State of Illinois
Department of Human Services

PRUEBA DE RECIBO DE BENEFICIOS DEL PROGRAMA

Fecha: _____

Numero de Caso: _____

Nombre de Caso _____

Dirección: _____

Ciudad : Estado : Código postal: _____

A QUIEN CORRESPONDA:

Las siguientes personas están recibiendo actualmente determinados (requisito) beneficios administrados por el Departamento de Servicios Humanos de Illinois. El recibo de un beneficio (con prueba de recursos) se indica con un (Sí) o (No) para cada persona incluida en la lista y se muestra con el tipo de programa, el mes de recepción del beneficio actual, la fecha en que se aprobaron los beneficios y la fecha en que los beneficios finalizarán o debe ser renovado:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE BENEFICIOS	**TIPO DE BENEFICIOS QUE RECIBEN**				**MES DE RECIBO DE BENEFICIOS ACTUALES**	**FECHA BENEFICIO APROBADO**	**FECHA DE FIN DE BENEFICIO O CUANDO DEBE RENOVARSE**
	Medicaid Solamente	*Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)*	*Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF-Efectivo / Médico)*	*Ayuda a los Ancianos, Ciegos y Discapacitados (AABD-Efectivo / Médico)*			

_____
Empleado de IDHS (Nombre impreso)

_____
Nombre de FCRC

_____ _____
Dirección Ciudad, Estado, Código postal

_____ _____
Empleado de IDHS Firma Fecha