



Estado de Illinois  
Departamento de Servicios Humanos  
**PETICIÓN DE ASISTENCIA PARA MIEMBRO  
ADICIONAL DE LA FAMILIA**

**1 (Permanente)**

Nombre del Caso(Apellido, Nombre) : \_\_\_\_\_

Número de Caso: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ 690d3010-2b44-4bca-b2a3-d6d76a1be39c  
Número del Trabajador(a): \_\_\_\_\_

Las preguntas en la primera página y en la parte posterior de este formulario deben ser contestadas para que la persona que será incluida a su caso reciba toda la asistencia que pueda ser elegible. Entregue o envíe por correo el formulario completado al trabajador de su caso lo más pronto posible.

**Solicito que la(s) persona(s) indicada(s) a continuación sean agregadas a mi caso de asistencia.**

<b>Primera Persona Para Agregar al Caso</b>	<b>Segunda Persona Para Agregar al Caso</b>	<b>Tercera Persona Para Agregar al Caso</b>
Nombre	Nombre	Nombre
Segundo Nombre	Segundo Nombre	Segundo Nombre
Apellido	Apellido	Apellido
Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
Número de Seguro Social	Número de Seguro Social	Número de Seguro Social
Fecha de Nac.	Fecha de Nac.	Fecha de Nac.
Lugar de Nac. (Ciudad y Estado)	Lugar de Nac. (Ciudad y Estado)	Lugar de Nac. (Ciudad y Estado)
Fecha que vino a vivir en Illinois	Fecha que vino a vivir en Illinois	Fecha que vino a vivir en Illinois
Estado en el que vivió antes de venir a Illinois	Estado en el que vivió antes de venir a Illinois	Estado en el que vivió antes de venir a Illinois
Ciudadano(a) de EE UU <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ciudadano(a) de EE UU <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ciudadano(a) de EE UU <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si la persona no es ciudadano(a) de EE. UU., escriba su Número de extranjería (A)	Si la persona no es ciudadano(a) de EE. UU., escriba su Número de extranjería (A)	Si la persona no es ciudadano(a) de EE. UU., escriba su Número de extranjería (A)
Nombre del padre del niño	Nombre del padre del niño	Nombre del padre del niño
Apellido del padre del niño	Apellido del padre del niño	Apellido del padre del niño
Nombre de la madre del niño	Nombre de la madre del niño	Nombre de la madre del niño
Apellido de la madre del niño	Apellido de la madre del niño	Apellido de la madre del niño

Si está solicitando asistencia económica para su esposo(a) (no padres o niños), ¿quiere usted incluir a esta persona en su caso TANF como una persona opcional?  
 Sí  No



Estado de Illinois  
Departamento de Servicios Humanos  
**PETICIÓN DE ASISTENCIA PARA MIEMBRO  
ADICIONAL DE LA FAMILIA**

**1 (Permanente)**

Nombre del Caso(Apellido, Nombre) : \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas se aplican sólo a la(s) persona(s) a la unidad de asistencia.

Número de Caso: \_\_\_\_\_

690d3010-2b44-4bca-b2a3-d6d76a1be39c

Primera Persona Para Agregar al Caso	Segunda Persona Para Agregar al Caso	Tercera Persona Para Agregar al Caso
Nombre	Nombre	Nombre
Mi parentesco con la persona indicada arriba es	Mi parentesco con la persona indicada arriba es	Mi parentesco con la persona indicada arriba es
¿Ha recibido esta persona algún tipo de Ayuda Pública en los últimos 2 años? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Ha recibido esta persona algún tipo de Ayuda Pública en los últimos 2 años? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Ha recibido esta persona algún tipo de Ayuda Pública en los últimos 2 años? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cantidad de su ingreso mensual actual \$	Cantidad de su ingreso mensual actual \$	Cantidad de su ingreso mensual actual \$
Origen de Ingresos	Origen de Ingresos	Origen de Ingresos
¿Tiene dinero en efectivo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Tiene dinero en efectivo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Tiene dinero en efectivo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si tiene dinero efectivo, ¿cuánto tiene?	Si tiene dinero efectivo, ¿cuánto tiene?	Si tiene dinero efectivo, ¿cuánto tiene?
¿Tiene cuentas de banco? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Tiene cuentas de banco? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Tiene cuentas de banco? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si tiene cuenta de banco, indique la cantidad \$	Si tiene cuenta de banco, indique la cantidad \$	Si tiene cuenta de banco, indique la cantidad \$
¿Tiene acciones / Bonos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Tiene acciones / Bonos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Tiene acciones / Bonos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si tiene, ¿que cantidad?	Si tiene, ¿que cantidad?	Si tiene, ¿que cantidad?
¿Tiene Seguro de Vida? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Tiene Seguro de Vida? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Tiene Seguro de Vida? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Compañía	Compañía	Compañía
Número de Póliza	Número de Póliza	Número de Póliza
Valor Nominal \$	Valor Nominal \$	Valor Nominal \$
Valor Adquirido \$	Valor Adquirido \$	Valor Adquirido \$
¿Tiene Otros Bienes? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Tiene Otros Bienes? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Tiene Otros Bienes? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si tiene, indique tipo	Si tiene, indique tipo	Si tiene, indique tipo
Cantidad de bienes \$	Cantidad de bienes \$	Cantidad de bienes \$
¿Tiene esta persona algún seguro médico o de hospital? <input type="radio"/> Sí* <input type="radio"/> No	¿Tiene esta persona algún seguro médico o de hospital? <input type="radio"/> Sí* <input type="radio"/> No	¿Tiene esta persona algún seguro médico o de hospital? <input type="radio"/> Sí* <input type="radio"/> No

\* Caseworker: Complete DPA 1442 if answered "Yes".



