

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



**DEPARTMENT OF
HUMAN SERVICES**
DIVISION OF SOCIAL SERVICES
Working for the Welfare of ALL Nevadans.



Robert H. Thompson
Administrator

Solicitud para Asistencia

Programas que puede Solicitar:

Asistencia nutricional del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (**SNAP**) ayuda a las personas comprar alimentos.

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) ayuda a las familias con niños cumplir con las necesidades básicas con asistencia monetaria.

Tiempos Razonables

- Los beneficios de **SNAP** se emiten dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que la agencia reciba su solicitud. Si su hogar tiene poco o ningún ingreso, usted podría recibir sus beneficios de SNAP dentro de los 7 días desde la fecha en que la agencia reciba su solicitud. Los beneficios de SNAP se pagan desde la fecha de la solicitud.
- Los beneficios de **TANF** se pagan desde la fecha de aprobación o 30 días desde la fecha de la solicitud, lo que sea antes. Las solicitudes de TANF son procesadas dentro de 45 días a partir de la fecha de solicitud a menos que hay circunstancias especiales.

La negación de beneficios para un programa no afecta automáticamente la decisión de otros programas para los cuales está solicitando.

Reglas Acelerados de SNAP

Los siguientes hogares tienen el derecho a recibir servicios acelerados y deben recibir beneficios de SNAP dentro de 7 días:

- Hogares con menos de \$150 en ingresos brutos mensuales y no más de \$100 en recursos líquidos;
- Hogares de trabajadores migrantes o agrícolas temporales que sean indigentes, que sus recursos líquidos no excedan \$100;
- Hogares con ingresos mensuales combinados y recursos líquidos menores del alquiler mensual del hogar, o hipoteca, y servicios públicos.

Números de Seguro Social

Se le pedirá que proporcione Números de Seguro Social (SSN) para todas las personas **que están solicitando asistencia** (incluyendo a usted), conforme al Título 42 USC 1320b-7 y es autorizado bajo la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008 (anteriormente la Ley de Estampillas de Comida), fue enmendado 7. U.S.C. 2011-2036. El proporcionar o solicitar un SSN es voluntario. Para SNAP, cualquier persona que quiere asistencia, pero no quiere dar información de su SSN, no será elegible para beneficios. Otros familiares o miembros de su hogar aún podrían recibir beneficios si son elegibles por lo demás. Para TANF, si un miembro del hogar requerido falla o rechaza de proveer un SSN sin causa justa, el hogar entero será inelegible para beneficios de TANF. Esto incluye todos los individuos que sus ingresos y necesidades son usados para determinar la elegibilidad para el programa de TANF.

Los Números de Seguro Social se utilizan para verificar los ingresos y recursos del hogar y para realizar una comparación computarizada con otras agencias como la Administración del Seguro Social, la División de Seguridad de Empleo, los Programas de Cumplimiento de la Manutención de Niños y el Servicio de Impuestos Internos. También se utilizan para reunir información laboral, hacer investigaciones, recuperar el sobrepago de beneficios y asegurar que no se reciban beneficios duplicados.

Ciudadanía/Estatus migratorio

Será requerido a proporcionar información de ciudadanía y/o estatus migratorio para todas las personas **que están solicitando asistencia** (incluyendo a usted). Para SNAP, si cualquiera de estas personas no quiere dar información de su ciudadanía y/o estatus migratorio no será elegible para beneficios. Otros familiares o miembros de su hogar aún podrían recibir beneficios si son elegibles por lo demás. Para TANF, si un miembro del hogar requerido falla o rechaza de proveer verificación de su estatus, el hogar entero será inelegible para beneficios de TANF. El estatus de No Ciudadano Calificado se verifica con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) con respecto a la elegibilidad. No se compartirá con el USCIS la información acerca de los no solicitantes o los no ciudadanos no calificados.

¿Dónde envió mi solicitud completada?

Envíe o somete su solicitud completada y firmada a la dirección abajo. Las determinaciones de elegibilidad estarán basadas en las reglas y requisitos por cual pertenece al programa que usted está solicitando. Le notificaremos si es elegible o no, o le daremos más instrucciones para completar su solicitud.

¿Si necesito ayuda con esta solicitud?

Correo electrónico	Correo	Solicitar en línea	Fax	En Persona
welfare@dss.nv.gov	State of Nevada DSS P.O. Box 15400 Las Vegas, NV 9114-5400	accessnevada.dss.nv.gov	Visite el sitio web a continuación para localizar el número de fax para todas las oficinas locales. dss.nv.gov/Contact/Welfare	Visite nuestro sitio web o llame al 1-800-992-0900 para localizar una oficina de DSS.

Información del solicitante, por favor guarde esta copia para sus archivos.

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítanos en línea al <https://dss.nv.gov>

2905-EGS (03/26)

No Discriminación

NO ENVÍE SOLICITUDES AQUÍ

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron para beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027.pdf, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833)620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción por escrito de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o carta debe presentarse al:

1. Correo:

Food and Nutrition Service,
USDA 1320 Braddock Place,
Room 334 Alexandria, VA
22314; o

2. Fax:

(833) 256-1665 or (202) 690-7442; o

3. Correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los [Números de Información/Líneas Directas de los Estados](#) (haga clic en el enlace para ver una lista de los números de líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en:

http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

NO ENVÍE SOLICITUDES AQUÍ

Para presentar una queja de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), como TANF,

escribe a: Centralized Case Management Operations
US Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W. Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

o llame al: (202) 619-0403, (800) 368-1019 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Información del solicitante, por favor guarde esta copia para sus archivos.

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



**DEPARTMENT OF
HUMAN SERVICES**
DIVISION OF SOCIAL SERVICES
Working for the Welfare of ALL Nevadans.



Robert H. Thompson
Administrator

Notificación de Verificación Requerida

Usted puede ser requerido a proveer comprobante de las circunstancias de su hogar para determinar cuáles beneficios su hogar puede recibir. Este comprobante será requerido para todas las personas en su hogar. Ayudará el proceso de la solicitud si proporciona los comprobantes necesarios antes de o durante su entrevista. La información hacia abajo son ejemplos de los comprobantes que podrán ser necesarios para cumplir con este requisito. Los documentos que proporciona tienen que cubrir el periodo de 30 a 60 días antes de su fecha de solicitud para sus beneficios. Su trabajador le proporcionará más información sobre los periodos de tiempo.

Si tiene dificultad obteniendo la información requerida, le podremos asistir. Por favor comuníquese con nosotros al 702-486-1646 o 775-684-7200, si necesita asistencia. Para información general, puede referirse al sitio web, dss.nv.gov.

Identificación/Ciudadanía

- Pasaporte de Estados Unidos
- Licencia de Conducir o Tarjeta de Identificación emitida por el gobierno
- Tarjeta Militar de los EE. UU. (activo, dependiente, retirado)
- Verificación de Ciudadanía del USCIS (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU.)
- Acta de Nacimiento de los EE. UU. certificada

Ingresos no ganados y otros ingresos

Copia de la carta de concesión u otra declaración o verificación para:

- Beneficios del Seguro Social (RSDI)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Compensación de Trabajadores
- Beneficios del Seguro de Desempleo
- Beneficios de Veteranos (jubilación, discapacidad, educación)
- Pensiones o Beneficios de Jubilación
- Pagos de manutención de niños - Copia de la orden de corte
- Pensión alimenticia
- Contribuciones monetarias o Préstamos
- TANF u otros pagos del gobierno
- Asistencia general del condado o para Indios Americanos
- Ingresos para la educación (subvenciones del gobierno, préstamos estudiantiles, becas, etc.)
- Cualquier otro ingreso recibido por cualquier otro miembro del hogar

Ingresos ganados

- Talones de cheque del sueldo o Declaración del empleador
- Si empleo ha terminado en los últimos 90 días, comprobante de terminación y pago final
- Si no puede trabajar, declaración del médico
- Declaración de Empleo por cuenta propia o declaración de impuestos

Residencia en Nevada

- Contrato actual de arrendamiento o de alquiler
- Licencia de Conducir de Nevada
- Declaración con respecto a la situación de personas sin hogar

Beneficios de Asistencia Fuera del Estado

- Comprobante de cualquier beneficio recibido de otro estado
- Verificación que beneficios fuera del estado han sido descontinuados

