



CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN

Fecha: _____

14b5f460-ef13-40b3-8ea3-67040e957201

Nombre: _____
Dirección: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado,
Zona Postal _____

Número del Caso: _____

Nombre de la Oficina: _____

Dirección de la Oficina: _____

Teléfono: _____

TTY: _____

Fax: _____

We have this notice in English. To request this notice in English, go to the ABE-MMC website or call 1-800-843-6154 (TTY 1-866-324-5553 TTY/Nextalk, 711 TTY Relay).

Puede manejar su caso por Internet en abe.illinois.gov

Yo (Nosotros) (recibo) (recibimos) (he solicitado) (hemos solicitado) beneficios de dinero, médicos y / o SNAP. Para que el Departamento de Servicios Humanos pueda determinar si soy (somos) elegibles para beneficios, yo (nosotros) por este medio autorizo a:

que revele o divulgue al Departamento de Servicios Humanos o a cualquier representante de dicho departamento apropiadamente identificado, la información con respecto a:

Dirección Actual

Dirección Previa

Nombre

Nombre del Esposo(a) (si aplicar)

Firma

Firma del Esposo(a)

Nombre del Testigo de la Firma:

Testigo de la Firma:

Fecha:

Esta autorización no es válida más de 90 días después de la fecha de la firma.