



Estado de Illinois
 Departamento de Servicios Humanos
PETICIÓN PARA ASISTENCIA ECONÓMICA
1 (Permanente)

Fecha de la Petición: _____

Número de Ident. del Caso: _____

3b163dcd-6140-4ae4-8992-b8ee5e19a6fb

Nombre del Caso: _____

Apellido Nombre Inicial 2do Nombre

Dirección del
Caso:

--

Telefono: _____

Estoy pidiendo asistencia económica debido a que:

--

Como condición de elegibilidad, si aprueban el dinero de TANF y/o asistencia médica para mí y mis hijos, entiendo que pueden pedirme que coopere con los servicios de manutención de niños. La cooperación incluye el establecimiento de la paternidad y / o cumplimiento y modificación de las órdenes de manutención de niños. Yo asigno y doy todos mis derechos, títulos e intereses de manutención de niños y manutención médica al Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois durante el tiempo que reciba dinero de TANF y/o asistencia médica. Yo entiendo y estoy de acuerdo que cualquier pago de manutención de niños que se reciba por medio de la secretaría del tribunal de distrito o por medio de la Unidad de Desembolsos del Estado (SDU), deben ser enviados a Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias de Illinois mientras reciba dinero de TANF.

Si aprueban el dinero de TANF y / o los beneficios médicos a mí y mis hijos, doy mis derechos al Estado de Illinois para cobrar los pagos de apoyo médico y pagos a terceros de la atención médica para los miembros de mi familia en la unidad de asistencia, a menos que sea declarado exento por buena causa.

Entiendo que tengo derecho a un aviso escrito de la decisión sobre mi petición para asistencia en cuarenta y cinco (45) días de la fecha que se presenta mi petición. Entiendo que tengo el derecho a apelar si no estoy de acuerdo con la decisión, o si no recibo un aviso escrito dentro de los cuarenta y cinco (45) días. Tendré una audiencia imparcial en mi apelación.

Firma del Solicitante: _____

Firma del Testigo: _____