



Fecha: _____

05c4ec31-f805-407f-bb83-8f58da50220b

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

Revisamos su apelación y nuestros registros indican que usted está apelando al Departamento de Servicios Humanos para que le den una audiencia sobre el / los siguiente(s) asunto(s):

MOTIVO DE LA APELACIÓN (Complete una o más como se indica)

PROGRAMA: SNAP Médico AABD TANF Cuidado de Niños RRA

I. Acción/decisión tomada por: _____
 Por: (División, Oficina Local, Sección, etc.)

Solicitud Negada
 Fecha de la Solicitud: _____
 Fecha que se envió el aviso de negación: _____

Cambio en la cantidad y/o manera que se da la ayuda
 Reducción de beneficios
 Discontinuación del caso

Registro de gravamen (embargo) o derecho de retención en bienes raíces de Residentes de Cuidado a Largo Plazo
 Fecha que se envió el aviso del cambio: _____

Fecha Efectiva del Cambio: _____
 Cantidad del Exceso de Pagos: _____
 Otro (explique): _____

Cantidad de beneficios
 Cantidad de Obligación de Pago Médico (spenddown)
 Cantidades permitidas y/o deducciones de su concesión (grant)

Fecha de determinación de elegibilidad más reciente: _____

Fecha en que se tomó la acción bajo apelación: _____

Negación por FCRC Antes de Aprobar la Petición o Decisión Otorgando Aprobación Previa del Pedido por Cantidad Menor o Servicio Médico o Artículo Diferente. _____

II. Inacción por: _____
 Por: (División, Oficina Local, Sección, etc.)

Solicitud para _____ Fecha de la solicitud: _____

Petición para asistencia adicional Fecha de la petición: _____

III. Su petición inicial para la audiencia fue registrada con el Departamento de Servicios Humanos
 Por Escrito: _____ Verbal en FCRC (sólo SNAP): _____
 Teléfono (1-800-435-0774): _____

CONTINÚA AL REVERSO



DECLARACIÓN DE LOS HECHOS

4(3 AÑOS)

Fecha: _____

Número del Caso: _____

05c4ec31-f805-407f-bb83-8f58da50220b

Si su petición fue enviada por correo, la fecha del sello postal es el: _____

La acción propuesta para reducir, suspender o terminar sus beneficios (será/no será) tomada porque su apelación (fue / no fue) registrada en o antes de la fecha del cambio o dentro de los 10 días de la fecha del aviso, lo que sea posterior. Si sus beneficios económicos y /o beneficios del Programa Asistencia Para Nutrición Suplementaria (SNAP) son continuados en su nivel actual y la audiencia imparcial decide que la acción para reducirlos/detenerlos fue correcta, usted deberá rembolsar el exceso de beneficios que reciba. La cantidad del exceso de beneficios será recaudada de los pagos de sus futuros beneficios. Si su caso está cancelado y tiene exceso de beneficios, deberá pagar el exceso de beneficios al Departamento.

POSICIÓN DE ASUNTO(S) BAJO APELACIÓN:

I. Hechos considerados para llegar a esta posición:

II. Reglamentos y otras referencias que apoyan esta posición: (Las referencias deben ser específicas.)

COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Escriba en las siguientes secciones, el nombre, edad y parentesco de todas las personas que viven con la persona a cargo (grantee).

I. En el momento que el asunto está bajo apelación:

II. En el mes actual:

A. Personas en la Unidad de Asistencia:

A. Personas en la Unidad de Asistencia:

B. Otras personas en el hogar:

B. Otras personas en el hogar:

CÁLCULO DE ASISTENCIA ECONÓMICA, ASISTENCIA MÉDICA O DE BENEFICIOS SNAP: Incluya copias de las hojas de cálculos para cada programa bajo apelación, completados durante: I. El tiempo que estuvo en efecto el asunto que está ahora bajo apelación y II. Cambios actuales o propuestos (Indique las fechas efectivas en las copias de las hojas de cálculos).

(LOS COMENTARIOS ADICIONALES DEBEN SER AÑADIDOS COMO PARTE DE ESTE FORMULARIO EN UNA PÁGINA SEPARADA)

Fecha: _____ Firma: _____

(División, Oficina Local, Sección, etc.)

NOTA: La unidad responsable por la acción bajo apelación debe enviar el formulario original a la persona que apela tan pronto como se complete la revisión del asunto que está bajo apelación, para que el cliente lo reciba, por lo menos 2 días antes de la apelación. Permita dos (2) días laborales para enviarlo por correo y la persona que apela pueda recibirlo a tiempo.

Prepare original y dos (2) copias
Envíe: Original a la persona que apela
1ra copia para el expediente Entregue
2da copia al oficial de audiencias en la
audiencia