Recursos

- Estado de cuenta de banco o asociación de crédito
- Bonos de Ahorro
- Registros de vehículos
- Pólizas de Seguro de Vida
- Estados de cuenta de jubilación
- Documentos de fondos fiduciarios
- Comprobantes de acciones y bonos
- Comprobantes de títulos de casas o propiedades

Gastos

Gastos de vivienda

- Recibo de alquiler o hipoteca
- Factura de servicios públicos actual
- Declaración de propietario - Firmada y Fechada
- Comprobantes de impuestos y seguro de propiedad

Gastos de Educación

- Declaración de ayuda financiera de la escuela
- Recibos

Cuidado de dependientes

Recibo o Declaración del niño(a) o centro de guardería con la siguiente información:

- Nombre del Niño(a) o Centro
- Pago Mensual
- Nombres y edades de las personas cuidadas
- Razón por el Cuidado

Manutención de niños pagada por orden de corte

- Copia de la orden de corte
- Verificación de Pagos

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítanos en línea al <https://dss.nv.gov>

2905-EGS (03/26)

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

SOLICITUD PARA ASISTENCIA

Por favor de anotar todas las personas que viven con usted, sin importar si los considera o no miembros del hogar. Si alguien está embarazada, por favor también indique el niño(s) por nacer como miembros del hogar. Favor de anotar el jefe de familia primero; usted puede escoger quien será esta persona. La persona que escoge como jefe de familia será el nombre del caso. Llene lo más que pueda de la solicitud; usted puede pedir ayuda si lo necesita. **Para poder empezar el proceso de la solicitud para Asistencia Nutricional, puede completar solo su nombre, dirección, y firma. El resto de la solicitud puede ser sometida durante o antes de su entrevista. Solo necesita contestar las preguntas designadas para los programas por cual está solicitando.** El resto de las páginas pueden ser entregados, enviados o por fax a la oficina del distrito.

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufrido Jr. Sr.	Parentesco con usted	Género	Fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil**	Números de Seguro Social	Estado o país de nacimiento	Ciudadano de EE.UU. S/N	* Origen étnico o Raza	Último grado escolar completado	Mes/Año Completado	ASISTENCIA NUTRICIONAL	TANF	NINGUNO
				YO MISMO											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
															<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Hay más personas que viven en su hogar? SÍ NO Si la respuesta es "SÍ", anotarlos en una hoja por separado.

Raza - Por favor marque una de las casillas que mejor describe su hogar- Hispano o Latino o No Hispano o Latino

***Origen étnico (opcional)-** Por favor elija uno de los siguientes códigos de origen étnico para cada miembro del hogar: A-Asiático; B-Negro o Afroamericano; G - Medio Oriental o Norte Africano; I-Indio Americano o Nativo de Alaska; J-Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco; L-Asiático y Blanco; M-Negro o Afroamericano y Blanco; N-Indio Americano o Nativo de Alaska y Negro o Afroamericano; U-Nativo de Hawái u Otro isleño del Pacífico; W-Blanco; Z-2 o más combinaciones no indicadas anteriormente.

****Estado Civil-** Por favor elija uno de los siguientes códigos de estado civil para cada miembro del hogar: D- Divorciado(a); L - Separado(a) Legalmente; M - Casado(a); N- Nunca casado(a); P - Separado(a); W - Viudo(a)

Dirección de su domicilio (proporciona direcciones si no tiene un domicilio.)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo (Si es diferente de su domicilio)	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de hogar	Celular / Teléfono de mensaje / durante el día	Dirección de correo electrónico	

Si está solicitando para Asistencia Nutricional, por favor conteste las preguntas 1 a 6 sobre su hogar. Un hogar de asistencia nutricional incluye todas las personas que viven y comparten alimentos contigo. Basado en sus respuestas a continuación, usted puede calificar para el servicio acelerado.

1. ¿Compra, prepara y consume alimentos con otras personas que viven con usted? SÍ NO
Si "NO", anote quién compra sus alimentos por separado. _____
2. Indique la cantidad total en bruto de dinero que su hogar ha recibido o espera recibir este mes. \$ _____
3. ¿Cuánto tienen todas las personas en dinero efectivo, cuentas de cheques y ahorros? \$ _____
4. ¿Cuánto es su gasto actual de vivienda mensual (alquiler o hipoteca) y servicios públicos? \$ _____
5. ¿Es usted o alguien en su hogar un trabajador agrícola migrante o estacional? SÍ NO
6. ¿Ha recibido usted o cualquier persona en su hogar TANF, Asistencia Nutricional o Productos Básicos al Indígena en Nevada o en cualquier otro estado? SÍ NO

Si la respuesta es "SÍ", ¿quién? _____ ¿Cuáles beneficios? _____
¿Dónde? _____ Último mes y año que beneficios fueron recibidos: _____

Yo certifico que, bajo pena de perjurio, mis respuestas son exactas y completas a mi mejor conocimiento y habilidad. Yo juro que yo he reportado honestamente la ciudadanía mía y de cualquier persona por la cual también solicito servicios.

Su Firma	Fecha
FOR OFFICE USE ONLY – EXPEDITED SERVICE SCREENING: HOUSEHOLD ELIGIBLE FOR EXPEDITED SERVICE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Date: _____
Expedited service screener signature: _____	

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítanos en línea al <https://dss.nv.gov>

2905-EGS (03/26)

Página 1 de 17

ACOMODACIONES ESPECIALES

Para recibir SNAP (asistencia nutricional) y/o TANF (asistencia monetaria), la mayoría de las personas son requeridas a ir a la oficina para una entrevista cara a cara; necesita traer su identificación con usted.

7. ¿Tiene usted una condición física o mental que requiere acomodaciones especiales durante su entrevista? Sí No
 Si la respuesta es Sí, ¿qué necesita? _____ (La mayoría de los servicios son gratis para usted.)
 ¿Habla Inglés? Sí No Si NO, ¿qué idioma habla usted? _____
 ¿Requiere un intérprete para su entrevista? Sí No (Este servicio es gratis para usted.)

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Usted tiene el derecho de asignar hasta dos individuos para actuar en su nombre sea para solicitar beneficios o para utilizar sus beneficios para el hogar.

8. ¿Quiere alguien aparte de usted, de 18 años o mayor, para solicitar beneficios o que actúe en su nombre? Sí No
 Si la respuesta es "Sí," ¿quién? _____ Edad: _____ Número de teléfono: _____
 Dirección: _____
9. ¿Este individuo está actualmente sirviendo una descalificación por una violación intencional del programa? Sí No
 ¿Quiere que una persona adicional solicite beneficios o actúe en su nombre?
 Si la respuesta es "Sí," ¿quién? _____ Edad: _____ Número de teléfono: _____
 ¿Este individuo está actualmente sirviendo una descalificación por una violación intencional del programa? Sí No
10. En caso de una emergencia, ¿con quién nos comunicamos? Nombre: _____ Parentesco: _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR ADICIONAL

11. ¿Tiene la intención de seguir viviendo en Nevada? Sí No
 Si "NO," explique: _____
 Indica la fecha más reciente que empezó a vivir en Nevada. _____ (MM/AAAA)
12. ¿Es usted o alguien en su hogar un miembro del tribu Indio Americano o Nativo de Alaska? Sí No
 Si la respuesta es "Sí," ¿quién? _____ ¿Cuál tribu? _____
13. ¿Está usted o alguien en su hogar descalificado actualmente por una Violación Intencional del Programa (IPV)? Sí No
 Si la respuesta es "Sí," ¿quién? _____ ¿Cuál estado? _____
- 14.a. ¿Ha sido usted o alguien en su hogar condenado por canjear beneficios de SNAP por drogas después del 22 de septiembre de 1996? Sí No
 Si la respuesta es "Sí," ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿En dónde? _____
- b. ¿Ha sido usted o alguien en su hogar condenado por comprar o vender beneficios de SNAP con un valor de más de \$500 después del 22 de septiembre de 1996? Sí No
 Si la respuesta es "Sí," ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿En dónde? _____
- c. ¿Ha sido usted o alguien en su hogar condenado por recibir beneficios duplicados de SNAP en cualquier estado a partir del 22 de septiembre de 1996? Sí No
 Si la respuesta es "Sí," ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿En dónde? _____
- d. ¿Ha sido usted o alguien en su hogar condenado por canjear beneficios de SNAP por armas, municiones o explosivos a partir del 22 de septiembre de 1996? Sí No
 Si la respuesta es "Sí," ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿En dónde? _____
15. ¿Alguien en su hogar ha sido condenado, como un adulto, de uno o más de los siguientes crimines después del 7 de febrero de 2014?:
- a. ¿Agravado abuso sexual? Sí No
- b. ¿Asesinato? Sí No
- c. ¿Explotación sexual y otro abuso de niños? Sí No
- d. ¿Agresión sexual? Sí No
- Si la respuesta es sí, lista el nombre(s): _____ ¿Está usted/ellos en cumplimiento con los términos de su sentencia? Sí No

Si hay algún miembro del hogar adicional que ha sido condenado, después del 7 de febrero de 2014, de cualquier de los siguientes crimines: agravado abuso sexual, asesinato, explotación sexual u otro abuso de niños, y/o agresión sexual. Proporcione el nombre de la persona en su hoja por separado e incluirlo con su solicitud.

