Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

4(3 años)

AUTORIZACION PARA REEMBOLSO DE ASISTENCIA INTERINA

Nombre del Caso: _____ Núm. Seguro Social: _____

Número del Caso: _____ Núm. FEIN del Municipio: _____

Nombre del Municipio / Comisión: _____ Número de Teléfono: _____
(si aplica)

Dirección del Municipio / Comisión: _____ Número de Fax: _____
(si aplica)

Esta autorización es para un (marque uno) ◯ Reclamo Inicial ◯ Pago Inicial Después de la Elegibilidad

ACUERDO DEL CLIENTE

Por este medio yo autorizo al Comisio nado de la Administración del Seguro Social (SSA) que envíe mi pago inicial o mi pago inicial posterior a mi elegibilidad para beneficios de Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI) al Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS), para y en consideración de los pagos de asistencia del estado otorgados a mí, o por mí del Ingreso Suplementario financiado con fondos del estado para necesidades básicas durante el periodo en que mi solicitud para SSI está pendiente, o una cantidad igual a la suma de asistencia pública reembolsable que el estado me dio cuando la ley restringía la manera en que me podían otorgar SSI a mí.

Yo autorizo al IDHS que deduzca una cantidad igual a la suma de todos los beneficios de asistencia pública (sin incluir pagos de asistencia financiados parcial o totalmente con fondos federales) de mi pago inicial o mi pago inicial posterior a mi elegibilidad hechos a mí, o por mí por el IDHS, empezando con el día del mes en que se decidió que soy elegible para un pago de SSI y, terminando el mes en que empiezan mis pagos de SSI o el mes en que se restauran mis beneficios de SSI, después de un periodo de suspensión o terminación y terminando con (e incluyendo) el mes en que se restauran mis beneficios SSI; siempre y cuando dicho reembolso: 1) no exceda, en cualquier mes, a los beneficios de SSI retroactivos pagados para ese mes, 2) sólo debe cubrir asistencia interina pagada durante los meses en que se han dado los beneficios de SSI bajo la solicitud para SSI que está pendiente cuando se ha firmado esta autorización. Una solicitud para SSI está "pendiente", para los propósitos de esta autorización , desde la fecha en que es registrada hasta la fecha en que el estado recibe el pago retroactivo del SSI o la fecha en que yo empiezo a recibir pagos regulares del SSI, lo que ocurra primero, o hasta la fecha en que la Administración del Seguro Social (SSA) niega la solicitud y dicha negación es final e inapelable.

Yo entiendo que después de hacer las deducciones de mi primer pago mencionadas arriba, el IDHS debe pagarme el balance, si hay alguno, a más tardar10 días laborables desde la fecha en que IDHS recibe mi pago inicial o pago inicial posterior a mi elegibilidad del Comisionado del SSA.

Yo entiendo que tengo derecho a una audiencia imparcial ante el IDHS si creo que he sido afectado por cualquier acción tomada por el estado con relación a esta Autorización incluyendo, pero no se limita, si la cantidad deducida de mi pago inicial de beneficios del SSI o del beneficio posterior a mi elegibilidad fue mayor que la cantidad de beneficios de asistencia pública pagados por el Departamento de Servicios Humanos a mí, o por mí.

Yo entiendo que esta autorización es efectiva por un (1) año desde la fecha que lo firmé (el IDHS recibe este formulario firmado). Si el IDHS no avisa al SSA dentro de (30) días desde la fecha que yo firmé esta autorización, la autorización no obliga al IDHS o a mí. Este formulario dejará de tener efecto al final de un (1) año de esa fecha o al final de un periodo máximo permitido bajo las regulaciones de Subparte N de 20 CFR, dentro de la cual se pide una revisión administrativa o judicial de la determinación por el Comisionado del SSA para suspender o terminar mis beneficios del SSI, cualquier periodo de tiempo que sea más largo, a menos que yo registre mi solicitud para SSI dentro de ese periodo de tiempo o uno de los siguientes eventos ocurre antes, en dicho caso, la autorización dejará de tener efecto en la fecha en que ocurra dicho evento:

El Comisionado del SSA hace un pago inicial bajo este reclamo;
El Comisionado del SSA hace el pago retroactivo de mi reclamo o registra que ha sido restaurado para pagos después de un periodo de suspensión o terminación, o
El Comisionado del SSA toma la determinación final sobre mi reclamo y yo no hice a tiempo un pedido para una revisión; o
el estado y yo estamos de acuerdo en terminar la autorización.

Yo entiendo que firmar este formulario de autorización significa que yo quiero registrar una solicitud para beneficios del SSI; que yo debo registrar una solicitud para SSI con la oficina del Seguro Social para que la Administración del Seguro Social decida si yo soy elegible para beneficios de SSI; que si soy elegible para beneficios del SSI, mi elegibilidad para SSI puede empezar en la fecha en que el IDHS recibe este formulario firmado si yo registro la solicitud para SSI dentro de 60 días de esa fecha.

Yo estoy de acuerdo que si yo recibo directamente el pago inicial o pago inicial posterior a mi elegibilidad para Beneficios de Ingresos Suplementarios del Seguro Social, yo reembolsaré pronto al IDHS por cualquier asistencia interina duplicada que me den mientras esté pendiente mi solicitud para Ingresos Suplementarios del Seguro Social. Si fallo en reembolsar al IDHS se tomará una acción para recobrar y/o recuperar la cantidad.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Representante del IDHS / Municipio / Comisión _____ Fecha: _____

Distribución: Original al SSA, 1 copia al IDHS Office of Financial Services, Springfield, 1 copia al expediente del caso y 1 copia para el cliente

Print Form Reset Form