



Estado de Illinois
 Departamento Cuidado de Salud y Servicios Para Familias

**Petición Para Exención del Periodo de Penalidad
 Declaración Sobre Dificultades**

Complete este formulario para pedir una exención por el periodo de penalidad debido a que esto le causará dificultades. Este periodo de penalidad surgió debido a que usted transfirió recursos o ingresos antes del 1 de noviembre 2011 por menos del valor razonable en el mercado. Lea las siguientes declaraciones cuidadosamente. Al completar y firmar este formulario, usted confirma la veracidad de sus declaraciones y la información que proporciona bajo pena de perjurio. Usted puede ser considerado legalmente responsable por proporcionar información falsa.

Su Nombre _____

Número de Caso del DHS _____

Institución de Cuidado a Largo Plazo _____

Dirección de Institución de Cuidado a Largo Plazo _____

Confirmando que cuando hice la transferencia que resultó en esta penalidad, yo sabía del reglamento de transferencia (89 Ill. Adm. Code 120.387) que entró en vigencia antes de 1 de noviembre de 2012 y tomé mi decisión sobre las transferencias basado en ese reglamento.

Si el Estado de Illinois no paga por mi cuidado, no tendré:

(marque todo lo que aplica)

- Alimentos
- Atención Médica Esencial (necesaria para mantener la vida)
- Ropa
- Vivienda

Yo entiendo que al firmar esta **Petición Para Exención del Periodo de Penalidad - Declaración Sobre Dificultades**, doy mi consentimiento a cualquier investigación que haga el Departamento para verificar o confirmar la información que he proporcionado o cualquier otra investigación realizada en relación con a esta petición.

Entiendo que tengo que cooperar con los esfuerzos para verificar la información. Entiendo que si proporciono información falsa o intencionalmente no revelo la información, puedo estar sujeto a un proceso penal, civil o ambas cosas. Yo certifico bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en este formulario es la verdad de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento.

 Firma del Cliente

 Fecha

 Dirección (Si es diferente a la institución indicada arriba.)

 Firma del Representante Autorizado

 Fecha

 Dirección

 Número de Teléfono

Devuelva el formulario completado y firmado a: Office of Counsel to the HFS Inspector General, 401 S Clinton, 6th Floor, Chicago IL 60607 o envíe por Fax a (312) 793-1475