16. ¿Está usted o alguien en su hogar participando actualmente o ha participado en un programa de tratamiento de adicción de drogas o alcohol? Sí No
 Si la respuesta es "Sí," ¿quién? _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de terminación: _____
 Nombre del establecimiento: _____ Dirección del establecimiento: _____
17. ¿Está usted o alguien en su hogar ocultándose o huyendo de la justicia para evitar ser acusado, arrestado o encarcelado por una condena por delito grave o intento de delito grave, o por violar un requisito de libertad condicional o vigilada? Sí No

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítanos en línea al <https://dss.nv.gov>

2905-EGS (03/26)

Página 2 de17

	Si la respuesta es "Sí," ¿quién?	¿Por qué razón?		
18.	¿Ha servido usted o alguien en su hogar en una afiliación de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es "Sí," ¿quién?			
Si hay miembros en el hogar adicionales que han servido en una afiliación de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., por favor de incluirlos en una hoja de papel por separado.				
EMBARAZO				
19.	¿Está usted o alguien en su hogar embarazada?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es "Sí," ¿quién?	¿Fecha esperada del parto? _____ (MM/DD/AAAA)		
DISCAPACIDAD				
20.	¿Está usted o alguien en su hogar ciego, discapacitado o no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es "Sí," ¿quién?	¿Cuándo comenzó esta condición? _____ (MM/DD/AAAA)		
	¿Cuál es la incapacidad?			
INFORMACIÓN DE NO CIUDADANO				
21.	¿Es usted o alguien en su hogar un NO ciudadano de los EE. UU.?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es "Sí," ¿quién?	No. de registración del extranjero		
	¿En qué fecha ingresó a los Estados Unidos esta persona?	(MM/DD/AAAA)		
	Si la respuesta es "Sí," ¿quién?	No. de registración del extranjero		
	¿En qué fecha ingresó a los Estados Unidos esta persona?	(MM/DD/AAAA)		
ASISTENCIA ESCOLAR (TANF)				
22.a.	¿Esta usted o alguien en su hogar dentro de las edades de 7 y 11 años o mayor de 16 años asistiendo la escuela?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es "Sí," ¿quién?	¿Nombre de la escuela?		
	Si hay personas adicionales "Sí," ¿quién?	¿Nombre de la escuela?		
ASISTENCIA ESCOLAR (ALIMENTO)				
b.	¿Está usted o alguien en su hogar dentro de 18 a 49 años de edad, asistiendo escuela secundaria?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es "Sí," ¿quién?	¿Nombre de la escuela?	¿Horas por semana?	
	If additional person(s) "yes":			
	¿Quién?	¿Nombre de la escuela?	¿Horas por semana?	
LOTERÍA DE ESTADO O GANANCIAS DE JUEGO				
23.	¿Ha recibido usted o alguien en su hogar dinero de una lotería de estado o ganancias de juego?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es "Sí," ¿quién recibió las ganancias? _____ ¿Cuánto ganó? _____			
Si hay algún miembro del hogar adicional que recibió dinero de una lotería de estado o de ganancias de juego. Proporcione el nombre de la persona en una hoja por separado e incluirlo con su solicitud.				
INGRESOS GANADOS/ ANTECEDENTES LABORALES				
24.	¿Está usted o alguien en su hogar actualmente trabajando, incluyendo empleo por cuenta propia?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a.	Si la respuesta es "Sí," ¿quién está empleado?	¿Pago por hora? \$	¿Horas trabajadas por semana?	
	¿Con qué frecuencia le pagan?	¿Propinas por mes? \$	¿Fecha de inicio?	
	¿Nombre del empleador?	¿Número de teléfono del empleador?		
	¿Dirección del empleador?			
	Si es empleo por cuenta propia, por favor de indicar cualquier gasto relacionado con el negocio			
b.	Si la respuesta es "Sí," para miembros del hogar adicionales:			
	¿Quién está empleado?	¿Pago por hora? \$	¿Horas trabajadas por semana?	
	¿Con qué frecuencia le pagan?	¿Propinas por mes? \$	¿Fecha de inicio?	
	¿Nombre del empleador?	¿Número de teléfono del empleador?		
	¿Dirección del empleador?			
	Si es empleo por cuenta propia, por favor de indicar cualquier gasto relacionado con el negocio			
Si más de dos personas están actualmente trabajando, por favor adjunte una hoja de papel adicional.				
25.	¿Ha tenido usted o alguien en su hogar un trabajo que se terminó en los últimos 60 días ?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a.	¿Quién esta empleado?	¿Pago por hora? \$	¿Horas trabajadas por semana?	
	¿Con qué frecuencia le pagan?	¿Propinas por mes? \$	¿Fecha de inicio?	
	¿Nombre del empleador?	¿Cuándo se terminó el trabajo?		
	¿Dirección del empleador?	¿Número de teléfono del empleador?		
	¿Motivo por dejar el trabajo?	<input type="checkbox"/> Renunció	<input type="checkbox"/> Despidieron	<input type="checkbox"/> Permiso de ausencia
		<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores aplicado	<input type="checkbox"/> Otro	

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítanos en línea al <https://dss.nv.gov>

2905-EGS (03/26)

Página 3 de 17

b.	¿Quién esta empleado?	¿Pago por hora? \$	¿Horas trabajadas por semana?
	¿Con qué frecuencia le pagan?	¿Propinas por mes? \$	¿Fecha de inicio?
	¿Nombre del empleador?	¿Cuándo se terminó el trabajo?	
	¿Dirección del empleador?	¿Número de teléfono del empleador?	
	¿Motivo por dejar el trabajo?	<input type="checkbox"/> Renunció	<input type="checkbox"/> Despidieron
		<input type="checkbox"/> Permiso de ausencia	<input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores aplicado
			<input type="checkbox"/> Otro
26.	¿Es usted o alguien en su hogar registrado con o trabajando para una agencia o servicio de empleo temporal?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es "Sí," ¿quién?	¿Cuál servicio o agencia?	
27.	¿Está usted o alguien en su hogar en huelga actualmente?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es "Sí," ¿quién?		
28.	¿Trabaja usted o alguien en su hogar a cambio de alimentos, hospedaje o algo más?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si la respuesta es "Sí," ¿quién?		¿Qué reciben por su trabajo?
	¿Cuánto es el valor de este intercambio? \$		¿Cuándo comenzó esto?

INGRESOS NO GANADOS Y OTROS INGRESOS

29. Por favor de marcar la casilla "Sí" para cada tipo de ingresos no ganados que usted o alguien en su hogar recibe o ha solicitado. Si usted no marca la casilla "Sí" para cualquier ingreso no ganado mencionado hacia abajo, usted está reconociendo que ni usted ni cualquier otra persona(s) en su hogar tiene ningún ingreso no ganado u otro ingreso.

SÍ	FUENTE	Persona que solicitó o está recibiendo	Cantidad bruto por mes
<input type="checkbox"/>	Pensión alimenticia		\$
<input type="checkbox"/>	Ingresos por Huéspedes o Inquilinos		\$
<input type="checkbox"/>	Pagos de manutención de niños - (Voluntario o por orden de corte)		\$
<input type="checkbox"/>	Contribuciones o regalos		\$
<input type="checkbox"/>	Asistencia educacional o Préstamos estudiantiles		\$
<input type="checkbox"/>	Cuidado temporal		\$
<input type="checkbox"/>	Asistencia General		\$
<input type="checkbox"/>	Liquidaciones de Seguro		\$
<input type="checkbox"/>	Intereses o Dividendos		\$
<input type="checkbox"/>	Préstamos		\$
<input type="checkbox"/>	Asignación militar		\$
<input type="checkbox"/>	Reclamos Mineros		\$
<input type="checkbox"/>	Pidiendo limosna		\$
<input type="checkbox"/>	Pensiones o Pensión de jubilación		\$
<input type="checkbox"/>	Propiedades de Alquiler		\$
<input type="checkbox"/>	Retiro ferroviario		\$
<input type="checkbox"/>	Regalías		\$
<input type="checkbox"/>	Beneficios del Seguro Social (RSDI)		\$
<input type="checkbox"/>	Beneficios a huelguistas		\$
<input type="checkbox"/>	Vivienda subvencionada		\$
<input type="checkbox"/>	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)		\$
<input type="checkbox"/>	Arreglos de Vivienda Residencial (SLA)		\$
<input type="checkbox"/>	Asistencia de TANF		\$
<input type="checkbox"/>	Ingresos de fondos fiduciarios		\$
<input type="checkbox"/>	Seguro de desempleo		\$
<input type="checkbox"/>	Subvención de servicios públicos o Cheque de reembolso		\$
<input type="checkbox"/>	Beneficios de Veteranos		\$
<input type="checkbox"/>	Ganancias de juego		\$
<input type="checkbox"/>	Compensación de Trabajadores o Discapacidad temporal		\$
<input type="checkbox"/>	Otra: (Favor de Anotar)		\$

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítanos en línea al <https://dss.nv.gov>

2905-EGS (03/26)

Página 4 de 17

ADMINISTRACIÓN DE INGRESO

30. Si usted no tiene ningún ingreso, por favor explique, ¿cómo está pagando sus cuentas y comprando sus artículos personales para su hogar?

RECURSOS

31. Por favor marque la casilla "SÍ" para cada tipo de recurso que le pertenece a usted o alguien en su hogar, aunque pertenezca en conjunto con alguien fuera del hogar. Si usted no marca la casilla "SÍ" para cualquier recurso mencionado hacia abajo, usted está reconociendo que ni usted ni cualquier otra persona(s) en su hogar tienen recursos:

CUENTAS BANCARIAS

SÍ	TIPO DE CUENTA	DUEÑO(S)	NOMBRE DEL BANCO	VALOR	NÚMERO DE CUENTA (Favor de anotar solamente los últimos 4 números)
<input type="checkbox"/>	Cuenta de Ahorros			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuentas de Cheques			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuentas de asociaciones de crédito			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorros de menores			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta de Negocios			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta de Club de Navidad			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorros educativos			\$	
<input type="checkbox"/>	Fondo Fideicomiso de Paciente			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta de Dinero de Índio Individual			\$	

SEGURO DE VIDA/FONDOS FIDUCIARIOS/ENTIERROS

SÍ	TIPO DE CUENTA	DUEÑO(S)	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA O BANCO	VALOR NOMINAL	NÚMERO DE CUENTA (Favor de anotar solamente los últimos 4 números)
<input type="checkbox"/>	Seguro de Vida			\$ /CSV\$	
<input type="checkbox"/>	Fiduciarios disponibles			\$	
<input type="checkbox"/>	Fiduciarios no disponibles			\$	
<input type="checkbox"/>	Fondos o Planes de Entierro			\$ /CSV\$	
<input type="checkbox"/>	Herencias en Vida				

CUENTAS DE INVERSIÓN Y RETIRO

SÍ	TIPO DE CUENTA	DUEÑO(S)	NOMBRE DE BANCO O COMPAÑÍA	VALOR	NÚMERO DE CUENTA (Favor de anotar solamente los últimos 4 números)
<input type="checkbox"/>	Bonos de ahorros			\$	
<input type="checkbox"/>	Acciones o Bonos			\$	
<input type="checkbox"/>	Certificados de depósito			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuentas de retiro individuales (IRA)			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuentas Keogh (401K)			\$	
<input type="checkbox"/>	Anualidades			\$	

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítanos en línea al <https://dss.nv.gov>

2905-EGS (03/26)

Página 5 de 17

BIENES PERSONALES					
SÍ	TIPO DE PROPIEDAD	DUEÑO(S)	UBICACIÓN	CONTENIDO O TIPO DE RECURSO	VALOR ACTUAL O DE MERCADO
<input type="checkbox"/>	Caja Fuerte				\$
<input type="checkbox"/>	Ganado				\$
<input type="checkbox"/>	Derechos sobre Minerales de Terreno				\$
<input type="checkbox"/>	Reclamos Mineros				\$
<input type="checkbox"/>	Equipo de negocios o Inventario				\$
<input type="checkbox"/>	Casas o Terreno o edificios			¿Está la propiedad actualmente por venta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
MISCELÁNEO					
SÍ	TIPO DE RECURSO	DUEÑO(S)			VALOR ACTUAL
<input type="checkbox"/>	Pagarés				\$
<input type="checkbox"/>	Dinero en efectivo disponible				\$
<input type="checkbox"/>	ganancias de juego				\$
<input type="checkbox"/>	Otra: (Favor de Anotar)				\$
¿Hay algún recurso en la pregunta 29 designado como dinero para entierro?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí," ¿cuáles recursos?					
VEHÍCULOS					
32.	¿Usted o alguien en su hogar es dueño, está comprando, un carro, motocicleta, remolques, camión caravana, barco, vehículo de terreo, et.? (Por favor de incluir cualquier vehículo que no está actualmente funcionando.)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí," complete la siguiente información:					
DUEÑO(S)	TIPO DE VEHÍCULO	AÑO, MARCA Y MODELO	¿ESTA REGISTRADO EL VEHÍCULO?	VALOR JUSTO DE MERCADO	CANTIDAD DEBIDA
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	\$
RECURSOS TRANSFERIDOS					
33.	¿Usted o alguien en su hogar ha vendido, intercambiado o regalado dinero, vehículos, propiedades u otros recursos o cerrado alguna cuenta de banco en los últimos 3 meses?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí," ¿quién?			¿Qué recurso fue transferido?		
¿Cuándo? _____ (MM/AA)		¿Cuánto fue el valor de ese recurso cuando fue transferido? \$			
¿A quién fue transferido el recurso?			¿Parentesco con usted?		
¿Por cuál razón fue transferido el recurso?					
GASTOS DE VIVIENDA					
34.	Por favor elija cuál de los siguientes gastos de vivienda que usted o alguien en su hogar paga.				
<input type="checkbox"/> ALQUILER <input type="checkbox"/> HIPOTECA O GASTOS RELACIONADOS <input type="checkbox"/> NINGUNO					
Si está rentando su hogar, ¿Cuánto es la renta mensual? (Incluir el alquiler del espacio o lote) \$ _____					
¿Cómo se llama su propietario?			¿Número de teléfono del propietario?		
¿Cuál es la dirección del propietario?					
¿Está subvencionada su renta por alguna agencia?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", ¿cuál agencia?			¿Cuánto es subvencionado? \$		
Si está comprando su casa, por favor de completar las áreas con los gastos actuales:					
Cantidad de la hipoteca (incluyendo una segunda hipoteca)		\$	¿Frecuencia de Pago?		
Impuestos (si pagados por separado)		\$	¿Frecuencia de Pago?		
Seguro de propietario (si pagado por separado)		\$	¿Frecuencia de Pago?		
Gastos de asociación de propietarios (si pagado por separado)		\$	¿Frecuencia de Pago?		

