Municipio de la Ciudad de Champaign
Andrew J. Quarnstrom, Supervisor
53 E. Logan St.
Champaign, IL 61820
Teléfono 217-403-6120

Por favor, envíe los siguientes elementos de documentación (en círculos) (todos deben estar fechados en los últimos 30 días): SOLO SE ACEPTAN COPIAS ORIGINALES. NO SE ACEPTARÁN COPIAS FOTOSTATICAS

•Prueba de residencia dentro de los límites de la ciudad de Champaign, IL (Certificación de Domicilio o un contrato de arrendamiento) DEBE SER NOTARIADO

•Prueba de incapacidad para trabajar: un médico, asistente médico o enfermera practicante debe completar, firmar y fechar usando su sello de la compañía en el Formulario de Certificación de Estado Médico incluido en el paquete de solicitud

•Licencia de conducir de Illinois o identificación estatal con la dirección actual de Ciudad de Champaign —Tarjeta de Seguro Social — Certificado de Nacimiento

•Prueba de documentación de la solicitud de SSI / SSD con fecha de presentación

•Prueba de documentación de carta de denegación de SSI / SSD con fecha de presentación

•Prueba de la documentación de la carta de apelación de SSI / SSD con fecha de presentación

•Prueba de la solicitud de reconsideración de la solicitud con fecha de presentación

•Prueba de solicitud de audiencia ante juez de derecho administrativo (ADJ) con fecha

•Prueba de beneficios de cupones de alimentos de IDSH con fecha de trabajador social

Prueba de tarjeta médica de atención médica y servicios familiares del estado de Illinois

•Prueba de solicitud de atención médica asequible (Bidencare) con fecha

•UI Finding de la Oficina del Departamento de Seguridad del empleo de Illinois (IDES, por sus siglas en ingles)— (*enviado por correo al solicitante, toma alrededor de una semana. Si la búsqueda de la interfaz de usuario tiene más de 30 días de antigüedad, la búsqueda debe ir acompañada de un detalle del historial de pagos).

•1307 N. Mattis Ave. -PO Box 3369, Champaign, IL 61821

•Prueba de cargos de libertad condicional u oficial de libertad condicional (incluido en el paquete de solicitud) completado y firmado por el oficial de libertad condicional / libertad condicional con fecha

Prueba de cualquier ingreso adicional en el último mes

•*ESTA LISTA NO ES DE NINGUNA MANERA TODO INCLUIDO* PERSONAL DEL MUNICIPIO PUEDE REQUERIR DOCUMENTACIÓN ADICIONAL RELACIONADA CON LA SOLICITUD DE ASISTENCIA* CUALQUIER DOCUMENTACIÓN ADICIONAL SOLICITADA DEBE SER ENTREGADA AL PERSONAL DEL MUNICIPIO CON EL FIN DE
TRAMITAR UNA SOLICITUD DE ASISTENCIA* EJEMPLOS DE DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN SOLICITARSE INCLUYEN, ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES:

- Documentación que muestre cualquier tipo de asistencia de alquiler recibida, por ejemplo:
- De Rosecrance
- De Vivienda Publica de Champaign (Champaign Public Housing) o,
- Si un familiar/amigo le ayuda con el alquiler
- En cuyo caso se requerirá una carta notariada indicando esto
    - Documentación sobre cómo se pagará la factura de electricidad
    - Documentación sobre cómo se pagará la factura de agua o Documentación adicional de IDES y,
    - Cualquier otra documentación que el Administrador de Casos del Municipio o el Supervisor del Municipio consideren necesaria
- *LA F EN PROPORCIONAR LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA DARÁ COMO RESULTADO QUE LA SOLICITUD SE CONSIDERE INCOMPLETA,
  Y NO SE PROCESARÁ MÁS HASTA QUE SE HAYA RECIBIDO LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA*

Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos

APLICACION PARA ASISTENCIA EN GENERAL

1 (Permanente)

