



Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP)
(Escriba claro en letra de molde)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial Segundo Nombre: _____ Apellido de Soltera: _____

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 Actual: _____

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: _____

Firmando aquí comenzará su solicitud. Usted debe firmar la Página 11 antes de que le aprobemos algún beneficio.

Instrucciones para la(s) persona(s) que están solicitando dinero, beneficios médicos y o beneficios SNAP

- Por favor, en el formulario de solicitud escriba todas sus respuestas en letra de molde para que podamos leer y entender sus respuestas.
- Usted tiene el derecho de registrar una solicitud inmediatamente mientras esta página esté completada con su nombre, dirección y firma (en la página 1). Cuando se registra el formulario firmado (en la página 1), empieza el periodo del proceso de la solicitud.
- Lea las páginas 8 & 9 sobre información de sus derechos y responsabilidades para los Beneficios SNAP. Lea las páginas 9 & 10 sobre información de sus derechos y responsabilidades para Asistencia Económica y Médica.
- Antes de Obtener algún beneficio, usted debe firmar la página 11.**
- Si está solicitando beneficios SNAP, se tomará la decisión sobre su elegibilidad dentro de los 30 días. Si se determina que usted es elegible, le darán los beneficios SNAP desde la fecha en que se registró la solicitud.
- Usted pudiera ser elegible para beneficios SNAP inmediatamente si:
 - * sus ingresos brutos no exentos y bienes son menos que su pago de alquiler o renta mensual o hipoteca y el estándar apropiado de servicios públicos: o,
 - * usted tiene \$100 o menos en bienes y
 - su ingreso mensual bruto para el mes de la solicitud fue menos de \$150; o
 - por lo menos una persona que solicita es un migrante que "no tiene dinero."
- Usted puede completar este formulario en su hogar y enviarlo por correo o llevarlo a la oficina del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services - DHS), u otro miembro de su hogar, o un adulto que le conoce puede completar y enviarnos el formulario. Si otra persona completa este formulario por el hogar, debe contestar las preguntas relacionadas a las personas que solicitan, no por sí mismo. Usted tiene el derecho de escoger la oficina donde solicita. Cuando someta su solicitud a una oficina, será procesada por esa oficina.
- Si usted quiere inscribirse para votar, complete la solicitud de Inscripción para Votar en Illinois adjunta (SBE R-19) y entréguela a su oficina del DHS o Comisionado de la Junta de Elecciones local. Para ayudarle a completarla o para servicios de traducción, por favor comuníquese con su Centro de Recursos Para Familias y Comunidad del DHS. También puede llamar gratis a la Línea de Ayuda del DHS al1-800-843-6154 o 1-800-447-6404 (para TTY). Para información por Internet, vaya a www.dhs.state.il.us o www.elections.il.gov/.

Completar la solicitud de Inscripción Para Votar como parte de esta solicitud es opcional. Inscribirse para votar es su opción y no afectará la cantidad de beneficios que usted recibe de esta agencia.



Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP)
(Escriba claro en letra de molde)

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido de Soltera: _____

Dirección: _____

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 debe 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 necesita más espacio, añada otra hoja de papel.

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

Si hay personas que no están solicitando beneficios SNAP 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 Segundo Nombre)	Nombre (Apellido) (Nombre) (Inicial Segundo Nombre)
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 con fluidez el miembro adulto de su hogar que usualmente tramita su caso con DHS y /o HFS? Sí No
- ¿Lee inglés con fluidez 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 - Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP)
(Escriba claro 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. Actualmente, ¿recibe usted o alguien que vive con usted, algún tipo de asistencia del DHS? Sí No
Si contestó sí, ¿quién es? _____
4. Anteriormente, ¿ha recibido usted o alguien que vive con usted algún tipo de asistencia del DHS? Sí No
Si contestó sí ¿quién es? _____
5. Recientemente, ¿ha solicitado usted o alguien que vive con usted, asistencia en esta o en otra oficina local? Sí No
Si contestó sí ¿quién es? _____
6. ¿Está usted o alguien en su hogar embarazada? Sí No
Si contestó sí, ¿quién es? _____ Fecha que espera el parto: _____

¿ESTÁ USTED SOLICITANDO BENEFICIOS SNAP?

No: Vaya a la página 5.

Sí: Complete el resto de ésta página y la página 4.

