



Department of Human Services



ILLINOIS DEPARTMENT OF
Healthcare and
Family Services

**Notice of Change in the
Amount Owed for Long Term Care**

DATE OF NOTICE

CAT. L.O. GRP. BASIC

LOCAL OFFICE / OFICINA

LOCAL

ADDRESS / DIRECCIÓN

*FECHA DEL AVISO

CAT. O.L. GRUPO BÁSICO

TO:

We have been told by the Social Security Administration that in January 2013 you will get \$ _____ in your Social Security check. This means that starting in January 2013 you have \$ _____ each month to pay the facility where you live. You must pay this money directly to the facility.

The amount you must pay is based on how much you get from Social Security. Healthcare and Family Services will pay for the rest of your care in the facility.

This change is separate from any other changes that may affect whether you can get medical benefits. If your income or assets change, you must tell your Department of Human Services Family Community Resource Center right away.

If you have questions about this notice, please call your caseworker. Family Community Resource Center telephone number: _____. For persons using a teletypewriter (TTY) call: _____.

CN 12.41

SEE OTHER SIDE FOR IMPORTANT INFORMATION

**Aviso De Cambio En La Cantidad
Que Se Debe Por Cuidado de Largo Plazo**

La Administración del Seguro Social nos ha informado que en enero del 2013, usted recibirá \$ _____ en su cheque del seguro social. Esto significa que empezando en enero del 2013 tendrá \$ _____ cada mes para pagar a la institución donde usted vive. Usted debe pagar este dinero directamente a la institución.

La cantidad que debe pagar está basada en la cantidad que usted recibe del seguro social. Cuidado de Salud y Servicios Para Familias (Healthcare and Family Services) pagará el resto del costo de la institución.

Este cambio es separado de cualquier otro cambio que pueda afectar la asistencia médica que usted recibe. Si sus ingresos o bienes cambian, usted debe avisar a su Centro de Recursos Para Familias y Comunidad del Departamento de Servicios Humanos inmediatamente.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, hable con su trabajador(a). El número de teléfono del Centro de Recursos Para Familias y Comunidad es: _____. Las personas que usan un teletipo (TTY), pueden llamar al: _____.

CN 12.41S

VEA AL REVERSO PARA INFORMACIÓN IMPORTANTE

This action will not be taken if you can show that it is wrong. You may meet with a representative from your Family Community Resource Center to question this action. This meeting would be informal and you may present information or evidence. The person or persons of your choice may represent you. Whether or not you have such a meeting you will still have the right to appeal the intended action.

YOU HAVE THE RIGHT TO APPEAL THIS DECISION

If you do not agree with our decision, you have the right to appeal and be given a fair hearing. You must file an appeal within 60 days following the Date of Notice on this form. You may represent yourself at this hearing or may be represented by anyone else, such as a lawyer, relative or friend. You can ask for an appeal fair hearing by calling 1-800-435-0774 (TTY: 1-800-734-7429) or by writing to the Illinois Department of Human Services, Bureau of Assistance Hearings, 401 South Clinton Street, 6th Floor, Chicago, IL 60607.

To apply for free legal help:

- In Cook County (including the City of Chicago) -
Legal Assistance Foundation of Metropolitan Chicago: 312-341-1070
- In other counties in Northern or Central Illinois with area codes (309), (630), (815) or (847) - Prairie State Legal Services: 800-531-7057 (toll free)
- In other counties in Central or Southern Illinois with area codes (217) or (618) -
Land of Lincoln Legal assistance Foundation: 877-342-7891 (toll free)

No se tomará esta acción si usted puede demostrar que es errónea. Usted puede reunirse con un representante de su Centro de Recursos Para Familias y Comunidad (Family Community Resource Center) para cuestionar esta acción. Esta reunión será informal y podrá presentar información o evidencia. Puede ser representado por la(s) persona(s) que usted escoja. Aunque tenga o no tenga tal reunión, usted todavía tendrá el derecho de apelar la intentada acción.

USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR ESTA DECISIÓN

Si no está de acuerdo con esta decisión, usted tiene el derecho de apelar y de que se le conceda una audiencia imparcial. Usted debe registrar la apelación dentro de 60 días de la "FECHA DEL AVISO" en este formulario. Usted puede representarse a sí mismo en esta audiencia o puede ser representado por cualquier otra persona tal como un abogado, pariente o amigo. Usted puede pedir una apelación y audiencia imparcial llamando gratis al 1-800-435-0774 (TTY: 1-800-734-7429) o escriba a Illinois Department of Human Services, Bureau of Assistance Hearings, 401 South Clinton Street, 6th Floor, Chicago, IL 60607.

Para solicitar asistencia legal gratis:

- En el condado de Cook (incluyendo la ciudad de Chicago) -
Legal Assistance Foundation of Metropolitan Chicago: 312-341-1070
- En otras áreas del norte o centro de Illinois con códigos (309), (630), (815) o (847) -
Prairie State Legal Services: 800-531-7057 (llamada gratis)
- En otros condados del centro y sur de Illinois con códigos (217) o (618) -
Land of Lincoln Legal assistance Foundation: 877-342-7891 (llamada gratis)