Ciudad o Municipio: City of Champaign Township

Condado: Champaign

Fecha de Expedición: _____
Fecha de Returno: _____
Numero de Registro: _____

1. Información General

Apellido(s) _____ Teléfono: _____
Nombre e inicial del segundo nombre del Esposo: _____ Nombre e inicial del segundo nombre de la Esposa: _____
Otros nombres: _____
Domicilio: _____ Fecha en que se mudo ahí: _____ Renta Mensual: _____
Tres domicilios previos (incluyendo ciudad y estado):
Domicilio 1: _____ Fecha en que se mudo ahí: _____
Domicilio 2: _____ Fecha en que se mudo ahí: _____
Domicilio 3: _____ Fecha en que se mudo ahí: _____
Mi familia y yo hemos vivido en este municipio desde _____ En este condado desde: _____
Y en este estado desde: _____
Nuestro ultimo domicilio antes de movernos a Illinois fue: _____
Estoy solicitando por asistencia para mi y para los siguientes miembros de mi familia, quienes residen conmigo.

Nombre Primero Medio Apellido	Fecha de Nacimiento Mes Dia Ano	Lugar de Nacimiento Ciudad Estado	Relación	Numero de Registro del IDES	SSN
			Solicitante		

Adicionalmente, a los enlistados arriba, los siguientes parientes, internos, inquilinos, conocidos y otras personas por las cuales no estoy solicitando asistencia, pero que viven en la misma casa.

Nombre Primero Medio Apellido	Edad	Relación	Tipo de Soporte presente	Monto pagado mensualmente para cubrir gastos de la casa

2. ¿Porque necesita la Asistencia?

APPLICATION FOR GENERAL ASSISTANCE

3. Información personal y ocupacional

Estado Civil: O Casado(a) O Soltero(a) O Viudo(a) O Divorciado(a) O Separado(a) O Abandonado(a)

Si casado(a), fecha de matrimonio: _____ Lugar de matrimonio: _____

Si divorciado(a), explique la(s) razón(es) _____

El domicilio actual de mi esposo(a) con quien no vivo, es: _____

¿Hay alguna orden de la corte para manutención de los hijos? O Si O No

Tipo de vivienda: O Renta O Propia

Si es renta, nombre del arrendador_____ Domicilio del arrendador _____

¿Esta relacionado con el arrendador? O Si O No Si esta relacionado, tipo de relación: _____

Servicio Militar: ¿ Algún miembro de su familia, actualmente esta o estuvo en el Servicio militar? O Si O No

¿ Si la respuesta es Si, quien esta o estuvo en el Servicio Militar? _____

Fecha de enlistamiento: _____ Fecha de descarga: _____ Numero de Serie: _____

¿Si un miembro de la familia esta o estuvo en el Servicio militar, ella o el:

O Recibió Compensación ajustada O No Recibió Compensación ajustada O Recibe pensión u otro ingreso O No recibe pensión

Empleo Pasado: Enliste el ultimo empleador y los dos empleos mas largos por solicitante y cualquier otro miembro de la familia que tenga historia laboral.

Miembro De la familia	Nombre y Domicilio del empleador	Tipo de Trabajo	Salario Mensual	Fecha Inicio	Fecha Fin	Razón de salida

Ingreso actual y otra información financiera. Llene todas las casillas, si no existe información, escriba “Ninguno”.

