

Departamento de Servicios para Niños y Familias
del Estado de Illinois

**VERIFICACIÓN DEL MONTO DEL PAGO DE LA SUBVENCIÓN
MENSUAL PERMANENTE DE ADOPCIÓN/TUTELA LEGAL**

FECHA: / /

Nº DE ID DEL NIÑO: _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____

POSIBLES PADRE(S) ADOPTIVO(S) TUTOR(ES) LEGAL(ES)

NOMBRE(S): _____

NÚMERO DE ID DEL PROVEEDOR: _____

MONTO PROPUESTO DE PAGO MENSUAL PERMANENTE: \$ _____

DEVOLVER LA VERIFICACIÓN A

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL: _____

TELÉFONO: () - _____ FAX: () - _____

RESPUESTA DE LA UNIDAD DE PAGOS CENTRAL

DE ACUERDO CON EL MONTO EN DESACUERDO CON EL MONTO

SI ESTÁ EN **DESACUERDO**, INDIQUE EL MONTO MÁXIMO AUTORIZADO: \$ _____

NOMBRE _____ FECHA: _____

***ENVÍE EL FORMULARIO POR FAX A CPU POR EL 217-557-0639
SI TIENE PREGUNTAS, PÓNGASE EN CONTACTO CON CPU POR EL 1-800-
525-0499***