Le entrevistaremos en 14 días - inmediatamente, si usted califica para beneficios SNAP de emergencia o rápidos.

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

Por favor complete lo siguiente:

- Yo puedo ir a una entrevista en la oficina.
- Yo tengo que ser entrevistado por teléfono porque
- Estoy solicitando beneficios SNAP
 - Y alguien en mi casa está trabajando
 - Problemas de salud, transportación, cuidado de niños o adulto discapacitado, mal tiempo o actividades educacionales interfieren con las horas de trabajo
- Estoy solicitando asistencia para dinero
 - Las horas de trabajo o actividades educacionales interfieren con las horas de la oficina
 - Problemas de salud, transportación, cuidado de niños o adulto discapacitado, mal tiempo o actividades educacionales interfieren con las horas de trabajo

Se pueden comunicar conmigo por teléfono de lunes - viernes entre 8:30 y 5:00 al: _____

Por favor complete la siguiente sección solamente si está solicitando beneficios SNAP, tiene bajos ingresos o no tiene ingresos; y necesita beneficios SNAP 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 sin descontar deducciones) de usted y de todas las personas que viven con usted? _____

¿Cuánto dinero espera recibir en el mes que está solicitando de cualquier otro origen, usted o alguien que vive con usted?

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

¿Es esta una unidad de beneficios SNAP de trabajadores agrícolas migratorios? Sí No Si es sí, ¿han terminado sus ingresos recientemente? Sí No

¿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 - Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP)
(Escriba claro en letra de molde)

Complete esta página si está solicitando beneficios SNAP.

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, o espera recibir ayuda del programa de asistencia para energía (LIHEAP), (en Chicago por 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 beneficios SNAP, por el costo de su vivienda? Sí No
D. ¿Paga o le ayuda a pagar alguien que no está en su unidad de beneficios SNAP, por servicios públicos? Sí No

Si contestó sí, indique las facturas y cantidades que paga: _____

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 alquiler o 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 - Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP)
(Escriba claro 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).</p> <p>También incluya las personas que viven con usted para las cuales usted no está solicitando asistencia.</p> <p>Anótelos en este orden: Yo mismo Su cónyuge o esposo(a) Niños otros parientes</p>	<p>Escriba uno de los siguientes términos para indicar el parentesco de cada persona con usted.</p> <p>Yo mismo esposo(a) hijo(a) padre nieta(a) madre hermanastro(a) hermano(a) hijastro(a) tío(a) madrastra primo(a) padrastra sobrino(a)</p> <p>Parentesco de alguna otra manera No hay parentesco.</p> <p>El parentesco de esta persona conmigo es:</p>	<p>A menos que usted no quiera ser considerado(a) para algún programa en particular, se hará una determinación de su elegibilidad bajo los programas administrados por el Departamento.</p> <p>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 Beneficios SNAP <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 Beneficios SNAP <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 Beneficios SNAP <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 Beneficios SNAP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>5. Nombre: _____ Inicial de 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 Beneficios SNAP <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 Beneficios SNAP <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 - Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP)
(Escriba claro en letra de molde)

Complete esta página si están solicitando beneficios médicos.

1.	Persona #1	Persona #2	Persona #3
Actualmente o en los últimos tres meses, ¿está esta persona cubierta por seguro de salud u hospital (incluyendo Medicare)? 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
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. Actualmente, ¿hay algún adulto, padre, madre, padrastro, madrastra, esposo(a) o mujer embarazada nombrado en este formulario que esté trabajando? Si es sí, complete lo siguiente **e incluya comprobantes** del último mes. Sí No

¿Alguien trabaja 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: _____

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

3. ¿Hay alguien nombrado en este formulario que RECIBE dinero de otro origen que no sea de empleo (tales como seguro social, manutención de niños, pensión pagada por cónyuge, alquiler de propiedades, beneficios de desempleo, pensiones, fondos fiduciarios)? 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 \$ _____

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 o guardería 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 - Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP,
(Escriba claro 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/policyholder 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/policyholder 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 - Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP,
(Escriba claro en letra de molde)**

Beneficios SNAP - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Lea cuidadosamente antes de firmar esta solicitud en la página 11. Pídale al trabajador(a) de su caso que le explique algo que usted no entiende.

