Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

3 (PERMANENTE)

COMPROBANTE DE EMBARAZO

Fecha: _____

9d035824-22e3-43da-8ada-2bf4db8b88fd

Número del Caso: _____

Nombre de la Oficina: _____

Dirección de la Oficina: _____

_____

Teléfono: _____

TTY: _____

Fax: _____

Nombre: _____
Direccion: _____
Direccion: _____
Ciudad, Estado, Zona Postal _____

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 Internet en: abe.illinois.gov

_____ ha solicitado asistencia basada en su embarazo. Por favor examínela y determine si está embarazada. Fecha de Nacimiento de la Persona: _____

¿Está embarazada? ☐ SI ☐ NO

Si contestó sí, por favor proporcione la siguiente información la cual se usará para determinar su elegibilidad para asistencia.

Fecha que espera el parto: _____

Si se anticipa parto mútiple, por favor indique el número potencial de nacimientos: _____ .

Firma	Título	Fecha

Yo doy mi consentimiento para revelar la información pedida en este formulario al Departamento de Servicios Humanos.

_____
Firma de la Solicitante

Testigo	Fecha

Por favor devuelva este formulario a la Oficina Local indicada arriba.