



AVISO DE DECISIÓN PARA FUNERAL / ENTIERRO

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Nombre del Caso: _____

Ciudad, Estado,
& Zona Postal: _____ Número del Caso: _____

Nombre del Difunto: _____

Fecha de la Muerte: _____

Su petición para el pago de los gastos del funeral / entierro a nombre del difunto identificado arriba fue:

- Negada.
- Modificada. Usted recibirá \$ _____

La razón o motivo de esta acción es:

Representante del Departamento: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, usted tiene el derecho de apelar y de que se le conceda una audiencia imparcial. En esta audiencia usted puede representarse a sí mismo(a) o puede ser representado por otra persona tal como un abogado, pariente o amigo. Si está apelando la decisión acerca de beneficios de dinero y / o beneficios médicos, debe hacerlo dentro de 60 días de la "Fecha del Aviso". Si está apelando la decisión acerca de beneficios SNAP, debe hacerlo dentro de 90 días de la "Fecha del Aviso". Puede pedir una audiencia imparcial llamando al (800) 435-0774 (voz), (877) 734-7429 (TTY), por Internet en abe.illinois.gov o por correo electrónico a DHS.BAH@illinois.gov, por fax al (312)793-3387, o escriba a: DHS Bureau of Hearings, 69 W. Washington, 4th Floor, Chicago, IL 60602.

Para solicitar ayuda legal gratis:

- En el condado Cook (incluyendo la ciudad de Chicago) - Legal Assistance Foundation of Metropolitan Chicago: (312) 341-1070
- En otros condados en el norte o centro de Illinois con códigos de area (309), (815), or (847) - Prairie State Legal Services: (800)531-7057 (La llamada es gratis)
- En otros condados del centro o sur de Illinois con códigos de área (217) o (618) - Land of Lincoln Legal Assistance Foundation: (877)342-7891 (La llamada es gratis)