Fuentes	Persona que recibe	Nombre y dirección del empleador o descripción del recurso	Importe semanal
Empleo: Salario			
Empleo: Comisiones			
Ganancias de: Negocios			
Ganancias de: Empleo en el hogar			
Ganancias de: Ventas			
Otro: (especificar)			

Asistencia pública y beneficios públicos conexos

Fuentes	Persona que recibe	Cantidad	Recurso	Persona que recibe	Cantidad
TANF			RSDI		
AABD			Otro		
Asistencia general			Otro		

APPLICATION FOR GENERAL ASSISTANCE

Otros recursos en efectivo

Fuentes	Nombre de la persona	importe	Fuentes	Nombre de la persona	importe
Efectivo disponible			Logias/Uniones		
Ahorros			Anualidades		
Cuentas bancarias			Pensión alimenticia/manutención de los hijos		
Prestaciones por desempleo			Sucesiones/Órdenes judiciales		
Compensación al Trabajador			Amigos/Parientes		
Beneficios para veteranos			Bonos del Gobierno		
Otros ingresos			Otros ingresos		

Cuentas bancarias mantenidas por cualquier miembro de la familia

Cuenta mantenida por familiares	Nombre y dirección del banco	Monto del depósito o fecha del último retiro

Cajas de Deposito mantenidas por cualquier miembro de la familia

Caja de deposito mantenida por familiares	Localización de la Caja	Contenido

Propiedades personales (Valores, bonos, joyas, acciones, ganado) mantenidas por cualquier miembro de la familia

Poseído por	Descripción	Valor presente de venta

Bienes raíces propiedad, en su totalidad o en parte, de cualquier miembro de la familia

Propietario grabado	Dirección	Descripción	presente	Fecha	Fecha de vencimiento	Importe último	Presente mensualmente

Vehículos y equipos agrícolas propiedad de cualquier miembro de la familia

Dueño	Año	Marca	Modelo	Fecha de compra	Licencia No.	Año expedido	Valor presente de venta

Pólizas de seguro de vida, actuales o caducadas, en poder de cualquier miembro de la familia

Persona asegurada	Nombre de compañía	Política de tipos	importe	mensual prima	Fecha de vencimiento Prima pagada	Préstamos realizados	
						fecha	importe

Beneficios médicos, hospitalarios, quirúrgicos u otros beneficios de salud disponibles para cualquier miembro de la familia

Nombre de la empresa	Tipo de cobertura	Prima anual

Entiendo que si quiero que otra persona solicite Asistencia General para mí, y soy mental y físicamente capaz de aplicar, debo proporcionar una declaración por escrito que le dé a la persona permiso para solicitar en mi nombre La declaración debe incluir el nombre completo, dirección y número de teléfono de la persona que me solicita. La declaración debe decir que todavía soy responsable de la información que la persona que me solicita da a la oficina local de Asistencia General. La declaración también debe decir que estoy a favor de pagar los beneficios que se recibieron debido a la información incorrecta o incompleta proporcionada por un representante aprobado.

Esta solicitud debe ser firmada por el solicitante, sin embargo, si la persona está demasiado enferma, o de otra manera mental o físicamente incapaz de completar una solicitud, esta solicitud puede ser presentada por el cónyuge, padre, hijo, hermano adulto u otro pariente. Si no hay parientes, esta solicitud puede estar firmada por cualquier otra persona capaz de proporcionar la información necesaria con una competencia razonable.

Tengo esta solicitud de Asistencia General y declaro bajo sanciones de perjurio que, a mi mejor conocimiento y creencia, la información suministrada en esta solicitud y todas las declaraciones que la acompañan es verdadera y correcta, y que es una declaración completa de todos los ingresos, activos o recursos que me pertenecen o a cualquier miembro de mi familia inmediata. Acepto notificar al Supervisor de Asistencia General cualquier cambio que necesite, o en los recursos aquí enumerados, o cualquier ingreso o recurso nuevo adicional. Además, por la presente autorizo a cualquier persona, banco, empresa, corporación, agente de transferencia, agencia, institución o el Departamento de Servicios Humanos a proporcionar al Supervisor de Asistencia General cualquier información que se pueda solicitar en relación con cuentas, depósitos, inversiones, valores, beneficios de ingresos por discapacidad del sistema ferroviario o negocios de cualquier tipo.

