



Estado de Illinois  
 Departamento de Servicios Humanos  
**PETICIÓN PARA APELACIÓN (Beneficios  
 SNAP, Asistencia Médica, Asistencia  
 Económica, Cuidado de Niños)**

4cc3362d-9397-48aa-9f84-408acd0faede

Use este formulario sólo si quiere presentar una apelación (una petición para una audiencia). Su Centro de Recursos Para Familias y Comunidad (FCRC u oficina local) puede ayudarle a completar este formulario. Usted puede presentar este formulario a su Oficina FCRC o enviarlo a Bureau of Hearings 69 W. Washington, 4th Floor, Chicago, IL 60602 o por correo electrónico al [DHS.BAH@Illinois.gov](mailto:DHS.BAH@Illinois.gov), Fax al (312) 793-3387 o puede apelar por teléfono al (800) 435-0774 o en línea en <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals>.

Nombre del Apelante	Apellido del Apelante	Fecha de nacimiento:	Número de Teléfono
Dirección (Núm. & Calle, Núm. Apto.)	Ciudad, Condado	Estado, Zona Postal	Dirección de correo electrónico:
Nombre del Caso	Número del Caso	Número del Seguro Social	

¿Necesita un interprete durante la audiencia?  Sí  No Si constestó sí, indique el idioma \_\_\_\_\_

Yo estoy apelando la acción tomada en:  SNAP  Cuidado a Largo Plazo  Asistencia Médica  Asistencia Económica AABD  TANF  Cuidado de Niños

Fecha de la Petición: \_\_\_\_\_ Fecha de Aviso del Departamento que usted está apelando \_\_\_\_\_

**Si puede, por favor proporcione su Aviso de Decisión con este Formulario de Solicitud de Apelación.  
 YO ESTOY PIDIENDO UNA AUDIENCIA IMPARCIAL DEBIDO A QUE:**

- \_\_\_\_\_ Mi solicitud / petición fue negada y no estoy de acuerdo con esto.
- \_\_\_\_\_ IDHS indica que yo no estoy discapacitado(a) y no estoy de acuerdo con esto.
- \_\_\_\_\_ Yo estuve inscrito(a) en obligación de pago (spenddown) y no estoy de acuerdo con esto
- \_\_\_\_\_ Se impuso un periodo de penalidad y no estoy de acuerdo con esto.
- \_\_\_\_\_ No estoy de acuerdo con la cantidad de beneficios.
- \_\_\_\_\_ No estoy de acuerdo con la fecha que empezó la elegibilidad
- \_\_\_\_\_ Mis beneficios pararon o fueron reducidos y no estoy de acuerdo con esto.
- \_\_\_\_\_ Se me impuso un exceso de pagos y no estoy de acuerdo con esto.
- \_\_\_\_\_ Mis beneficios SNAP han sido reducidos debido a reclamo de exceso de pagos anterior y no estoy de acuerdo con esto.
- \_\_\_\_\_ Se recuperó dinero de un reclamo(s) de exceso de pagos y no estoy de acuerdo con esto.
- \_\_\_\_\_ Se impuso una sanción y no estoy de acuerdo con esto.
- \_\_\_\_\_ Yo pedí una exención de actividades de Empleo y Entrenamiento del Departamento y fue negada.
- \_\_\_\_\_ Yo pedí asistencia debido a una crisis y fue negada.
- \_\_\_\_\_ IDHS no ha tomado acción sobre mi solicitud o petición.

Otra Razón \_\_\_\_\_



Estado de Illinois  
 Departamento de Servicios Humanos  
**PETICIÓN PARA APELACIÓN (Beneficios  
 SNAP, Asistencia Médica, Asistencia  
 Económica, Cuidado de Niños)**

4cc3362d-9397-48aa-9f84-408acd0faede

Por Favor Marque Uno:

Bajo algunos programas, los beneficios pueden continuar mientras la decisión de la audiencia está pendiente. Si es posible,

       YO QUIERO que mis beneficios continúen hasta que tomen la decisión de la audiencia. Yo entiendo que si la decisión no es favorable a mí, yo tendré que devolver los beneficios. Yo quiero que continúen los siguientes beneficios:

Dinero                       SNAP                       Dinero y SNAP                       Asistencia Médica

       YO NO QUIERO que mis beneficios continúen mientras la decisión de la audiencia está pendiente.

¿Quiere usted que alguien lo represente en la audiencia? Si es sí, conteste la siguiente información.

Nombre, Apellido del Representante Autorizado	Número de Teléfono	Correo Electrónico
Dirección (Núm. & Calle, Núm. Apto.)	Ciudad, Estado, Zona Postal	Firma del Representante Autorizado (Si aplica)

Si lo firma una persona que no sea el apelante, debe adjuntar una autorización por escrito para presentar una apelación en nombre del apelante. Tenga en cuenta Usted puede enviar su propia autorización por escrito o use Form [IL444-0960S](#) - FORMULARIO DE APELACIONES PARA REPRESENTANTE AUTORIZADO, [IL444-2998S](#) - Formulario Para Representante Aprobado (IES), no será aceptado para la representación de la apelación.

\_\_\_\_\_  
 Su Firma (o Firma del Representante Autorizado)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

(Si es firmado por una persona distinta al cliente, adjunte una autorización por escrito para registrar una apelación a nombre del cliente)

Por Favor Tenga En Cuenta: A menos que usted haya pedido un retraso en su apelación, usted tiene derecho por ley a una decisión final sobre su apelación y total implementación de la decisión favorable a usted en un plazo de 90 días desde el momento que usted solicitó la apelación. Sólo para beneficios de alimentos SNAP, usted tiene el derecho por ley a una decisión final sobre su apelación dentro de los 60 días y la total implementación de una decisión favorable a usted dentro de los 10 días que se recibió la decisión de la audiencia.

**Para uso de la Oficina de IDHS solamente: To be completed by the FCRC or Hearings**

Date Notice of Appeal Received:	Date of Postmark, if mailed (attach envelope):	Date of written request for hearing, if preceding this form:
Date of Decision Being Appealed:	Nombre del Caso	Número de Caso: