



# ACUERDO DE RECONCILIACIÓN

58ac70b0-e59c-45df-a7e0-709e656a3588

Conseguir un trabajo le ayudará a mantener a su familia porque **¡VALE LA PENA TRABAJAR!** Cuando usted trabaje tendrá todo el dinero que le paguen de su sueldo más su tarjeta médica, pagos para cuidado de niños y dinero del Crédito Federal Tributario por Ingresos de Trabajo. Su asistencia económica se reduce sólo \$1.00 de cada \$4.00 que usted gana. Pregúntele al trabajador(a) social de su caso sobre **¡VALE LA PENA TRABAJAR!**

NOMBRE DE LA PERSONA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CASO: \_\_\_\_\_ NÚM. DE CASO: \_\_\_\_\_

Escriba la(s) razón(es) específica(s) para la reconciliación:

El propósito de la reunión de reconciliación es:

- \* Hablar sobre problemas actuales y encontrar posibles soluciones;
- \* Revisar el plan de la familia y cambiarlo, si es necesario;
- \* Explicarle a la persona sus derechos y responsabilidades, incluso sus derechos de apelación;
- \* Hablar de lo que se espera de la Agencia y de la persona; y
- \* Desarrollar un acuerdo (el cual debe cumplirse durante o después de la siguiente reunión).

Se ha logrado el siguiente acuerdo:

Marque uno:     Actividad de Trabajo & Entrenamiento     Actividad de Manutención de Niños

Estoy de acuerdo en que las cosas que he acordado hacer, tengo que completarlas para el \_\_\_\_\_.

(Las actividades de trabajo y entrenamiento tienen que completarse por lo menos a los 14 días de firmarse este acuerdo).

Persona	Firma de la Persona	Fecha
Trabajador(a) Social	Firma del Trabajador(a) Social	Fecha
Mediador	Firma del Mediador	Fecha
Representante de la Persona (si aplica)	Firma del Representante (si aplica)	Fecha

**PÓNGASE EN CONTACTO CON EL CENTRO COMUNITARIO DE RECURSOS DE FAMILIA SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTE ACUERDO O TENER BUENA CAUSA PARA NO COMPLETAR ESTE ACUERDO. Si usted no completa el acuerdo de reconciliación o tener buena causa, será sancionado.**



## ACUERDO DE RECONCILIACIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_

NÚM. DE CASO: \_\_\_\_\_

58ac70b0-e59c-45df-a7e0-709e656a3588

### DHS Derecho de Apelar

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](http://abe.illinois.gov) o por correo electrónico a [DHS.BAH@Illinois.gov](mailto:DHS.BAH@Illinois.gov), por fax a (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 de Cook (incluyendo la Ciudad de Chicago) - Legal Assistance Foundation of Metropolitan Chicago:  
(312) 341-1070
- En otros condados del norte o centro de Illinois con códigos de área (309), (815) o (847) - Prairie State Legal Services:  
(800) 531-7057 (llamada 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 (llamada gratis)