HFS
Illinois Department of
Healthcare and Family Services

Solicitud de renuncia por dificultades económicas

El solicitante de la renuncia por dificultades económicas debe completar la(s) sección(es) correspondiente(s) de esta solicitud y devolverla con la documentación de respaldo en un plazo máximo de **60 días calendario** a partir de la fecha del Aviso de derecho a solicitar la renuncia o la recuperación del patrimonio que acompaña a esta solicitud. **No se tendrá en cuenta esta solicitud si (1) la solicitud o (2) cualquier documento de respaldo se presenta más de 60 días calendario a partir de la fecha del Aviso. Si se necesita información adicional después de haber presentado la solicitud oportunamente, la documentación debe devolverse dentro de los 45 días calendario a partir de la fecha en que se solicitó la información. Si el solicitante experimenta un retraso y necesita pedir una prórroga, llame a nuestra oficina al 217-785-8711. Si no se pone en contacto con nosotros para solicitar una prórroga y la documentación no se recibe dentro de los 45 días calendario, no se tomará en cuenta.**

Escriba a máquina o en letra de molde

Información del miembro de Medicaid fallecido

Apellido del fallecido:	Nombre:	Segundo nombre:	Caso N.°

Número de identificación de Medicaid del fallecido:	N.° de Seguro Social del fallecido:	Fecha de nacimiento del fallecido: (mm/dd/aaaa)

Información de activos patrimoniales

Marque todos los activos que correspondan y complete toda la información relacionada. Enumere todos los activos patrimoniales, incluidos los bienes transmitidos mediante tenencia conjunta, tenencia en común, dominio vitalicio, fideicomiso en vida, anualidades, pólizas de seguro de vida o cuentas de jubilación. Adjunte copias de cualquier escritura, registro, extractos bancarios, acuerdos o contratos de cotización, extractos de pólizas de seguro de vida, documentación sobre acciones, bonos y rentas vitalicias, etc. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

☐ Inmuebles	Valor de mercado: $	Valor de tasación fiscal: $
	Hipoteca adeudada: $	¿La propiedad está en venta? ☐ Si ☐ No
	De lo contrario, sírvase explicar:	

Dirección del bien inmueble:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

¿Alguien vive en la propiedad? ☐ Si ☐ No	En caso afirmativo, ¿cuánto han vivido en la propiedad?	Nombre de la persona que vive allí:	Relación con el fallecido:

☐ Cuenta(s) bancaria(s) ☐ Corriente	Saldo: $	N.º de cuenta:	Nombre del Banco:
☐ Ahorros	Saldo: $	N.º de cuenta:	Nombre del Banco:
☐ Acciones/Bonos/Notas/Otros	Tipo:	Valor: $	Fecha de compra:
☐ Anualidades	Tipo:	Valor: $	Fecha de compra:
☐ Dominio vitalicio	Tipo:	Valor: $	Fecha de establecimiento
☐ Seguro de vida	Tipo:	Valor: $	Beneficiario(s)
☐ Cuentas de jubilación	Tipo:	Valor: $	Beneficiario(s)
☐ Otra	Descripción:		

HFS
Illinois Department of
Healthcare and Family Services

Información del solicitante

Apellido del solicitante:	Nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	Edad:

Dirección:	N.° del Seguro Social:	N.° de teléfono residencial:

P.O. Box:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Ocupación:	Empleador:	N.° de teléfono del empleador:

Participación anticipada del solicitante en el patrimonio (%)	Relación con el fallecido:

Estado civil:	Apellido del cónyuge:	Nombre:

Fecha de nacimiento del cónyuge:	Edad del cónyuge:	N.° de Seguro Social del cónyuge:	N.° de teléfono del cónyuge:

Ocupación del cónyuge:	Empleador del cónyuge:	N.° de teléfono del empleador del cónyuge:

Activos del solicitante

Proporcione información sobre los activos que posee el ***solicitante***. Adjunte hojas adicionales si hace falta.

Bienes inmuebles: (incluye residencia personal, propiedad de vacaciones, propiedad en alquiler, etc.

Propiedad N. º 1	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Valor: (Propiedad N. º 1) $	Saldo hipotecario: (Propiedad N. º 1) $		
Propiedad N. º 2	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
	Valor: (Propiedad N. º 2) $	Saldo hipotecario: (Propiedad N. º 1) $		

Cuentas bancarias: (incluye ahorros, corriente, certificados de depósito, cuentas de jubilación, etc.)

Nombre de la institución:	N.º de cuenta:	Tipo de cuenta:	Saldo: $
Nombre de la institución:	N.º de cuenta:	Tipo de cuenta:	Saldo: $
Nombre de la institución:	N.º de cuenta:	Tipo de cuenta:	Saldo: $

Vehículos automóviles: (incluye todos los vehículos de pasajeros, vehículos de carga, motocicletas, barcos, vehículos de recreo, etc.)

Año, marca, modelo:	N.º de cuenta:	Tipo de cuenta:	Saldo: $
Año, marca, modelo:	N.º de cuenta:	Tipo de cuenta:	Saldo: $

Otros activos: (artículos diversos que posee o están en proceso de compra, por ejemplo, acciones, bonos, etc.)

Descripción de otros activos	Fecha de compra:	Valor: $	Saldo del préstamo: $

HFS
Illinois Department of
Healthcare and Family Services

Ingresos mensuales del solicitante

Adjunte una copia de las declaraciones de impuestos federales y estatales más recientes.