Firma del Solicitante _____ Fecha: _____ Firma del Cónyuge: _____ Fecha: _____

Por la presente hago solicitud de asistencia general en nombre de la persona nombrada a continuación y certifico que, a mi mejor conocimiento y creencia, la información proporcionada en este documento es una declaración verdadera de sus ingresos, activos y recursos.

Solicitante:_____ Firma del representante del solicitante: _____

Dirección del representante del solicitante _____ Relación con el solicitante _____

CIUDAD DEL CHAMPAIGN TOWNSHIP

MUNICIPIO DE CHAMPAIGN
Andrew J. Quarnstrom, Supervisor
53 E. Logan St.
Champaign, IL 61820
Teléfono: 217-403-6120

¿Es usted elegible para Asistencia general/Transición

nombre:_____ Numero de Seguridad Social: _____

Fecha de Nacimiento:_____ Teléfono No._____

Por favor, responda a las siguientes preguntas: (Sí o No)

¿Vives fuera de la ciudad de Champaign?
_____

¿Actualmente recibe una subvención en efectivo de IDHS?
_____

_____ ¿Se le ha negado una subvención en efectivo de IDHS debido a la falta de cooperación con esa agencia?

_____ ¿Ha tenido una terminación del caso de IDHS porque ha alcanzado el límite de por vida?

_____ ¿Recibe SSI o SSD (Discapacidad)?

_____ ¿Se le ha cancelado su SSI debido a su falta de cooperación con la agencia?

_____ ¿Está recibiendo o es elegible para recibir beneficios de compensación por desempleo?

_____ ¿Tiene una orden de arresto activa por delito grave?

_____ ¿Está en violación de la libertad condicional o libertad condicional en el estado de Illinois?

_____ ¿Tiene una condena estatal por delito grave de drogas de Clase X o Clase 1 o equivalente de la ley federal?

_____ ¿Alguna vez has sido condenado por un delito grave bajo la Ley de Sustancias Controladas de Illinois o la Ley de Control de Cannabis o la ley penal federal comparable que tiene un elemento la posesión, uso o distribución de una sustancia controlada?

_____ ¿Tiene hijos menores de 18 años en el hogar?

_____ ¿Estás embarazada?

Si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores, entonces no es elegible para asistencia general-asistencia transitoria.

MUNICIPIO DE CHAMPAIGN
ASISTENCIA GENERAL-OFICINA DE ASISTENCIA TRANSITORIA
Andrew J. Quarnstrom, Supervisor
53 E. Logan st., Champaign, IL 61820
Oficina (217) 403-6120

CERTIFICACIÓN DE DOMICILIO

AL SOLICITANTE: Si no tiene un contrato de arrendamiento, debe hacer que la persona con la que reside proporcione una prueba de su residencia completando este formulario.

AL PROPIETARIO DE LA TIERRA: La persona que se indica a continuación ha solicitado asistencia general-
Asistencia transitoria y ha indicado que ella o él reside con / o alquila de usted. Todos los solicitantes de Asistencia General-Asistencia Transitoria deben proporcionaruna verificación por escrito por parte del propietario de la tierra del registro (según consta en la oficina del asesor) de la dirección actual del solicitante.

Por favor complete el siguiente formulario. USTED DEBE FIRMAR EL FORMULARIO Y TENER SU FIRMA NOTARIADA POR UN NOTARIO PÚBLICO. Los servicios de notario están disponibles en la oficina de remolquede forma gratuita. La Biblioteca Urbana Gratuita y los bancos locales y también ofrecen servicio de notario.

Yo, _____ certifico que _____
(Propietario o inquilino de la tierra) (Solicitante)

ha residido en

_____
(Dirección) (Ciudad, Estado, Código Postal)

Desde _____ y paga $ _____ al mes por alquiler. Supongo que falsificar cualquier información sobre la dirección del solicitante pondrá en peligro la elegibilidad del solicitante y podría resultar en varias sanciones.