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítanos en línea al <https://dss.nv.gov>

2905-EGS (03/26)

Página 6 de 17

Alquiler de Lote o Espacio (si pagado por separado)		\$	¿Frecuencia de Pago?	
35.	¿Paga alguien fuera del hogar por cualquier gasto de renta o hipoteca?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí," ¿quién?		¿Teléfono?	¿Cuánto? \$	¿Con qué frecuencia?
36.	¿Es usted o alguien en su hogar responsable por pagar gastos de servicios públicos?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", ¿están incluidos los costos de calefacción o refrigeración?				
Si "NO", por favor indique los servicios públicos por los cuales su hogar tiene la responsabilidad de pagar:				
<input type="checkbox"/> Electricidad		<input type="checkbox"/> Gas natural	<input type="checkbox"/> Alcantarilla	<input type="checkbox"/> Agua
<input type="checkbox"/> Basura		<input type="checkbox"/> Propano	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Leña
a.	¿Paga una agencia o alguien fuera del hogar una porción de sus gastos de servicios públicos?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí," ¿quién?		¿Teléfono?	¿Cuánto? \$	¿Con qué frecuencia?
b.	¿Su hogar recibe o espera recibir asistencia del Programa de Servicios de Energía?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
OTROS GASTOS				
37.	¿Paga usted o alguien en su hogar manutención de niños por orden de corte a alguien fuera del hogar?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí," ¿quién?		¿Cuánto pagan cada mes? \$		
38.	¿Paga usted o alguien en su hogar por cuidado de niños o por el cuidado de un adulto discapacitado?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí," ¿quién?		¿Para quién?	¿Cuánto cuesta por mes? \$	
39.	¿Paga una agencia o alguien fuera de su hogar una porción de sus gastos de guardería?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí," ¿quién?		¿Cuánto cuesta por mes? \$		
40.	¿Tiene alguien de 60 años o mayor, o alguien discapacitado gastos médicos por cuenta propia, incluyendo costos de Medicare o seguro médico?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí," ¿quién?		¿Cuánto cuesta por mes? \$		
41.	¿Paga alguien fuera del hogar por cualquiera de estos gastos médicos?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí," ¿quién?		¿Cuánto cuesta por mes? \$		
LESIONES/ ACCIDENTES				
42.	¿Alguien en su hogar ha sido herido o tenido un accidente en los últimos 12 meses?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí," ¿quién?		¿Cuándo?		
a.	¿Hay algún conflicto pendiente por una lesión o accidente?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí," ¿cuál es el nombre de su abogado?		¿Dirección del empleador?		
b.	¿Ha usted o alguien en su hogar recibido o espera recibir un reembolso de seguro, pago o un acuerdo legal?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí," ¿quién?		¿Cuándo?	¿Cuánto? \$	¿De dónde?
INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE AUSENTE				
43.	Es un padre(s) del niño(s) por quien está solicitando: (Marque una)		<input type="checkbox"/> Viviendo en otro lugar	<input type="checkbox"/> Discapacitado
Si alguien en su hogar está embarazada, ¿está el padre del niño por nacer en el hogar?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es "Sí," ¿quién es el padre?				
Complete el siguiente formulario con la información sobre el padre ausente de su niño(s) quien no está viviendo con usted (incluyendo el padre ausente del niño por nacer.) Si hay más de un padre posible, complete un formulario por cada uno. Por favor de proporcionar la mayor información posible.				

Por favor de hacer copias o solicitar copias adicionales de esta página para padres adicionales.

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítanos en línea al <https://dss.nv.gov>

2905-EGS (03/26)

Página 7 de 17

(ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE)

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



**DEPARTMENT OF
HUMAN SERVICES**
DIVISION OF SOCIAL SERVICES
Working for the Welfare of ALL Nevadans.



Robert H. Thompson
Administrator

FORMULARIO PARA PADRES SIN CUSTODIA (NCP)

Cuando solicita beneficios de TANF, la ley requiere que usted coopere con Servicios de Cumplimiento de la Manutención (CSE) para establecer paternidad y obtener la manutención de niños que se le debe a usted y/o a los niños por cuales solicita ayuda. Esto puede incluir pruebas genéticas. Si se comprueba que la persona que usted nombró no es el padre, es posible que usted tenga que pagar el costo de la prueba. También, usted es responsable de proporcionar toda la información disponible solicitada por el programa CSE como copias certificadas de los decretos de divorcio y/u órdenes de manutención, certificados de nacimiento y fotografías del padre ausente.

El programa CSE localiza a padres ausentes y/o sus fuentes de ingresos o recursos, establece e impone manutención monetaria, evalúa y modifica órdenes de manutención existentes y recauda y distribuye pagos monetarios.

El programa CSE tiene discreción total para determinar los recursos legales que se utilizan para obtener la manutención y no puede garantizar el éxito. CSE puede solicitar la ayuda de otro estado, y, por lo tanto, tendrá que seguir las leyes de ese estado. CSE no provee servicios acerca de custodia o visitas. CSE puede cerrar su caso cuando caiga bajo las reglas para cerrar casos establecidas por leyes federales o estatales.

El Programa CSE representa al Estado de Nevada en proporcionar servicios y no existen los privilegios entre abogado y cliente. CSE está autorizado a endosar y cobrar pagos hechos a usted por razón de manutención y puede recaudar pagos vencidos de manutención interceptando un reembolso de impuestos del IRS u otro pago federal. Si ocurriera una intercepción de impuestos, el Programa de CSE tiene la autorización de quedarse con el reembolso por un periodo de seis (6) meses antes de distribuir los fondos. No se pagan intereses sobre los fondos retenidos. Los fondos recaudados por medio de una intercepción de impuestos son utilizados primero para pagar cualquier cantidad de manutención que esté atrasada y asignada al Estado de Nevada. El gobierno federal cobra una cantidad no reembolsable sobre cualquier impuesto o pago federal interceptado por el Programa CSE.

Podría permitirse una **causa justa** para no cooperar con el esfuerzo de conseguir manutención de niños o establecer la paternidad. Si usted no coopera con CSE y no se ha determinado causa justa por no cooperar, su hogar será inelegible para TANF. Causa justa por no cooperar será considerada si usted lo solicita por escrito. Los siguientes son ejemplos de causa justa:

- ***El niño fue concebido como resultado de una violación o incesto.***
- ***Procedimientos legales están pendientes ante un juzgado para adoptar el niño.***
- ***Le está ayudando una agencia de servicios sociales pública o privada con licencia, para decidir si quedarse con el niño o darlo en adopción (no más de tres (3) meses).***
- ***Su cooperación para establecer paternidad o conseguir manutención puede resultar en daño emocional o físico a usted o al niño(s).***

Debe proporcionar al gerente del caso una verificación dentro de veinte (20) días después de reclamar por una causa justa. Recibirá una decisión por escrito acerca de su reclamo por causa justa. Si se establece que tiene justificación para no cooperar, CSE no tratará de establecer paternidad o coleccionar manutención de niños.

SÍ, yo deseo reclamar por causa justa. **NO, yo no quiero reclamar por causa justa en este momento.**

Firma

Usted debe reportar cambios cada vez que ocurre un cambio de nombre; tiene una nueva dirección o número de teléfono de casa o del trabajo; contrata un abogado privado o agencia de colección; presenta otra acción legal de manutención de niños o de paternidad; presenta una demanda de divorcio; recibe pagos de manutención directamente del padre ausente; tiene una nueva dirección, número de teléfono, empleo para el padre ausente; un niño(s) ya no vive con usted; un niño(s) está todavía en la escuela secundaria después de 18 años de edad; un niño(s) queda discapacitado antes de los 18 años; un hijo(s) viene a vivir con usted o usted da a luz a otro niño; un niño se casa, se adopta, se ingresa a las fuerzas armadas o se declara un adulto por orden judicial.

Usted es responsable por el reembolso de los pagos de manutención de niños recibidos por error, incluyendo los pagos de manutención de niños de un reembolso de impuestos ajustados por el IRS. Si no se compromete a un acuerdo de pago con el programa CSE, el saldo restante podría reportarse a una agencia de cobros y el dinero recaudado en su nombre por el programa CSE podría retenerse para el reembolso. Además, acción legal puede ser iniciada contra usted.