Salario neto del solicitante: $ (adjunte los talones de pago de los últimos dos meses)	El monto se paga: ☐ Mensualmente ☐ Semanalmente ☐ Quincenalmente
Salario neto del cónyuge: $ (adjunte los talones de pago de los últimos dos meses)	El monto se paga: ☐ Mensualmente ☐ Semanalmente ☐ Quincenalmente
Alquileres pagados al Solicitante: $ (proporcione el contrato de alquiler)	Ingresos de la empresa: $ (adjuntar estado de pérdidas y ganancias)
Seguro Social: $	Discapacidad: $ (adjunte la carta de adjudicación más reciente)

Pensión alimenticia: $	Regalías, fideicomisos, otros ingresos: $	Compensación obrer: $	Asistencia de vivienda pública: $

Retiro/Pensiones/Anualidades: $

Beneficio de asistencia pública mensual

TANF (Asistencia en efectivo): $	SNAP (Cupones de alimentos): $	IV-D Manutención infantil: $	Asistencia de vivienda pública: $

Otra asistencia pública: $	Ingreso mensual total: $

Gastos mensuales del solicitante

Gasto mensual:	Monto $	Gasto mensual:	Monto $	Gasto mensual:	Monto $
Hipoteca/Alquiler Pagos		Seguro de propietarios/ Inquilinos		Tarjetas de crédito N.º 1 Nombre:	
Impuestos de propiedad					
Agua		Seguro de automóvil		Tarjetas de crédito N.º 2 Nombre:	
Alcantarillado		Seguro de salud			
Calefacción		Seguro por discapacidad		Tarjetas de crédito N.º 3 Nombre:	
Electricidad		Seguro de vida			
Recolección de basura		Seguros a largo plazo			
Televisión por cable/internet satelital		Pagos a plazos			
Teléfono/Celular Plan de datos		Préstamos personales			
Comestibles/Comida		Préstamos estudiantiles			
Combustible/Gasolina		Préstamo de auto			
Transporte Público (autobús, metro, taxi, tren, viaje compartido)		Medicamentos recetados			

HFS
Illinois Department of
Healthcare and Family Services

Responda todas las preguntas y proporcione documentación para cada sección

1. ¿Sería elegible para recibir asistencia pública si se cobrara la reclamación? ☐ Si ☐ No

2. Explique cómo la recuperación de la reclamación lo haría elegible para recibir asistencia pública.

3. ¿Podría interrumpir la asistencia pública si no se cobrara la reclamación? ☐ Yes ☐ No
   Explique quién podría interrumpir la asistencia pública o médica si el estado no recupera la reclamación.

4. ¿Qué tipo de asistencia pública o médica recibe actualmente?
   ☐ Seguridad ☐ Ingreso Suplementario de Medicaid (SSI, por sus siglas en inglés) ☐ Ayuda Temporal a FamiliasNecesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)
   ☐ Vivienda subsidiada ☐ Programa de Asistencia NutricionalSuplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés)
   Otra: _____

Miembros de la familia que residen en el hogar

Los herederos que solicitan esta renuncia deben proporcionar la siguiente información respecto a todos los miembros de la familia que viven a tiempo completo en el hogar.

Nombre del miembro de la familia	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Relación con el Solicitant

Herederos que aparecen en el testamento

Nombre del heredero	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

HFS
Illinois Department of
Healthcare and Family Services

Documentación y certificación and Certification

Toda la información requerida en la solicitud es voluntaria; el hecho de no proporcionar la información de manera completa y precisa puede resultar en la denegación de la solicitud de renuncia. Cualquier error u omisión en la información proporcionada por el solicitante que pueda afectar a la decisión del Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para Familias (HFS, por sus siglas en inglés) puede ser motivo de denegación de la solicitud de renuncia. Según corresponda, incluya una copia de:

1. El testamento del fallecido con los nombres de los herederos y el porcentaje del patrimonio que recibirá cada unode ellos
2. Las escrituras de cualquier inmueble del fallecido o del solicitante;
3. Extractos bancarios del fallecido; y
4. Avalúo que muestre el valor de los inmuebles del difunto
5. Copia de la más reciente carta/factura de evaluación del impuesto sobre la propiedad.
6. Fotocopia del seguro de vida del fallecido.
7. Las declaraciones de impuestos federales y estatales más recientes del solicitante; incluidos los formulariosacreditativos o de apoyo (W-2, 1099, etc.).
8. Los talones de sueldo más recientes del solicitante; y cualquier otro ingreso que reciba o espere recibir.
9. Extractos bancarios del solicitante de los últimos tres meses.
10. Prueba de elegibilidad para optar a los beneficios de asistencia pública.
11. Lista de tarjetas de crédito y préstamos pendientes y el monto adeudado a cada uno, incluidos los proveedores(luz, gas, agua, recolección de basura, etc.).
12. Copia del acta de nacimiento del solicitante.
13. Copia de la licencia de conducir del solicitante.

Certificación

Entiendo que las declaraciones que he hecho en esta solicitud están sujetas a investigación y verificación. Declaro, bajo pena de perjurio, que las declaraciones que he dado en este formulario, a mi leal saber y entender, son fieles y exactas.

Firma del solicitante	Fecha
Nombre completo en letra de molde o a máquina	N.º de teléfono

Representante

Si le asiste un representante, rellene esta sección:

Nombre: Apellido:	Nombre:	Relación:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Número(s) de teléfono Envíe toda				