



PETICIÓN PARA RETIRAR APELACIÓN

Fecha: _____

d9ca6fcd-d3cc-461a-bbc7-f05474ac9005

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

Si necesita ayuda para completar este formulario, su representante, si tiene uno, o su oficina de DHS o HFS le ayudarán a completarlo.

Programa(s) de DHS Bajo Apelación (marque todo lo que aplica):

- SNAP Elegibilidad Médica AABD Asistencia de Dinero TANF Cuidado de Niños
- RRA DASA DMH HSP

Si ha marcado una de las casillas arriba, presente o envíe el formulario para retirar su apelación completado a la oficina de DHS o a DHS Bureau of Hearings en 69 W. Washington, 4th Floor, Chicago, IL 60602 o por correo electrónico a DHS.BAH@Illinois.gov, Fax a (312) 793-3387.

Programa(s) HFS Bajo Apelación

- Artículos / Servicios Médicos Exención All Kids Manutención de Niños HFS - Otro

Si ha marcado uno de las casillas de arriba, por favor presente o envíe el formulario completado para retirar su apelación en la oficina de HFS o con HFS Bureau of Administrative Hearings en 69 W. Washington, 4th Floor, Chicago, IL 60602 o por correo electrónico a FairHearings@Illinois.gov, Fax a (312) 793-2005.

Sección 1: Yo he presentado una apelación pidiendo una audiencia imparcial porque:

Sección 2: Yo he decidido retirar mi apelación y la audiencia imparcial porque:

_____ DHS ha acordado reabrir mi caso de beneficios de asistencia, tomado una nueva decisión y enviar un nuevo aviso

_____ Yo ahora entiendo la acción tomada por DHS / HFS y estoy de acuerdo con su decisión

_____ IDHS / HFS ha acordado NO reducir o cancelar mis beneficios.

_____ Otro (Especifique) _____

Yo entiendo que al retirar mi apelación, no podré tener una audiencia imparcial sobre esta apelación. También entiendo, con la excepción de lo que se ha prometido por escrito arriba en la Sección (2), que este formulario es el acuerdo completo y no podré apelar el mismo asunto otra vez.

NO FIRME ESTE FORMULARIO A MENOS QUE HAYA SIDO COMPLETADO EN SU TOTALIDAD Y USTED LO ENTIENDA.

Su Firma (o Firma del Representante Autorizado): _____ Fecha: _____

Firma del Representante IDHS/HFS : _____ Fecha: _____

Sólo Para Uso de la Oficina de IDHS/HFS Office: To be completed by IDHS/HFS

Case/Application Name: _____	Case/Application Number: _____
Date Request was Received: _____	Appeal Number: _____