



9410cf01-8aa8-463e-889a-4c1fc2ac68d

Nombre del Caso: _____

Número del Caso: _____

Núm. de Seguro Social _____

Número de Cuenta Illinois Link: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL CLIENTE

Yo entiendo que soy responsable por la protección de mi tarjeta y de mi Número de Identificación Personal (PIN) y no debo darle a nadie mi tarjeta ni mi número PIN. Me han explicado mis derechos y responsabilidades.

También, entiendo que es ilegal y que puedo ser enjuiciado si obtengo falsamente y / o mal uso la tarjeta Illinois Link del Departamento de Servicios Humanos de Illinois.

Yo reconozco y entiendo que ya no recibiré un cheque de mis beneficios de dinero. En vez de esto, tendré acceso a mis beneficios de dinero y de alimentos por medio de la tarjeta Illinois Link otorgada por el Departamento, a menos que haya pedido que el Departamento deposite mis beneficios de dinero directamente en mi cuenta de banco.

Firma del Cliente / Representante Aprobado: _____ Fecha: _____

(Debe ser firmado en presencia de Funcionario del Centro de Recursos para Familia y Comunidad)

Sólo para uso del Centro de Recursos Para Familias y Comunidad - FCRC Use Only

Illinois Link Card No.: 6014-53 ____ - ____ - ____

Issued to customer in the FCRC
 (Customer signature required)

Card Mailed - Not issued to customer in FCRC
 (Customer signature not required)

STATUS OF CASE:

TYPE OF REQUEST:

New Case - Approval Date: _____

First Card

Active Case - Approval Date: _____

Replacement Card Reason: _____

Reinstatement

PROOF OF IDENTITY* 1. _____

2. _____

Signature of Verifier: _____

Date: _____

Position - Title: _____

*If the client/approved representative present a photo I.D. as one proof of identity, no additional proof needs to be presented. If a photo I.D. is not presented, the client/approved representative must provide two proofs of identity.