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítanos en línea al <https://dss.nv.gov>

2906-EGS (03/26) NCP

Página 9 de 17

FORMULARIO PARA PADRES SIN CUSTODIA (NCP)

Complete un formulario por cada padre quien no vive con el niño(s) por cual está solicitando asistencia. Por ejemplo, si tiene dos niños y cada uno tiene diferentes padres o madres, usted necesitará completar dos formularios. Si usted no es el padre del niño(s) por cual solicita asistencia, usted necesitará completar una forma por la madre ausente y un formulario para el padre ausente. No dejar ninguna pregunta en blanco. Escribe o escribir a máquina desconocido o N/A (no aplicable) para cualquier pregunta que no aplique o usted no tiene la respuesta.

SU NOMBRE:		SU SSN:		SU DOB:		SU PARENTESCO CON LOS NIÑO(S):		
¿Ha recibido usted o los niños asistencia pública en el pasado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				Si la respuesta es SÍ, ¿dónde? (Ciudad, Estado)				
<i>Llenar lo que pueda sobre el padre/madre sin custodia. Si no sabe la respuesta a la pregunta, escribir desconocido o N/A.</i>								
APELLIDO:			PRIMER NOMBRE:		INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE:	SUFIJO (Jr., Sr., et.):		
DIRECCIÓN:								
CIUDAD:			ESTADO:		CÓDIGO POSTAL:			
NUMERO DE SEGURO SOCIAL:				TELÉFONO O TELÉFONO CELULAR:				
FECHA DE NACIMIENTO:				CIUDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO:				
SI FALLECIDO, FECHA DE FALLECIMIENTO:				SI FALLECIDO, LUGAR DE FALLECIMIENTO:				
ÚLTIMA FECHA VISTO O CONTACTADO:				¿ESTA ÉL O ELLA DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
RAZA:		SEXO:	COLOR DE CABELLO:		COLOR DE OJOS:		ESTATURA:	
EN CUALQUIER MOMENTO FUE LA MADRE CASADA CON EL PADRE SIN CUSTODIA: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				FECHA DE MATRIMONIO:		LUGAR DEL MATRIMONIO:		
¿SI CASADO, ESTÁN DIVORCIADOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				FECHA DEL DIVORICO:		LUGAR DEL DIVORCIO PRESENTADO:		
¿ESTABA CASADA LA MADRE CON OTRA PERSONA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				¿HAY OTROS PADRES POSIBLES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
¿ORDEN DE CORTE ACTUAL DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					CIUDAD Y ESTADO:			
INFORMACIÓN DE LOS HIJOS DE ESTE PADRE AUSENTE:								
Número de Seguro Social del niño	Apellido del niño		Primer nombre del niño		Inicial del segundo nombre del niño	Fecha de nacimiento del niño (MM/DD/AA)	¿Tuvo la madre relaciones sexuales con otro hombre (no mencionado arriba), durante los 30 días antes o después de que empezó el embarazo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Mes de custodia
							<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
							<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
							<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<p>Todos los casos para Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) debe ser referido a los Servicios de Cumplimiento de la Manutención de Niños. Esta información es correcta a lo mejor de mi conocimiento. He leído la sección "Importante Información de Manutención de Niños" encontrado en la solicitud de elegibilidad. Entiendo que si intencionalmente oculto o engaño información, puedo ser descalificado de recibir asistencia pública.</p> <p>Yo declaro bajo pena de perjurio que la información que proporcioné en este documento es cierta a lo mejor de mi conocimiento y creo que las declaraciones contenidas son hechos para el propósito declarados aquí, incluyendo, pero no limitado a, obtener asistencia en establecer paternidad y/o una orden para manutención de los niños junto con la colección de manutención de niños.</p>								
Su Firma:				Fecha de la firma:				

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítanos en línea al <https://dss.nv.gov>

2906-EGS (03/26) NCP

Página 10 de 17

Importante Información Sobre la Manutención de Niños:

Al firmar esta solicitud y por recibir beneficios de TANF, usted está de acuerdo de asignar sus derechos de manutención de niños a la División de Servicios Sociales (DSS). Esta es una condición de elegibilidad para su hogar en recibir beneficios de TANF. Se requiere por ley que, si usted recibe TANF, cualquier pago de manutención ordenado o estipulado por un juzgado y pagado directamente a usted sea entregado inmediatamente a DSS o a los Servicios de Cumplimiento de la Manutención de Niños (CSE). Al firmar esta solicitud, usted autoriza a DSS a transferir toda o parte de la manutención recaudada cada mes para repagar la cantidad de beneficios de TANF que su hogar haya recibido.

Cuando solicita beneficios de asistencia de TANF, la ley requiere que usted coopere con CSE para establecer paternidad para obtener la manutención de niños y manutención que se le deben a usted y al niño(s) por cuales solicita ayuda. Podría permitirse una causa justa para no cooperar con el esfuerzo de conseguir manutención de niños o establecer la paternidad. Si no coopera con los Servicios de Cumplimiento de la Manutención de Niños y causa justa no fue establecido, su hogar será inelegible para TANF.

Si se cancelan sus beneficios de TANF y se recaudan pagos de manutención de niños, se efectuará un depósito directo a una tarjeta de débito de Nevada o en su cuenta bancaria por cualquier porción que se le debe. Se emitirá una tarjeta de débito de Nevada a menos que usted solicite que el depósito directo se realice a su cuenta bancaria. Visite nuestro sitio web: dss.nv.gov para más información.

Usted es responsable de devolver los pagos de manutención de niños recibidos por error, incluyendo los pagos de manutención de niños de un reembolso de impuestos que sean ajustados por el IRS. Si no se compromete a un acuerdo de pago con el programa CSE, el dinero recaudado en su nombre por el programa CSE podría retenerse para el pago y el saldo restante podría reportarse a una agencia de cobros.

DSS puede cobrar una cuota de \$25.00 por los servicios de manutención de niños proporcionados a los clientes que nunca han recibido asistencia pública.

¿Desea perseguir manutención de niños si su hogar se determina inelegible para TANF? Sí NO

Iniciales _____

Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT):

La ley federal declara que el periodo establecido para utilizar los beneficios de SNAP es de 9 meses desde la fecha de emisión. Se requiere que DSS retire de la cuenta los beneficios de SNAP no utilizados en un periodo de 274 días después de su emisión y que los devuelva al gobierno federal. Los beneficios no utilizados se congelarán a los 269 días después de su emisión. Si el cliente, o un miembro adulto del hogar del cliente, tiene una deuda pendiente de SNAP, los beneficios congelados se aplicarán a la deuda de SNAP.

Los beneficios de TANF no utilizados son removidos de la cuenta de EBT del cliente de 180 días después de que el beneficio fue emitido.

Por la ley federal, los beneficios de TANF EBT no se pueden acceder por máquinas ATM o utilizados para comprar artículos en las siguientes ubicaciones: casinos, establecimientos de juego, licorerías o establecimientos minoristas que ofrecen entretenimiento para adultos.

Es ilegal mal usar, vender, intentar de vender, canjear, comprar o alterar una tarjeta EBT.

Iniciales _____

Requisitos de Empleo:

Si es aprobado para TANF y/o SNAP, puede ser requerido a cooperar con ciertos requisitos de trabajo. Si no coopera con ciertos requisitos de trabajo usted y/u otros miembros de su hogar pueden ser descalificados de participar en cualquier programa. Para SNAP, si usted u otro miembro del hogar deja voluntariamente un empleo o reduce las horas de trabajo sin causa justa, esto puede ser considerado no cumplir con los requisitos de empleo. El período de descalificación de SNAP por no cooperar con los requisitos de empleo es un mes y hasta cumplimiento por la primera violación, tres meses y hasta cumplimiento por la segunda violación, y seis meses y hasta cumplimiento por la tercera violación. Para TANF, si no coopera con los requisitos de empleo acordados con su Plan de Responsabilidad Personal puede resultar en el hogar perdiendo sus beneficios de TANF por tres meses completos.

