

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***