



Estado de Illinois
 Departamento de Servicios Humanos
**PETICIÓN PARA APELACIÓN (Beneficios
 SNAP, Asistencia Médica, Asistencia
 Económica, Cuidado de Niños)**

4cc3362d-9397-48aa-9f84-408acd0faede

Use este formulario sólo si quiere presentar una apelación (una petición para una audiencia). Su Centro de Recursos Para Familias y Comunidad (FCRC u oficina local) puede ayudarle a completar este formulario. Usted puede presentar este formulario a su Oficina FCRC o enviarlo a Bureau of Hearings 69 W. Washington, 4th Floor, Chicago, IL 60602 o por correo electrónico al DHS.BAH@Illinois.gov, Fax al (312) 793-3387 o puede apelar por teléfono al (800) 435-0774 o en línea en <https://abe.illinois.gov/abe/access/appeals>.

Nombre del Apelante	Apellido del Apelante	Fecha de nacimiento:	Número de Teléfono
Dirección (Núm. & Calle, Núm. Apto.)	Ciudad, Condado	Estado, Zona Postal	Dirección de correo electrónico:
Nombre del Caso	Número del Caso	Número del Seguro Social	

¿Necesita un interprete durante la audiencia? Sí No Si constestó sí, indique el idioma _____

Yo estoy apelando la acción tomada en: SNAP Cuidado a Largo Plazo Asistencia Médica Asistencia Económica AABD TANF Cuidado de Niños

Fecha de la Petición: _____ Fecha de Aviso del Departamento que usted está apelando _____

**Si puede, por favor proporcione su Aviso de Decisión con este Formulario de Solicitud de Apelación.
 YO ESTOY PIDIENDO UNA AUDIENCIA IMPARCIAL DEBIDO A QUE:**

- _____ Mi solicitud / petición fue negada y no estoy de acuerdo con esto.
- _____ IDHS indica que yo no estoy discapacitado(a) y no estoy de acuerdo con esto.
- _____ Yo estuve inscrito(a) en obligación de pago (spenddown) y no estoy de acuerdo con esto
- _____ Se impuso un periodo de penalidad y no estoy de acuerdo con esto.
- _____ No estoy de acuerdo con la cantidad de beneficios.
- _____ No estoy de acuerdo con la fecha que empezó la elegibilidad
- _____ Mis beneficios pararon o fueron reducidos y no estoy de acuerdo con esto.
- _____ Se me impuso un exceso de pagos y no estoy de acuerdo con esto.
- _____ Mis beneficios SNAP han sido reducidos debido a reclamo de exceso de pagos anterior y no estoy de acuerdo con esto.
- _____ Se recuperó dinero de un reclamo(s) de exceso de pagos y no estoy de acuerdo con esto.
- _____ Se impuso una sanción y no estoy de acuerdo con esto.
- _____ Yo pedí una exención de actividades de Empleo y Entrenamiento del Departamento y fue negada.
- _____ Yo pedí asistencia debido a una crisis y fue negada.
- _____ IDHS no ha tomado acción sobre mi solicitud o petición.

Otra Razón _____



Estado de Illinois
 Departamento de Servicios Humanos
**PETICIÓN PARA APELACIÓN (Beneficios
 SNAP, Asistencia Médica, Asistencia
 Económica, Cuidado de Niños)**

4cc3362d-9397-48aa-9f84-408acd0faede

Por Favor Marque Uno:

Bajo algunos programas, los beneficios pueden continuar mientras la decisión de la audiencia está pendiente. Si es posible,

 YO QUIERO que mis beneficios continúen hasta que tomen la decisión de la audiencia. Yo entiendo que si la decisión no es favorable a mí, yo tendré que devolver los beneficios. Yo quiero que continúen los siguientes beneficios:

Dinero SNAP Dinero y SNAP Asistencia Médica

 YO NO QUIERO que mis beneficios continúen mientras la decisión de la audiencia está pendiente.

¿Quiere usted que alguien lo represente en la audiencia? Si es sí, conteste la siguiente información.

Nombre, Apellido del Representante Autorizado	Número de Teléfono	Correo Electrónico
Dirección (Núm. & Calle, Núm. Apto.)	Ciudad, Estado, Zona Postal	Firma del Representante Autorizado (Si aplica)

Si lo firma una persona que no sea el apelante, debe adjuntar una autorización por escrito para presentar una apelación en nombre del apelante. Tenga en cuenta Usted puede enviar su propia autorización por escrito o use Form [IL444-0960S](#) - FORMULARIO DE APELACIONES PARA REPRESENTANTE AUTORIZADO, [IL444-2998S](#) - Formulario Para Representante Aprobado (IES), no será aceptado para la representación de la apelación.

 Su Firma (o Firma del Representante Autorizado)

 Fecha

(Si es firmado por una persona distinta al cliente, adjunte una autorización por escrito para registrar una apelación a nombre del cliente)

Por Favor Tenga En Cuenta: A menos que usted haya pedido un retraso en su apelación, usted tiene derecho por ley a una decisión final sobre su apelación y total implementación de la decisión favorable a usted en un plazo de 90 días desde el momento que usted solicitó la apelación. Sólo para beneficios de alimentos SNAP, usted tiene el derecho por ley a una decisión final sobre su apelación dentro de los 60 días y la total implementación de una decisión favorable a usted dentro de los 10 días que se recibió la decisión de la audiencia.

Para uso de la Oficina de IDHS solamente: To be completed by the FCRC or Hearings

Date Notice of Appeal Received:	Date of Postmark, if mailed (attach envelope):	Date of written request for hearing, if preceding this form:
Date of Decision Being Appealed:	Nombre del Caso	Número de Caso: