



**Estado de Illinois  
Departamento de Servicios Humanos**

**AVISO - EL PERIODO DE APROBACIÓN HA SIDO EXTENDIDO**

FECHA DEL AVISO:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO:

NÚM. DE TRABAJADOR:

OFICINA LOCAL:

Nuestros registros indican que usted vive en uno de los condados declarados zona de desastre federal debido a las inundaciones en julio de 2010. Debido a los retos que usted y su familia pudieron haber experimentado durante este periodo, extenderemos su elegibilidad para el Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP) por seis meses más. Esto significa que usted no tendrá que completar una solicitud por correo ni tener una entrevista en persona para continuar recibiendo sus beneficios SNAP durante otros seis meses.

Su período de aprobación para beneficios SNAP se ha extendido hasta el xx/xx/xx.

Usted seguirá recibiendo la misma cantidad de beneficios SNAP a menos que reporte algún cambio.

Esto es para recordarle que debe informarnos cuando su ingreso bruto sobrepase el límite de ingresos para el tamaño de su familia (vea la siguiente tabla y busque el límite de ingresos para el tamaño de su familia). Usted debe reportar el cambio antes del décimo día del siguiente mes que los ingresos fueron mayor que esa cantidad (Límite Mensual de Ingresos).

<b>Tamaño de la Familia</b>	<b>Límite Mensual de Ingresos</b>	<b>Límite Mensual de Ingresos (Unidades que tienen personas de edad avanzada o con discapacidades)</b>
1 Persona	\$1,174	\$1,805
2 Personas	1,579	2,428
3 Personas	1,984	3,052
4 Personas	2,389	3,675
5 Personas	2,794	4,298
6 Personas	3,200	4,922
7 Personas	3,605	5,545
8 Personas	4,010	6,168
9 Personas	4,416	6,791
10 Personas	4,822	7,414
Cada Miembro Adicional	+406	+623

**>>>>NO SE COMUNIQUE CON SU OFICINA LOCAL ACERCA DE ESTE AVISO A MENOS QUE SUS INGRESOS BRUTOS SEAN MAYORES QUE LA CANTIDAD INDICADA ARRIBA.<<<<<**