Por favor, compruebe la declaración apropiada:

_____Verifico que soy el propietario del registro de la dirección mencionada anteriormente.
_____ No soy el propietario de la propiedad en la dirección indicada anteriormente.

Firma del propietario o inquilino de la tierra

_____
(Dirección) (Ciudad, Estado, Código Postal) (Teléfono)

_____ _____
Fecha Notario Público

CITY OF CHAMPAIGN TOWNSHIP
General Assistance-Transitional Assistance Office
53 E. Logan St.
Champaign, IL 61820
Phone: (217) 403-6120
Andrew J. Quarnstrom, Supervisor

CERTIFICATION OF MEDICAL STATUS

Date of Request: **Name:**
Address: **Date of Birth:**
Social Security # **Client Case Number:**

PURPOSE: This form documents the current and ongoing medical status of the applicant (patient) identified above for the purpose of qualifying and recertifying for General Assistance-Transitional Assistance benefits. It does not constitute as a finding of disability. ***The law defines disability as the inability to engage in any substantial gainful activity by reason of any medically determinable physical or mental impairment (s) which can be expected to result in death or which has lasted or can be expected to last for a continuous period of not less than 12 months.*** To meet this definition, you must have a severe impairment which makes you unable to do your previous work or any other full-time job in the national economy. **This form must be completed by the patient's physician, physician assistant or advanced nurse practitioner who has diagnosed the patient.**

PROVIDER CERTIFICATION:

Has this patient been in care with your clinic/practice within the last 6 months? [ ] Yes [ ] No

___ **Based upon my medical evaluation, I have diagnosed the patient listed above with the chronic medical condition (s) indicated below and I certify that the patient is in need of ongoing treatment including prescription drugs, chemotherapy or radiation for this condition (s):**

____ Cancer patient requiring chemotherapy - except non-melanoma skin cancer
____ Terminally ill (see definition on reverse side)
____ Heart Disease - Cardiac failure/coronary artery disease, bypass or stents
____ Kidney Problems (failing or on dialysis)
____ Cystic Fibrosis
____ Spinal Cord injuries
____ Chronic Diabetes or Diabetes Insipidus or Diabetes Mellitus Types 1 & 2
____ Chronic seizure disorder
____ Chronic mental illness (see definition on reverse side)
____ Bipolar Disorder
____ Chronic hypertension
____ Multiple Sclerosis
____ Other (Specify)

Diagnosis_____

___ **I certify that I have examined the patient named above and this patient does NOT require prescription drugs, chemotherapy or radiation for their chronic condition or illness.**

B. Treatment Discontinued

[ ] Is non-compliant with appointments [ ] Has relocated out of town
[ ] Is non-compliant with medication [ ] Has transferred medical care
[ ] Other _____

DEFINITIONS
Acute and Chronic Medical Conditions

The following definitions are offered as guidance in making a medical determination of whether the individual listed on the reverse side of this form presents "chronic mental illness" or is "terminally ill." These definitions are only guidelines and are not intended to replace your professional medical judgment in a specific case. These definitions do generally reflect the conditions for which the GA-TA Program is intended:

What is a "Medically Determinable Impairment"?
A medically determinable physical or mental impairment is an impairment that results from anatomical, physiological, or psychological abnormalities which can be shown by medically acceptable clinical and laboratory diagnostic techniques. A physical or mental impairment must be established by medical evidence consisting of signs, symptoms, and laboratory findings-not only by the individual's statement of symptoms.

