan beneficios médicos son verdaderas y correctas.

Yo entiendo que el estatus de inmigración de cada persona que solicita beneficios y que no es ciudadano de los Estados Unidos será verificado. Esto requerirá que se revele cierta información de identificación a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (BICS). La información que se reciba del BCIS puede afectar la elegibilidad para beneficios.

Si la solicitud es iniciada por otra persona a favor del cliente, esa persona debe firmar a continuación:

Yo entiendo que si he dado información falsa o intencionalmente no he dado información, puedo estar sujeto a un proceso judicial, civil o ambos. Yo certifico bajo penalidad de perjurio que la información que he provisto en este formulario para solicitar es verdadera y correcta según lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Representante Aprobado: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ Núm de Apto. _____

Número de Teléfono: _____

Yo entiendo que si he dado información falsa o intencionalmente no he dado información, puedo estar sujeto a un proceso judicial, civil o ambos. Yo certifico bajo penalidad de perjurio que la información que he provisto en este formulario es verdadera y correcta según lo mejor de mi conocimiento.

Firme su nombre o haga su marca

Solicitante: _____ Fecha: _____

Cónyuge: _____ Fecha: _____

Si usted ha hecho una marca (x) en vez de firmar su nombre, un testigo tiene que firmar aquí:

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Solicitud basada en ceguera debe ser atestada por dos testigos:

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Para los solicitantes de GA solamente

"El Departamento de Servicios Humanos de Illinois está pidiendo el número de seguro social suyo y de todas las personas para las cuales usted está solicitando o recibiendo asistencia, para uso de la administración del programa de Asistencia General (GA). Dar su número o los números de alguna otra persona para las cuales usted esta pidiendo asistencia, es voluntario. Si usted no desea dar los números de seguro social solicitados, esto no afectará su asistencia. El departamento sólo usará los números de seguro social que usted dio para la administración del programa de GA descrito arriba"

De acuerdo con la ley federal y el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) y reglamentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), se prohíbe que esta institución discrimine por raza, color, sexo, religión nacionalidad, discapacidad o credo político.

Para registrar una queja por discriminación, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos (DHS), USDA, o HHS. Escriba a Department of Human Services, Bureau of Civil Affairs, 401 South Clinton St. 4th Floor, Chicago, Illinois 60607. Escriba al Director de USDA, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20250-9410, o llame al (800) 795-3272 (Voz) (202) 720-6382 (TTY). Escriba al Director de HHS, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20201 o llame a (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TTY). DHS, USDA y HHS son proveedores y empleadores con igualdad de oportunidades.