Iniciales _____

Revisiones e Investigaciones

Al firmar esta solicitud, usted autoriza al Departamento de Servicios Humanos para hacer investigaciones acerca de usted, otros miembros de su hogar y/o de los padres legales o naturales de su niño(s), que sean necesarias para determinar la elegibilidad para beneficios que usted o miembros de su hogar reciben o recibirán bajo programas administrados por DSS, incluyendo ayuda de cuidado de niños. **Información proveída a DSS puede ser verificada o investigada por oficiales federales, estatales y locales, incluyendo personas que trabajan en el control de calidad. Si usted no coopera con la investigación, sus beneficios pueden ser negados o terminados. Si usted hace una declaración falsa o engañosa, proporciona documentos que han sido alterados, u oculta o retiene información que es necesaria para que DSS pueda hacer una determinación precisa de los beneficios para los cuales usted es elegible, sus beneficios pueden ser negados, reducidos o terminados.** Si usted recibe beneficios a los que no tiene derecho, usted debe reembolsar a la agencia por todo el dinero, servicios y beneficios (incluyendo asistencia para cuidado de niños) por los cuales no tenía derecho a recibir. También puede ser descalificado para recibir beneficios en el futuro y ser procesado criminalmente o penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

A los individuos que se han encontrado culpables de una violación intencional del programa de TANF y/o SNAP se les prohibirá la participación en el programa por doce (12) meses por la primera violación, veinticuatro (24) meses por la segunda violación y PERMANENTEMENTE por la tercera violación. El uso ilegal de SNAP se castiga con una multa hasta de \$250,000, encarcelamiento hasta por 20 años o ambos.

Si usted ha sido encontrado culpable por una corte de justicia de usar o recibir beneficios de SNAP en una transacción relacionada con la venta de una sustancia controlada, no será elegible para beneficios por dos años por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.

Si usted ha sido encontrado culpable por una corte de justicia de haber usado o recibido beneficios de SNAP en una transacción relacionada con la venta de armas, municiones o explosivos, será inelegible permanentemente de participar en el Programa con la primera violación.

Si usted ha sido encontrado culpable por una corte de justicia de haber traficado beneficios de SNAP por una cantidad total de \$500 o más, será inelegible permanentemente de participar en el Programa con la primera violación.

Si usted es encontrado de haber hecho una declaración o representación fraudulenta de identidad o residencia con el fin de recibir múltiples beneficios simultáneos de SNAP, será inelegible de participar en el Programa por un periodo de 10 años.

Iniciales _____

Iniciales _____

Sus Derechos

Cualquier persona cuya solicitud para recibir asistencia haya sido negada, no se haya tomado una decisión en un plazo razonable o cuyos beneficios hayan sido reducidos o cancelados, puede pedir una conferencia o una audiencia. Puede solicitar una conferencia o audiencia por escrito a la oficina local del distrito o a la oficina administrativa. Para SNAP, puede solicitar una audiencia llamando a la oficina local del distrito. También puede solicitar una audiencia firmando y regresando la Notificación de Decisión que recibe. Una solicitud de audiencia para TANF o SNAP debe hacerse dentro de 90 días desde la fecha de la notificación.

Se le notificará por escrito acerca de la fecha, hora y ubicación de la audiencia diez (10) días antes de la fecha de su audiencia. Usted puede ser representado durante la conferencia o audiencia por cualquiera a quien le haya dado autorización por escrito. Esta autorización por escrito debe ser entregada a la oficina de DSS antes de la conferencia o audiencia. Puede solicitar información acerca de los varios servicios legales gratuitos que se encuentran disponibles en su comunidad; por favor comuníquese con nosotros para esta información. Si no está satisfecho con la decisión de la audiencia, puede apelar su caso con la Corte del Distrito del Estado de Nevada local.

Información Importante

Si usted solicita TANF y SNAP con esta solicitud y sus beneficios de TANF son aprobados, los ajustes a sus beneficios de SNAP se harán al mismo tiempo. Con esta solicitud, usted está renunciando a su derecho a 13 días de anticipación de cualquier cambio en sus beneficios de SNAP por el resultado de la aprobación de TANF. Si su beneficio de TANF es menos de \$10.00, no recibirá un pago en efectivo.

DSS puede enviar información a usted que puede requerir una respuesta para cierta fecha. Si usted se ausenta de su casa, todavía es responsable de responder para la fecha requerida. Usted puede hacer arreglos necesarios con su correo mientras se ausenta de su casa.

Conforme con la ley del Estado de Nevada y las regulaciones federales aplicables, esta solicitud también puede servir como una solicitud para Asistencia General cuando una circunstancia extraordinaria existe como definido en NRS 422A. DSS puede utilizar información de esta solicitud, incluyendo información retroactiva, para procesar en conjunto la elegibilidad para Asistencia General sin necesitar una solicitud separada.

Sus Responsabilidades

Si está solicitando beneficios de TANF:

Debe reportar cambios en su dirección de correo inmediatamente. Cambios adicionales deben ser reportados inmediatamente después de que haya presentado su solicitud y antes de que se aprueben sus beneficios. Una vez aprobados sus beneficios, debe reportar los siguientes cambios y el cambio debe ser reportado a lo más tardar al quinto (5) día del siguiente mes. Tiene que reportar cambios tal como su dirección física, gastos de vivienda, su porción del pago de vivienda subvencionada, estado civil, estado laboral, cualquier dinero que reciba o ingresos de cualquier fuente, bienes o recursos, dirección de padres ausentes, cantidad de personas que viven en el hogar, el nacimiento de un niño en su hogar, asistencia a la escuela, la ausencia de algún miembro de su hogar aunque sea temporal (si es más de 30 días), y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios de su hogar.

Iniciales

Iniciales

Sus Responsabilidades

Si está solicitando beneficios para el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP):

Se requiere que reporte todos los cambios en su hogar a partir de la fecha en que presenta su solicitud hasta el día de su entrevista. Una vez aprobados los beneficios de SNAP, debe reportar los cambios requeridos dentro de 10 días desde la fecha en que ocurrió el cambio, basándose en los requisitos específicos para el reporte de cambios de su hogar. Recibirá una notificación informándole de sus requisitos específicos.

Si su hogar se clasifica como un **Hogar de Reporte de Cambios de Condición** se requerirá que reporte cambios tal como su dirección física, gastos de vivienda, su porción del pago de vivienda subvencionada, estado civil, estado laboral, si usted o cualquier miembro del hogar esta entre las edades de 18 a 64 años y actualmente está trabajando, debe reportar dentro de 10 días si las horas de trabajo bajan a menos de 20 horas por semana; para los propósitos de esta provisión, 20 horas a la semana en promedio mensual significa 80 horas por mes, y cualquier dinero que reciba o ingresos de cualquier fuente, bienes o recursos, cuantas personas viven en el hogar, el nacimiento de un niño en su hogar, asistencia a la escuela, la ausencia de algún miembro de su hogar aunque sea temporal (si es más de 30 días), y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios de su hogar.

Si su hogar se clasifica como un **Hogar de Reporte Simplificado**, debe reportar cuando los ingresos de su hogar exceden el 130% del nivel federal de pobreza según el tamaño de su hogar. Si los beneficios de SNAP son aprobados se le notificará el nivel de ingreso según el tamaño de su hogar. Si usted o algún miembro del hogar esta entre las edades de 18 a 64 años y actualmente está trabajando, debe reportar dentro de 10 días si las horas trabajadas bajan a menos de 20 horas por semana; para los propósitos de esta provisión, 20 horas a la semana en promedio mensual significa 80 horas por mes. Su gerente del caso puede solicitar comprobantes adicionales sobre el cambio. Usted será requerido a presentar comprobantes para una fecha determinada para continuar siendo elegible o para evitar un sobrepago o un pago insuficiente de sus beneficios.

Lotería Considerable o Ganancias de Juego

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Llame 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítanos en línea al <https://dss.nv.gov>

2905-EGS (03/26)

Página 12 de 17

Independientemente de su requisito de reportar, usted tiene que reportar si usted o alguien en su hogar recibe lotería considerable o ganancias de juego de valor igual o mayor que el límite de recurso de SNAP para un hogar anciano o discapacitado, eres obligado a reportar esta información dentro de 10 días desde la fecha que se reciben las ganancias.

Las reglas federales requieren que reporte las ganancias considerables de lotería o de juego para que la agencia pueda verificar las circunstancias del hogar y determinar si cualquier ajuste sea necesario. Las ganancias considerables de lotería o de juego son basados en el límite de recursos de SNAP para un hogar anciano o discapacitado (incluso si su hogar no es anciano o discapacitado). Esta cantidad se actualiza cada año en el 1 de octubre.