Chronic Mental Illness: An individual with "chronic mental illness" suffers from a very serious mental illness and exhibits significant deficiencies in functioning. A chronic mental illness is more than a severe emotional disturbance, and is marked by the presence of (1) a psychosis of some kind, (2) a mental disorder that is marked by a loss of contact with reality, and (3) by a deterioration in personality and social functioning. A determination of chronic mental illness means that the individual shows involvement generally consistent with the following Medicaid definition of "chronically mentally ill adult. **"Chronically mentally ill adult"** means an individual 18 years of age or older (1) who has been diagnosed as having a schizophrenic, major affective, or paranoid disorder, or other severe mental disorder with a documented history of persistent psychotic symptoms not caused by substance abuse; **and** (2) whose role functioning is impaired in at least two of the following three ways:

(A) inability to function independently in the role of worker, student, or homemaker;
(B) inability to engage independently in personal care or community living activities; or
(C) inability to exhibit appropriate social behavior, resulting in intervention by the mental health system or judicial system.

Terminally Ill: Reference Medicare and Medicaid definition used for hospice care:
"Terminally Ill" means that the individual has a medical prognosis that his or her life expectancy is 6 months or less if the illness runs its normal course. (42 C.F.R. 418.3)

By signing, I certify that this patient is unable to work due to a psychological or physical disability. PLEASE USE YOUR COMPANY STAMP OR SEAL on the back of this form to validate that this form has been completed at your location.

(Dr.) Provider Name: (Print) Date: _____

_____

Title:_____Specialty:_____

Signature: _____

Address: _____

City/State/Zip Code: _____

Phone/Fax: _____

ASISTENCIA GENERAL [OFICINA DE ASISTENCIA TRANSITORIA
53 E. Logan St., Champaign, IL 61820
Teléfono (217) 403-6120

AYUDA GENERAL - SUPLEMENTO DE SOLICITUD DE AYUDA TRANSITORIA
(Se presentará con la solicitud completada)

Nombre: _____ Soc. Sec. No. _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono No. _____

1) ¿Alguna vez ha sido condenado / se declara culpable de una violación de la Ley de Sustancias Controladas de Illinois, la Ley de Control de Cannabis, o la ley penal federal comparable que tiene como elemento la posesión, el uso o la distribución de unas ubstance controlada? Sí___ No ___

En caso afirmativo, por favor especifique la clase:_____Fecha de la condena: _____
Condado de condena: Condado de Champaign Otros (specifr) _____

2) ¿Alguna vez ha sido condenado en un tribunal federal o estatal por haber hecho una declaración fraudulenta para recibir asistencia (TANF, G.A., O SEGURO SOCIAL) Sí_____ No _____

3) ¿Está en violación de una orden de libertad _____ _____ condicional o libertad

No ¿Se le nombra en alguna orden dedetención por delitograve? Sí o No
condicional? Sí :

4) Tenga en cuenta cuáles de las siguientes opciones ha solicitado, de las que se le ha denegado, ha sido despedido o está en curso de

Tipo de prestación	Fecha de aplicación	Fecha de denegación	Fecha de terminación	Beneficio de fecha Última recepción	importe recibido
Ssi					
Ssd					
IDHS Médico					
TANF/AFDC					
Cupones para alimentos					
Compensación del Trabajador., Lesiones personales pleito empleo Discapacidad (largo o corto plazo)					
desempleo Beneficios					

Certifico bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y completa a mi mejor conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

CIUDAD DE CHAMPAIGN
MUNICIPIO

Municipio de Champaign
Andrew J. Quarnstrom,
Supervisor 53 E. Logan St.
Champaign, IL 61820
Teléfono: 217-403-6120

Declaración de apoyo

nombre: _____

dirección: _____

fecha: _____

Por favor, escriba una breve declaración explicando cómo se ha estado apoyando a sí mismo. Gracias.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

53 E. Logan
Champaign, IL 61820

Phone: (217) 403-6120

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

TO:(Nombre de la entidad o persona a la que se dirige el consentimiento)

_____

_____

_____

_____

DE: (Nombre de la persona que autoriza la divulgación de información)

_____

_____

_____

_____

Por la presente, usted está autorizado y dirigido a divulgar o permitir el examen y la copia o reproducción de cualquier manera, ya sea mecánica, fotográfica o de otro tipo, por el Supervisor de Asistencia General y el personal de la Oficina de Asistencia General (GAO) mencionado anteriormente de cualquier y toda la información que pueda ser solicitada por el Supervisor antes mencionado o el personal de la GAO.