Nombre del Caso(Apellido, Nombre) : \_\_\_\_\_

Número de Caso: \_\_\_\_\_

690d3010-2b44-4bca-b2a3-d6d76a1be39c

Primera Persona Para Agregar al Caso	Segunda Persona Para Agregar al Caso	Tercera Persona Para Agregar al Caso
Nombre	Nombre	Nombre
¿Hasta qué grado completó en la escuela?	¿Hasta qué grado completó en la escuela?	¿Hasta qué grado completó en la escuela?
Estado Civil <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado / Separado	Estado Civil <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado / Separado	Estado Civil <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado / Separado
¿Es la persona el esposo(a), padre/madre del hijo(a) de un veterano de EE. UU.? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Es la persona el esposo(a), padre/madre del hijo(a) de un veterano de EE. UU.? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Es la persona el esposo(a), padre/madre del hijo(a) de un veterano de EE. UU.? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si solicita dinero, ¿ha sido esta persona convicta de un delito grave por drogas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Si solicita dinero, ¿ha sido esta persona convicta de un delito grave por drogas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Si solicita dinero, ¿ha sido esta persona convicta de un delito grave por drogas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Piensa esta persona hacer una declaración de impuestos federal el PROXIMO AÑO?, si es sí, responda las preguntas 1& 2. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Piensa esta persona hacer una declaración de impuestos federal el PROXIMO AÑO?, si es sí, responda las preguntas 1& 2. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Piensa esta persona hacer una declaración de impuestos federal el PROXIMO AÑO?, si es sí, responda las preguntas 1& 2. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
1. ¿Hará esta persona la declaración junto con su esposo(a)? Si es sí, nombre del esposo(a): <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	1. ¿Hará esta persona la declaración junto con su esposo(a)? Si es sí, nombre del esposo(a): <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	1. ¿Hará esta persona la declaración junto con su esposo(a)? Si es sí, nombre del esposo(a): <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
2. ¿Reclamará esta persona a algún dependiente en los impuestos de este año? Si es sí, anote el nombre de los dependientes: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No _____ _____ _____	2. ¿Reclamará esta persona a algún dependiente en los impuestos de este año? Si es sí, anote el nombre de los dependientes: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No _____ _____ _____	2. ¿Reclamará esta persona a algún dependiente en los impuestos de este año? Si es sí, anote el nombre de los dependientes: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No _____ _____ _____
¿Será esta persona reclamada como dependiente en los impuestos de otra persona? Si es sí, anote el nombre de la persona que hace la declaración: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No _____	¿Será esta persona reclamada como dependiente en los impuestos de otra persona? Si es sí, anote el nombre de la persona que hace la declaración: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No _____	¿Será esta persona reclamada como dependiente en los impuestos de otra persona? Si es sí, anote el nombre de la persona que hace la declaración: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No _____
¿Cuál es el parentesco de esta persona con el que declara los impuestos? _____	¿Cuál es el parentesco de esta persona con el que declara los impuestos? _____	¿Cuál es el parentesco de esta persona con el que declara los impuestos? _____



**PETICIÓN DE ASISTENCIA PARA MIEMBRO  
ADICIONAL DE LA FAMILIA**

**1 (Permanente)**

Nombre del Caso(Apellido, Nombre) : \_\_\_\_\_

Número de Caso: \_\_\_\_\_

690d3010-2b44-4bca-b2a3-d6d76a1be39c

Nombre del Veterano \_\_\_\_\_

Declaro, bajo pena de perjurio, que las declaraciones hechas con respecto a la ciudadanía o estado de extranjería para cada persona que solicita asistencia, son verdaderas y correctas.

Yo entiendo que el estado de extranjería de cada persona que solicita asistencia quien no es un ciudadano de los EE. UU. será verificado por medio de los **Servicios para Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. (USCIS)**. Esto requerirá la entrega al USCIS de cierta información para identificación que yo he proporcionado. La información que se reciba del USCIS puede afectar su elegibilidad para asistencia y el nivel de beneficios.

El Departamento Cuidados de Salud y Servicios Para Familias paga las facturas médicas por mí, doy mis derechos para recaudar pagos de manutención médica al Estado de Illinois.

Firma (Persona a Cargo del Caso) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma (Persona a Cargo del Caso) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