La ley federal requiere que todos los miembros del hogar que solicitan beneficios SNAP tengan un número de seguro social (social security number - SSN). No requerimos el número de seguro social para ningún miembro de su hogar que no es elegible para el programa de beneficios SNAP o que no quiera solicitar. Si usted o algún miembro de su hogar quiere solicitar para el programa de beneficios SNAP, pero no tiene un SSN, le podemos ayudar a solicitar uno. El SSN será usado por la administración del programa de beneficios SNAP 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 beneficios SNAP, 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 beneficios SNAP.

En esta solicitud usted tiene que reportar:

- *Gastos por cuidado de niños
- *Gastos de servicios públicos
- *Pagos de alquiler o renta o hipoteca, impuestos a la propiedad y seguros de la propiedad

Usted tiene que reportar y verificar:

- *Gastos médicos
- *La Manutención de Niños pagada a un miembro que no está incluido en la Unidad de Beneficios SNAP.

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 beneficios SNAP que usted no quiere recibir la deducción por los gastos que no reportó.

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 beneficios SNAP por armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas, serán excluidos del programa de beneficios SNAP: 1) 24 meses por la primera ofensa y permanentemente por la segunda ofensa relacionada a la venta de sustancias controladas por beneficios de beneficios SNAP, 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 SNAP, será excluida permanente del programa de beneficios SNAP.

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 SNAP.

Si algún miembro de su hogar intencionalmente quebranta algunas de las siguientes reglas, puede ser excluido del programa de beneficios SNAP 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 provea información falsa o oculte información para recibir o continuar recibiendo beneficios SNAP.

Los beneficios SNAP no pueden ser cambiados ni vendidos. Los beneficios de beneficios SNAP pueden ser usados para productos comestibles solamente y no pueden ser usados para comprar productos inelegibles tales como bebidas alcohólicas y tabaco.

No use beneficios SNAP de otra persona para su unidad de beneficios SNAP.

Yo entiendo las preguntas de esta solicitud y las penalidades por ocultar, proveer información falsa o quebrantar alguna regla indicada en el aviso sobre penalidades. Al firmar, yo juro bajo pena 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. Si los documentos no están disponibles, Yo estoy de acuerdo en proveer el nombre de una persona u organización con la que la oficina FCRC pueda comunicarse y obtener los comprobantes necesarios.



**Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP,
(Escriba claro en letra de molde)**

Beneficios SNAP - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE (continuación)

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 beneficios SNAP, dentro de los 10 días de la fecha en que ocurrió el cambio, a menos que se indique de otra manera. Si tengo alguna duda para reportar o no algún cambio, le preguntaré a la trabajador(a) de mi caso del Departamento de Servicios Humanos.

Yo entiendo que si aprueban mis beneficios SNAP 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.

Derecho de Apelación

Si hay un desacuerdo con alguna acción tomada en este caso, se puede pedir una audiencia imparcial verbalmente o por escrito. El caso de la unidad de beneficios SNAP puede ser presentado en la audiencia por cualquier persona escogida por la unidad de beneficios SNAP.

No se Discrimina

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 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 que ofrecen igualdad de oportunidades.

Asistencia Económica / Asistencia Médica - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE (continuación)

Lea cuidadosamente antes de firmar esta solicitud en la página 11. Pídale al trabajador(a) de su caso que le explique algo que usted no entiende..

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.

Yo entiendo que 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, (tales 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, tales 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.

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

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.



**Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP,
(Escriba claro en letra de molde)**

Asistencia Económica / Asistencia Médica - DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE (continuación)

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 a los niños para los que yo estoy solicitando All Kids Share o All Kids Premium , soy responsable de pagar las primas y cuotas apropiadas.

Yo entiendo que si aprueban All Kids 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 Departamento no compartirá ninguna información sobre inmigración o ninguna persona que no tenga un número Registro de Extranjero. El Departamento verificará el estado de inmigración de cualquier persona que provea un número de Registro de Extranjero. Para hacer eso, el Departamento revisará el número con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Service - USCIS). El Departamento puede enviar otra información a USCIS, tales como copias de los comprobantes de número de Registro de Extranjero y el número de seguro social de la persona, si tienen uno.

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. Mis niños pueden obtener seguro de salud aunque yo no colabore con el departamento cuando me lo pida.

Retención de Bienes Raíces (Propiedades) - AABD

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.

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). Proveer su número o los números de alguna otra persona para las cuales usted está pidiendo asistencia, es voluntario. Si usted no desea proveer los números de seguro social solicitados, esto no afectará su asistencia. El departamento sólo usará los números de seguro social que usted proveyó para la administración del programa de GA descrito arriba.

Para todos los que solicitan Dinero:

¿Ha sido usted o alguna persona que está solicitando dinero, convicto de un delito grave relacionado a drogas en o después del 08/22/96?

Sí No

Nombre de la persona _____

Si la condena del delito grave relacionado a drogas NO fue Clase X o Clase I, ¿ocurrió el delito grave hace más de 2 años, o ha completado la persona un programa de tratamiento de drogas o está la persona actualmente en un programa de tratamiento de drogas? Sí No

Yo entiendo que una persona convicta de un delito grave Clase X o Clase I o una ley federal comparable, para actos que ocurrieron en o después de 08/22/96, relacionado a posesión, uso, o distribución de una sustancia controlada, no es elegible para asistencia económica. Yo entiendo que una persona convicta de un delito grave debido a drogas, con la excepción de Clase X o Clase I, bajo la ley de Illinois o alguna ley federal comparable para un acto que ocurrió en o después del 08/22/96, no es elegible para asistencia económica por 2 años después de la fecha de la condena, a menos que estén en tratamiento de drogas o cuidado posterior, o satisfactoriamente participó y completó tratamiento de drogas y / o cuidado posterior subsiguiente a su condena.

Derecho de Apelación

Yo entiendo que si no estoy satisfecho con la acción tomada por el departamento acerca de mi solicitud, tengo el derecho de pedir una audiencia imparcial. Yo entiendo que puedo pedir una audiencia imparcial comunicándome con la oficina donde solicité o escribiendo a: The Bureau of Assistance Hearing, 401 South Clinton Street, Chicago, Illinois 60607, o llamando al 1-800-435-0774.



**Solicitud Para Asistencia Económica - Asistencia Médica - Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP,
(Escriba claro en letra de molde)**

Firma del Solicitante

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 de solicitud es verdadera y correcta según lo mejor de mi conocimiento.

Solicitante: _____

Fecha: _____

Cónyuge o esposo(a): _____

Fecha: _____

Firme su nombre o haga su marca (X)

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

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

Firma: El solicitante es Ciego(a)

Solicitud basada en ser ciego debe ser atestada por dos testigos:

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE APROBADO:

Si la solicitud es iniciada por otra persona a favor del cliente, esa persona debe firmar a continuación: Si el representante aprobado completa y firma la solicitud, se requiere una autorización por escrito por parte del solicitante.

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 de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Representante Aprobado:
presentative: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Número de Apto. _____

Número de Teléfono: _____

**SOLAMENTE PARA RESIDENTES DE ILLINOIS
PARA VOTAR USTED DEBE:**

- Ser ciudadano de los Estados Unidos
- Tener por lo menos 18 años de edad
- Vivir en un distrito electoral por lo menos 30 días
- No ser convicto ni estar en la cárcel
- No reclamar el derecho de votar en otro lugar

PARA VOTAR EN LAS PRÓXIMAS ELECCIONES

- Envíe por correo o entregue esta solicitud a su Secretaría del Condado o Junta de Comisión Electoral a más tardar 28 días antes de las próximas elecciones. **(marque aquí para lista de Secretaría del Condado / Junta de Elecciones) o vaya a www.elections.il.gov**

INFORMACIÓN IMPORTANTE:

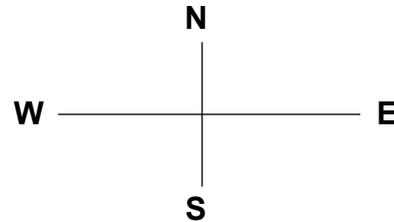
- Si usted no tiene una licencia de conducir, tarjeta de identificación del Estado o número de seguro social y este formulario es enviado por correo y nunca se ha inscrito para votar en la jurisdicción en donde se inscribe ahora, entonces debe enviar, con esta solicitud, o (i) una copia de una identificación actual válida con foto, o (ii) una copia de una factura de servicios públicos actual, balance del banco, cheque del gobierno, cheque de pagos u otro documento del gobierno que indica el nombre y dirección del votante. Si usted no entrega la información solicitada arriba, se requerirá proveérselo al oficial de elecciones (i) o (ii) descrito arriba la primera vez que vota en una mesa electoral o por balota ausente.
- Si se cambia de nombre se debe inscribir nuevamente.
- Si se inscribe en una agencia de servicios públicos, cualquier información sobre la agencia que le ayudó será confidencial así como cualquier información para no inscribirse.
- Si no recibe ningún Aviso dentro de 2 semanas del envío por correo o de entregar esta solicitud, llame a la Secretaría del Condado o a la Junta de la Comisión Electoral.

PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

- Casilla 1- Si no tiene segundo nombre, déjela en blanco.
- Casilla 3- Si la dirección de correo es la misma de la Casilla 2, escriba "igual".
- Casilla 4- Si usted no se ha inscrito antes, déjela en blanco. Si no recuerda su dirección anterior; provea la información que tenga.
- Casilla 5- Si usted no se ha cambiado de nombre, déjela en blanco.
- Casilla 9- Si usted tiene Licencia de Conducir de Illinois o Identificación de la Secretaría de Estado, marque la primera casilla. Si usted no tiene una Licencia de Conducir o SOS ID, marque la segunda casilla y escriba los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social. Si usted no tiene el núm. de seguro social, marque la tercera casilla y envíe con este formulario una copia del documento apropiado (como se describe en la sección "Información Importante")o.
- **Casilla 10** - lea, feche y firme personalmente su nombre o haga su marca en la casilla.

SI USTED NO TIENE DIRECCIÓN O DOMICILIO,

Abajo describa su hogar: anote el nombre de la subdivisión; calles cruces, avenidas; millajes y / o nombres de vecinos.



Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, por favor llame a la Junta de Elecciones del Estado al (217)782-4141 ó al (312)814-6440 (o webmaster@elections.il.gov).

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE CLARAMENTE CON TINTA NEGRA O AZUL

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de America? (marque uno) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				Office Use
¿Tendrá usted 18 años de edad para las elecciones? (marque uno) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
Si marcó "no" a cualquiera de estas preguntas, no complete este formulario.				
Usted puede usar este formulario (marque Uno) <input type="radio"/> solicitar para votar en Illinois <input type="radio"/> cambiar su dirección <input type="radio"/> cambiar su nombre				
1. Apellido	Nombre	Inicial 2do Nombre	Sufijo (Jr. Sr. II III IV)	
2. Dirección dónde vive ahora (Núm. Casa., Calle, Núm. Apt.)		Ciudad / Villa / Pueblo	Zona Postal	Condado Municipio
3. Dirección (P.O Box)		Ciudad/Villa/Pueblo, Estado		Zona Postal
4. Dirección Anterior donde estuvo inscrito (incluya Ciudad, Estado y Zona Condado anterior			5. Nombre anterior: (si cambió)	
6. Fecha de Nac: MM/DD/AA	8. Número de teléfono del Hogar con código área (opcional)		9. Núm. de Identificación - marque el ensacillado que aplica y provea el número apropiado	
7. Sexo (marque uno)			<input type="checkbox"/> Núm. de Licencia de Conducir o, si no tiene, Ident. del estado o últimos cuatro dígitos del núm. de seguro social <input type="checkbox"/> No tengo ninguna de las identificaciones mencionadas arriba.	
<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino				

10. Declaración del Votante - Lea todas las declaraciones y firme en cuadro de la derecha. Esta es mi firma o marca en el siguiente espacio.

Yo juro y afirmo que

- Soy ciudadano de los Estados Unidos;
- Tendré por lo menos 18 años de edad para las próximas elecciones;
- He vivido en el Estado de Illinois y en mi distrito electoral por lo menos 30 días antes de la fecha de las próximas elecciones
- La información que he dado es verdadera de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento, bajo pena de perjurio. Si doy información falsa, puedo ser multado, ir preso, o si no soy ciudadano de los EE. UU., puedo ser deportado o prohibírseme entrar a los Estados Unidos.

Fecha de Hoy: _____

11. Si usted no puede firmar su nombre, pídale a la persona que le ayuda a completar este formulario que escriba su nombre, dirección y número de teléfono.

Nombre de la persona que le ayuda.

Dirección Completa

Núm. de Teléfono