Además, se le autoriza y se le indica que proporcione los informes orales y escritos solicitados al Supervisor mencionado y a la persona dela GAO.

Además, usted está autorizado y dirigido a transmitir por cualquier método, incluido el Servicio Postal de los Estados Unidos, fax e Internet, copias de dichos documentos que puedan ser solicitados por el Supervisor mencionado y el personal de la GAO.

Por la presente, revoco cualquier Consentimiento para la divulgación de información fechado anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma testigo: _____ Fecha: _____

Imprima lo siguiente: _____

Nombre del testigo: _____

dirección: _____

_____

CIUDAD DE
CHAMPAIGN
MUNICIPIO

Ciudad de Champaign Township
Andrew J. Quarnstrom, Supervisor

53 E. Logan St
Champaign, IL 61820
Teléfono: (217) 403-6120

Solicitud de información

Oficial de libertad condicional o oficial de libertad condicional

fecha: _____

Nombre del solicitante: _____ IDOC#: _____

Con el fin de determinar la elegibilidad para la Asistencia General, la Ciudad de Champaign Township está solicitando la siguiente información. 1, Cargo:

_____

_____

2. Clase:

3. Estado de libertad condicional / libertad condicional: (Por favor, círculo uno) Activodado de alta Ninguno

4. Lugar de carga: _____

5. Período de libertad condicional: _____

(Por favor, circule la respuesta)

¿La persona anterior ha sido condenada por un delito grave de Clase X o Clase 1 bajo el Control de Illinois?
¿Ley de Sustancias? En caso afirmativo, sírvanse proporcionar la fecha de la condena.

Sí Sin fecha _____

¿Ha sido condenada la persona por un cargo menor que un delito grave de Clase X o Clase 1?
Ley de Sustancias Controladas de Illinois o cualquier ley penal federal comparable?
En caso afirmativo, sírvanse proporcionar la fecha de la condena.

Â¿Ha sido condenada la persona por un cargo menor que un delito grave de Clase X o Clase 1? Ley de Sustancias Controladas de Illinois o cualquier ley penal federal comparable?
En caso afirmativo, sÃ-rvanse proporcionar la fecha de la condena.

Sí Sin Fecha _____

En caso afirmativo a la pregunta anterior, ¿la persona está participando actualmente o ha completado un programa de tratamiento?
Sí Sin Fecha _____
¿La persona anterior ha sido condenada por la Ley de Control de Cannabis de alguna ley federal de delitos comparable? En caso afirmativo, sírvanse proporcionar la fecha de la condena.
Sí Sin Fecha _____

(PASAR PÁGINA)

¿La persona mencionada ha sido condenada por algún delito sexual, crimen contra un niño o crimen violento? En caso afirmativo, ¿hay limitaciones de la vivienda o la colocación en el sitio de formación?

Sí Sin fecha _____

¿La persona anterior ha violado alguna condición de libertad condicional o libertad condicional? Encaso afirmativo,fecha de la violación:

Sí Sin fecha _____

¿El solicitante está ahora en cumplimiento?
Sí No

¿Tiene la persona anterior algún requisito de orden judicial de libertad condicional/ libertad condicional, es decir, tratamiento, asesoramiento, etc.? En caso afirmativo, por favor indique el requisito y si la persona está cumpliendo? Sí No

_____

_____

****

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizado Otorgado por: (Nombre del Solicitante)

_____

Esta verificación de la información fue proporcionada por:

_____ _____

Firma del oficial de libertad condicional / libertad condicional Imprimir nombre aquí

_____ _____ _____

Fecha de título Número de teléfono