



Estado de Illinois
 Departamento de Servicios Humanos
PARA DEVOLVER BENEFICIOS SNAP Y / O BENEFICIOS EN EFECTIVO DE ILLINOIS LINK

Yo devuelvo mis beneficios de Illinois Link voluntariamente por la razón indicada a continuación. Yo entiendo que al tomar esta decisión, no tendré los beneficios disponibles en mi cuenta. Si la cantidad completa no está disponible, mi cuenta será reducida por la cantidad disponible.

\$ _____ Beneficios SNAP - Evitar un Reclamo de Beneficios SNAP.

\$ _____ Beneficios SNAP - Pagar un Reclamo de Beneficios SNAP.

\$ _____ Beneficios en efectivo - Evite un reclamo en efectivo.

\$ _____ Beneficios en efectivo - Pagar en un reclamo en efectivo.

Nombre del Cliente: _____

Nombre del Trabajador(a): _____

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

Firma del Trabajador(a): _____

Local Office Use Only

(Sólo Para Uso de la Oficina Local)

Illinois Link Account Number

Accounts Receivable Number, if needed

Client Name: _____

Case Number: _____

Street Address: _____

Claim Number: _____

City, State, Zip: _____

SNAP/Cash Return: Fax form to the EBT Unit at (217) 524-3124 or e-mail to DHS.LINK@Illinois.gov

Central Office Use Only

\$ _____ Voluntary SNAP benefit Return

\$ _____ Payment on a SNAP Claim

\$ _____ Voluntary Cash benefit Return

\$ _____ Payment on a Cash Claim