



DENUNCIA DE ROBO ELECTRÓNICO DE BENEFICIOS DE ILLINOIS LINK

Instrucciones para denunciar el robo electrónico de beneficios

- Si cree que es víctima del robo electrónico de sus beneficios de Illinois Link, debe reemplazar su tarjeta Link y cambiar su PIN llamando al 1-800-678-Link (5465) o al 1-877-765-3459 (TTY), o visitando <http://link.illinois.gov>. Usted puede denunciar el robo a través de una de las siguientes maneras:
- Por teléfono al 1-800-843-6154 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. hora del centro; o
- En línea en www.dhs.state.il.us Reclamo de robo de EBT; o
- Envíe por correo el Formulario IL444-4986 completo al Centro de Recursos Comunitarios Familiares (FCRC) de su localidad; o
- Concurra al FCRC de su localidad para denunciar el robo. En el FCRC, usted completará el Formulario IL444-4986, cancelará su tarjeta Link y le entregarán una nueva tarjeta.

Podrá obtener una nueva tarjeta de beneficios Illinois Link en los siguientes casos:

- Usted tenía su tarjeta Illinois Link en su poder cuando sus beneficios fueron robados de su cuenta Link.
- Usted reemplazó su tarjeta Illinois Link al concurrir al FCRC de su localidad, usando ebtEDGE o llamando a la Línea de Ayuda de Illinois Link.
- Usted solicitó un reemplazo de beneficio completando un Formulario IL444-4986 y enviándolo por correo, en línea, por teléfono o personalmente en su FCRC.
- Usted es víctima de fraude o clonación de tarjetas, phishing u otro tipo de robo de similares características mientras tenía su tarjeta Link en su poder y ocurrió una transacción no autorizada.
- Usted denuncia el robo de sus beneficios dentro de los 30 días corridos del descubrimiento de la transacción no autorizada. * Si el robo ocurrió antes del 3 de julio de 2023, usted tiene 12 meses para denunciar el robo de sus beneficios.
- A usted no le reemplazaron los beneficios por robo en más de dos ocasiones durante un período de 12 meses consecutivos que comienza en octubre y finaliza en septiembre del año siguiente.
- Los beneficios no pueden reemplazarse si el robo ocurrió fuera del período comprendido entre el 1 de octubre de 2022 y el 30 de septiembre de 2024.



DENUNCIA DE ROBO ELECTRÓNICO DE BENEFICIOS DE ILLINOIS LINK

Información importante sobre la transferencia electrónica de beneficios

- El robo electrónico es una forma de robo de identidad. Mantenga a salvo el número y el PIN de su tarjeta Link. Denuncie en forma inmediata las tarjetas Link perdidas, robadas o sujetas a fraude o estafa a la Línea de Ayuda de Illinois Link al 1-800-678-LINK (5465), o visite www.link.illinois.gov para gestionar su cuenta en línea. Su tarjeta será cancelada, y le entregarán una nueva tarjeta.
- Alguien podría robar sus beneficios si conocen el número y el PIN de su tarjeta Link. Siempre cubra el teclado cuando ingrese su PIN. Nunca ingrese su PIN si piensa que alguien lo está mirando.
- Cambie su PIN con regularidad. Usted puede cambiar su PIN en cualquier momento llamando a la Línea de Ayuda de Illinois Link, en ebtEDGE o concurriendo al FCRC de su localidad. No utilice una combinación de uso común para su PIN, como número repetidos (1111) o números consecutivos (1234).
- Cuidado con las estafas de phishing. El phishing es un delito cibernético por el cual los estafadores intentan que usted entregue datos o información sensible haciéndose pasar por personal del IDHS o ebtEDGE. El Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS) o los gobiernos a nivel federal, estatal o del condado nunca le solicitarán su PIN a través de un mensaje de texto, por teléfono o por correo electrónico.
- Nunca revele su PIN al personal de la tienda de comestibles ni a ningún cajero, aún cuando se lo soliciten. No haga sus compras en una tienda que usted crea que puede robar su información personal o sus beneficios.
- No use su tarjeta Illinois Link en un cajero automático ni en un dispositivo de punto de venta que parezca estar dañado o alterado.
- Usted podrá solicitar que el dinero de sus beneficios sea depositado directamente en su cuenta bancaria para evitar el robo de sus beneficios en la tarjeta Link.
- Si necesita ayuda para usar su tarjeta Link, podrá nombrar a alguien de su confianza como su representante autorizado. Comuníquese con el FCRC de su localidad para obtener más información.



