



PETICIÓN PARA ASISTENCIA ECONÓMICA

Número de Ident. del Caso: _____
Cat. O.L. Grp. Básico

Fecha de la Petición: _____

Nombre del Caso : _____
Apellido Nombre Inicial

Núm. del Trabajador _____

Dirección del
Caso:

Estoy pidiendo asistencia económica debido a que:

Como condición de elegibilidad, si me aprueban el caso de asistencia económica TANF (dinero) o asistencia médica para mí y mis hijos, entiendo que pueden requerir que coopere con el cumplimiento de manutención de niños. La cooperación incluye el establecimiento de paternidad y / o cumplimiento y modificación de órdenes de manutención. Asigno y doy todos mis derechos, títulos e intereses de manutención de niños y manutención médica al Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois, mientras reciba asistencia económica TANF y / o asistencia médica. Yo entiendo y estoy de acuerdo que cualquier pago de manutención de niños pagado por medio de la Secretaría del Tribunal del Distrito y por medio de la Unidad de Desembolso del Estado (SDU) debe ser enviado al Departamento de Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois, mientras reciba asistencia económica TANF.

Si aprueban mi caso de asistencia económica TANF y / o beneficios médicos para mí y mis hijos, doy el derecho de coleccionar pagos de manutención médica y pagos a terceros al Estado de Illinois para cuidado médico de los miembros de mi familia en la unidad de asistencia, a menos que me declaren exento por buena causa.

Yo entiendo que tengo derecho a recibir un aviso por escrito de la decisión de mi petición para asistencia económica dentro de cuarenta y cinco (45) días de la fecha que se registró la petición. Yo entiendo que tengo el derecho de apelar si no estoy de acuerdo con la decisión o si no recibo un aviso por escrito dentro de cuarenta y cinco (45) días. Se me concederá una audiencia imparcial en mi apelación.

Firma: _____

Testigo: _____