



Anexo de la Solicitud

Por favor conteste las tres preguntas siguientes para las personas incluidas en su solicitud que reciben una tarjeta médica del Departamento Cuidados de Salud y Servicios Para Familias

1. ¿Completará alguien la declaración federal de impuestos el próximo año? Sí No Si contestó sí, conteste "a" y "b."
a. Anote el nombre de cada persona que declara impuestos y de su esposo(a), si lo hacen juntos.

b. ¿Reclamarán estas personas dependientes en su declaración de impuestos? Sí No
Si contestó sí, anote el nombre de la persona que declara impuestos y de sus dependientes

2. ¿Reclamará a alguno que no está incluido en la línea arriba, como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Si contestó sí, anote el nombre de los dependientes y de la persona que los reclama en los impuestos.

3. ¿Paga alguien pensión al esposo(a), interés de préstamos para estudiantes u otros gastos que se puedan reclamar en la declaración de impuestos? Sí No

Si contestó sí, anote el tipo de deducciones, el nombre de la persona que los paga, la cantidad y frecuencia que paga.

Por favor conteste las dos siguientes preguntas y devuelva el formulario junto con su solicitud. Las respuestas a estas preguntas son voluntarias y no afectarán su elegibilidad para beneficios.

¿Es usted hispano o latino? Sí No

¿Cuál es su raza? Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacifico
(Marque todo lo que aplica) Asiático Blanco
 Negro o Afro-Americano

Verificaciones

En esta solicitud usted debe reportar: Los gastos de guardería o cuidado de niños, gastos por servicios públicos, pagos de renta o hipoteca, pagos de impuestos y seguro de propiedad.

Usted debe reportar y verificar (proporcionar comprobantes):

Gastos Médicos

Cantidad pagada de manutención de niños

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

Los pagos de manutención de niños están sujetos a verificación por medio de comparación con los registros de computadora de la División Servicios de Manutención de Niños.

Información Para Inscribirse Para Votar

Si le interesa inscribirse para votar, complete la Solicitud de Registro para Votar de Illinois SBE (R-19) y devuélvalo a su oficina de DHS o a su funcionario local de elecciones. Si necesita ayuda para completar el formulario o servicios de un intérprete, por favor comuníquese con su Centro Recursos Para Familias y Comunidad del DHS. También, puede llamar a la Línea de Ayuda del Departamento de Servicios Humanos al 1-800-843-6154 o (866) 324-5553 TTY/Nextalk, 711 TTY Relay. Para información por Internet vaya a: www.dhs.state.il.us o www.elections.il.gov/.

Completar la Solicitud de Registro para Votar como parte de esta solicitud, es opcional. Registrarse para votar no afectará la cantidad de beneficios que usted recibe de esta agencia.



Anexo de la Solicitud

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Sus Derechos Referentes a la Solicitud

Usted recibirá un aviso sobre la decisión de la elegibilidad de sus beneficios del Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP). Si no está de acuerdo con la decisión de sus beneficios SNAP, puede pedir una audiencia imparcial en cualquier momento, dentro de los 90 días de la fecha que la oficina local le notificó la decisión. Usted tendrá la oportunidad de explicar su posición al trabajador(a) social de la oficina local, y luego, a un oficial de audiencias. Usted puede traer a otra persona a la audiencia, tales como un amigo, pariente, o abogado.

Si recibo asistencia económica TANF, yo cedo y otorgo todos mis derechos, título e intereses de la manutención de niños al Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias (HFS). Entiendo y estoy de acuerdo que cualquier pago de manutención de niños pagados por medio de la Secretaría del Tribunal de Distrito y por la Unidad de Desembolso del Estado (SDU) pueden ser enviados a HFS mientras reciba asistencia económica TANF. Si el Estado de Illinois paga facturas médicas por mí, yo cedo mi derecho a recuperar los derechos de manutención médica al Estado de Illinois. **Con la siguiente firma, juro y afirmo bajo pena de perjurio que las respuestas en esta solicitud son verdaderas y correctas de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.**

Referente a Sus Beneficios Link de Illinois

Si le quedan beneficios SNAP en su cuenta Illinois Link, usted debe usarlos en 365 días (12 meses) de la fecha que fueron puestos en la cuenta. Si usted no usa los beneficios dentro de ese término de tiempo, los perderá.

¿Qué haremos con la información que usted nos proporciona?

DHS consigue y utiliza la información sobre todos los clientes por medio del sistema de verificación de ingresos y elegibilidad. Esto incluye, información tales como beneficios del Seguro Social, seguro de desempleo, pagos por manutención de niños, ingresos que no son por trabajo, (tales como intereses o dividendos) y salarios de empleo. Cualquier información obtenida será usada para determinar la elegibilidad para la asistencia y la cantidad de asistencia provista por todos los programas. Cuando se encuentran discrepancias, la verificación de esta información puede ser obtenida por medio de contactos con terceros, tales como empleadores o representantes de reclamos o instituciones financieras. La información que verificamos puede afectar su elegibilidad para asistencia y la cantidad de asistencia provista.

La información puede ser usada para compararla con otras agencias federales y del estado, revisión de programas o auditorías y, para asegurarnos que el hogar es elegible o continúa siendo elegible para beneficios SNAP, otros programas de asistencia federal y los programas del estado que usan fondos federales, tales como almuerzos escolares, TANF y Medicaid.

La información en este formulario está sujeta a verificación por Funcionarios Federales, Estatales y Locales. Si la información resulta ser incorrecta, puedo ser negado los beneficios SNAP y / o estar sujeto a un proceso penal por proporcionar información falsa.

Si usted	Usted perderá los beneficios SNAP por:
<ul style="list-style-type: none"> * No proporciona información o proporciona información errónea a sabiendas para obtener beneficios SNAP . * Intercambia o vende beneficios SNAP o revende alimentos comprados con beneficios SNAP. * Usa los beneficios SNAP para comprar artículos que no son comestibles tales como alcohol o tabaco. * Usa beneficios SNAP de otra persona para usted u otros. * Tira bebidas compradas con beneficios SNAP solamente para conseguir dinero de los envases. 	<ul style="list-style-type: none"> * 12 meses la primera vez * 24 meses la segunda vez * permanentemente la tercera vez
<ul style="list-style-type: none"> * Intercambia beneficios SNAP por sustancias controladas, tal como drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> * 24 meses la primera vez * permanentemente la segunda vez
<ul style="list-style-type: none"> * Intercambia beneficios SNAP por armas de fuego o municiones o explosivos. 	<ul style="list-style-type: none"> * permanentemente
<ul style="list-style-type: none"> * Compra, vende o intercambia los beneficios SNAP por más de \$500.00. 	<ul style="list-style-type: none"> * permanentemente
<ul style="list-style-type: none"> * Provee información falsa sobre quién es usted y dónde vive para obtener beneficios SNAP adicionales. 	<ul style="list-style-type: none"> * 10 años

Usted también puede ser multado hasta \$250,000 e ir a prisión hasta por 20 años o ambos. También, puede ser procesado bajo otras leyes federales.

Las personas que están huyendo porque han cometido delitos graves o que violan la probatoria o libertad condicional, no son elegibles para beneficios SNAP.