DENUNCIA DE ROBO ELECTRÓNICO DE BENEFICIOS DE ILLINOIS LINK

| INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO: (Obligatorio) | | | | |
|---|---------|-----------------------------|---|----------------|
| Apellido: | Nombre: | Inicial del segundo nombre: | Número de la tarjeta Link o ID del caso | |
| Dirección: (calle o casilla de correo) | | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Teléfono: | | Correo electrónico: | | |

| INFORMACIÓN DEL INCIDENTE: (Obligatorio) | | |
|---|---|---|
| <p>Por favor marque a continuación.</p> <p>Soy víctima de robo electrónico.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Qué es el robo electrónico?</p> <p>Fraude: el uso de equipos electrónicos para quitarle sus beneficios sin su conocimiento.</p> <p>La estafa es convencerlo falsamente para que usted entregue el número/PIN de su tarjeta Link y/o su información personal a otra persona, quien le roba sus beneficios sin tener en su poder la tarjeta Link.</p> | <p>La tarjeta Illinois Link estuvo en mi poder en todo momento.</p> <p>Sí No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>Usé mi tarjeta Illinois Link el:</p> <p>Fecha: _____</p> <p>En (lugar): _____</p> <p>_____</p> |

| TIPO DE BENEFICIO ROBADO Y TRANSACCIONES (Obligatorio). Marque un único tipo de beneficio (SNAP o efectivo) por fila. | | | | |
|---|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| MARQUE LA COLUMNA SI ES SNAP | MARQUE LA COLUMNA SI ES EFECTIVO | INGRESE LA FECHA DE LA TRANSACCIÓN | INGRESE EL MONTO DE LA TRANSACCIÓN | INGRESE EL NOMBRE DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ LA TRANSACCIÓN |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |



DENUNCIA DE ROBO ELECTRÓNICO DE BENEFICIOS DE ILLINOIS LINK

INFORMACIÓN ADICIONAL: (Obligatorio)

Usted puede agregar información adicional en esta sección. No es obligatorio agregar información adicional o una denuncia policial, pero podría resultar útil para procesar su reclamo:

Presenté una denuncia
policial en

Fecha de presentación
de la denuncia:

Número de denuncia:

No presenté una denuncia
policial.

Motivo por el cual no presenté una denuncia:

Si usted recibió un mensaje de texto indicándole que llamara a un número o visitara una página web, indique la información adicional a continuación:

Si fue un mensaje de texto, número al que le indicaron llamar:

Página web que le indicaron visitar:

SU FIRMA Y SU DECLARACIÓN JURADA SON OBLIGATORIAS PARA PROCESAR ESTE RECLAMO

Certifico que la información que declaré y suministré en este formulario es verdadera y exacta. Con mi firma, declaro bajo pena de perjurio en virtud de las leyes de Estados Unidos de América y del estado de Illinois que la información proporcionada en este formulario es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que si suministro información errada o si omito a sabiendas información que sé que es verdadera y recibo reemplazo de beneficios que no me corresponden, seré responsable de su devolución, puedo ser descalificado para recibir futuros beneficios, puedo ser multado y puedo ser acusado de un delito.

FIRME A CONTINUACIÓN:

Firma del beneficiario:

Fecha

OR

Firma del representante aprobado

Fecha