



ACUERDO PARA RETIRAR APELACIÓN

Si necesita ayuda para completar este formulario, su representante, si tiene uno o el trabajador(a) de su caso puede ayudarle. Una vez completado, puede registrar su acuerdo para retirar la apelación en la oficina FCRC (oficina local) o con la Oficina de Audiencias en 69 W. Washington, 4th Floor, Chicago, IL 60602 o por correo electrónico al DHS.BAH@Illinois.gov o Fax (312) 793-3387.

Nombre del Apelante	Apellido del Apelante	Número de Teléfono
Dirección (Núm. & Calle, Núm. Apto.)	Ciudad, Condado	Estado, Zona Postal
Nombre del Caso	Número de Caso	Número de Seguro Social

Programa(s) Bajo Apelación (marque todo lo que aplica):

- SNAP
 Asistencia Médica
 Asistencia Económica AABD
 TANF
 Cuidado de Niños

Sección 1: Yo registré una apelación para pedir una audiencia imparcial debido a que:

Sección 2: Yo he decidido retirar mi apelación y petición para una audiencia imparcial debido a que:

IDHS está de acuerdo en reabrir mi caso de beneficios de asistencia, tomará una nueva decisión y enviará un nuevo aviso

Ahora yo entiendo la acción tomada por el IDHS y estoy de acuerdo con la decisión

IDHS ha determinado que estoy discapacitado y determinará mi elegibilidad desde la fecha original de la solicitud _____
con fecha retroactiva de _____

IDHS está de acuerdo en NO reducir o cancelar mis beneficios

Otro (Especifique) _____

Yo entiendo que al retirar mi apelación, yo no podré tener una audiencia imparcial en esta apelación. También, entiendo que con excepción a las promesas hechas por escrito en la Sección (2) arriba, este formulario es el acuerdo completo y no podré apelar este mismo asunto nuevamente. NO FIRME ESTE FORMULARIO A MENOS QUE SE COMPLETE EN SU TOTALIDAD Y LO ENTIENDA. USTED PUEDE SOLICITAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DESPUÉS DE HABERLO COMPLETADO Y HABER SIDO FIRMADO POR EL REPRESENTANTE DEL FCRC.

Su Firma (o Firma del Representante Autorizado)

Fecha

Firma del Representante del FCRC

Fecha

**For IDHS Office Use Only: To be completed by the FCRC
(Para uso de la Oficina de IDHS solamente. Debe ser completado por el FCRC)**

Case Name:	Case Number:
Date Request was Received:	Appeal Number: