Departamento de Servicios Humanos de Illinois
de Illinois

Departamento de Cuidado de Salud y Servicios para la Familia

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA LOS DESTITUIDOS DEL HURACÁN KATRINA QUE SOLICITAN PARA BENEFICIOS MÉDICOS POR CORREO O POR INTERNET

Complete lo siguiente para el/la solicitante y enviélo con la solicitud.

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

Dirección antes de llegar a Illinois: _____
Calle

_____

_____ _____ _____
Dirección Estado Zona Postal

_____
Condado (Alabama o Mississippi) o Subdivisión (Parish) en Louisiana

¿Cómo sabe usted que el/ la solicitante ha llegado a Illinois de una área designada desastre por el Huracán Katrina?

_____ Declaración del / la Solicitante

_____ Declaración del residente de Illinois que es pariente o amigo(a) del / la solicitante.

_____ Otro. Por favor explique.

_____

_____

_____

_____ _____
Nombre de la persona que completa este formulario Número de Teléfono