SNAP permite utilizar como deducción ciertos gastos del hogar como renta, hipoteca, impuestos de propiedad, seguro de propietario de vivienda, gastos por servicios públicos, cuidado de niño o dependiente y manutención de niños pagados por el hogar para determinar la cantidad de beneficios de SNAP para los cuales su hogar es elegible, siempre y cuando el gasto sea reportado y verificado. Los gastos médicos de más de \$35.00 son permitidos si hay un anciano (60 años o mayor) o una persona discapacitada solicitando beneficios. **Si usted no reporta o verifica cualquiera de los gastos indicados en la solicitud, se considerará que no quiere tener una deducción por los gastos no reportados o no verificados.**

Su gerente del caso podría solicitar comprobantes adicionales sobre el cambio. Usted será requerido a presentar comprobantes para una fecha determinada para continuar siendo elegible o para evitar un sobrepago o un pago insuficiente de sus beneficios.

Condenas por Delitos Graves/Infractor/Violaciones de Libertad Condicional/Felón en Fuga

Si usted, o alguien en su hogar, está solicitando para el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) y son condenados de ciertas ofensas de condena, o han violado los términos y condiciones de su libertad condicional, o están huyendo de la justicia para evitar sus interrogados, acusados, detenidos o confinados después de ser condenados, no son elegibles para recibir beneficios de SNAP.

Las personas condenadas después del 7 de febrero de 2014, de Agravado Abuso Sexual, Asesinato o Explotación Sexual y otro abuso de niños involucrando el abuso sexual no son elegible para recibir asistencia de SNAP si han violado los términos y condiciones de su libertad condicional. Las personas deben declarar si ellos o alguien en el hogar ha sido condenado de uno o más de esos crímenes y si el miembro Condado está cumpliendo con los términos de su sentencia. Esta declaración no es irrevocable en el Estado de Nevada.

	<i>Iniciales</i>	<i>Iniciales</i>
--	------------------	------------------

Divulgación de Información

Por lo presente autorizo y consiento a la divulgación de toda la información acerca de mí o de mis miembros del hogar al Departamento de Servicios Humanos por el titular de la información, tales como, pero no limitado a, información de salarios, la información hecha confidencial por ley, así como la información de la paciente privilegiada bajo NRS 49.225, o cualquier otra disposición de la ley. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la liberación (divulgación) de la información requerida.

Si tengo 60 años o más, doy mi consentimiento para la divulgación de mi identidad y renuncio a mi derecho como una persona mayor de tener mi identidad confidencial. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida.

	<i>Iniciales</i>	<i>Iniciales</i>
--	------------------	------------------

Yo entiendo que, si no firmo mis iniciales en las páginas 11 a 13 dónde indicado en esta solicitud, esto no libera ni a mí o los miembros de mi hogar de los requisitos y obligaciones. Si soy menor de 18 años y estoy solicitando asistencia de TANF, yo entiendo que debo tener la firma adicional de un adulto mayor de 18 años para completar la solicitud.

Yo entiendo las preguntas en esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa. Yo estoy de acuerdo en notificar a la División de Bienestar y de Apoyo Social de Nevada de cualquier cambio de circunstancias en mi hogar que pueda afectar mis beneficios. Yo entiendo que si fallo en reportar cambios puede resultar en un sobrepago que yo sería responsable por reembolsar o acusación por la ley. Yo certifico que, bajo pena de perjurio, mis respuestas son exactas y completas a mi mejor conocimiento y habilidad. Yo juro que yo he reportado honestamente la ciudadanía mía y de cualquier persona por la cual también solicito servicios.

Firma o marca del Solicitante	Fecha	Firma o marca del Cónyuge o Segundo padre del niño(s) o Representante adulto	Fecha
--------------------------------------	--------------	---	--------------

Testigo: (Utilice si el solicitante no sabe leer o escribir o si es ciego.) La información contenida en esta solicitud ha sido leída al solicitante y he sido testigo la firma anterior.

Firma del testigo	Fecha
--------------------------	--------------

Su solicitud completada puede ser sometido a su oficina local de Bienestar o enviado a PO BOX 15400, Las Vegas, NV 89114

SI USTED NO ESTA REGISTRADO A VOTAR DONDE USTED VIVE AHORA, ¿DESEA REGISTRARSE A VOTAR AQUÍ HOY?
(Por favor marque una de las casillas)

SÍ NO

Si usted no marca ninguna casilla, se considerará que usted decidió no registrarse a votar en este momento.

La LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES le provee la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud en privado.

NOTICIA IMPORTANTE: El hecho de registrarse o negarse a registrar para votar NO AFECTARÁ la cantidad de asistencia que se le proporcionará por esta agencia.

Firma

Fecha

CONFIDENCIALIDAD: Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial.

SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partido político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretary of State, Capitol Complex, 101 N. Carson Street, Suite 3, Carson City, Nevada 89701.

Sus Derechos

Cualquier persona cuya solicitud para recibir asistencia haya sido negada, no se haya tomado una decisión en un plazo razonable o cuyos beneficios hayan sido reducidos o cancelados, puede pedir una conferencia o una audiencia. Puede solicitar una conferencia o audiencia por escrito a la oficina local del distrito de DSS o a la oficina administrativa. Para SNAP, puede solicitar una audiencia llamando a la oficina local del distrito de DSS. También puede solicitar una audiencia para programas de asistencia como SNAP o SNAP dentro de los 90 días desde la fecha de la notificación. Para otros programas de Servicios Sociales, debe presentar una solicitud de audiencia dentro de 13 días desde la fecha de la notificación. Se le notificará por escrito acerca de la fecha, hora y ubicación de la audiencia 10 días antes de la fecha de su audiencia. Usted podrá ser representado durante la conferencia/audiencia por cualquiera a quien le haya dado autorización por escrito, la cual deberá entregar a la oficina de DWSS antes de la conferencia/audiencia. Puede solicitar información acerca de los varios servicios legales gratuitos que se encuentran disponibles en su comunidad; por favor comuníquese con nosotros para esta información. Si no está satisfecho con la decisión de la audiencia, puede apelar su caso con la Corte del Distrito local del Estado de Nevada.

Sus Responsabilidades

Si está solicitando beneficios de Medicaid:

Debe reportar cambios de su dirección postal inmediatamente. Cambios adicionales deben ser reportados inmediatamente después de que haya presentado su solicitud y antes de que se aprueben sus beneficios. Una vez aprobados sus beneficios, debe reportar los siguientes cambios a más tardar al 5º día del siguiente mes. Debe reportar cambios como su dirección física, gastos de vivienda, su porción del pago de vivienda subvencionada, estado civil, estado laboral, cualquier dinero que reciba o ingresos de cualquier fuente, bienes/recursos, dirección de padres ausentes, cantidad de personas que viven en el hogar, el nacimiento de un niño en su hogar, asistencia a la escuela, la ausencia de algún miembro de su hogar aunque sea temporal (si es más de 30 días), y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios de su hogar.

Si está solicitando beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP):

Se requiere que reporte todos los cambios en su hogar a partir de la fecha en que presenta su solicitud hasta el día de su entrevista. Una vez que los beneficios de SNAP son aprobados, usted recibirá una notificación informándole de sus requisitos específicos.

Si su hogar se clasifica como un **Hogar de Reporte de Cambios de Condición** se requerirá que reporte cambios tal como su dirección física, gastos de vivienda, su porción del pago de vivienda subvencionada, estado civil, estado laboral, si usted o cualquier miembro del hogar esta entre las edades de 18 a 64 años y actualmente está trabajando, debe reportar dentro de 10 días si las horas de trabajo bajan a menos de 20 horas por semana; para los propósitos de esta provisión, 20 horas a la semana en promedio mensual significa 80 horas por mes, y cualquier dinero que reciba o ingresos de cualquier fuente, bienes o recursos, cuantas personas viven en el hogar, el nacimiento de un niño en su hogar, asistencia a la escuela, la ausencia de algún miembro de su hogar aunque sea temporal (si es más de 30 días), y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios de su hogar.

Si su hogar se clasifica como un **Hogar de Reporte Simplificado**, debe reportar cuando los ingresos de su hogar exceden el 130% del nivel federal de pobreza según el tamaño de su hogar. Si los beneficios de SNAP son aprobados se le notificará el nivel de ingreso según el tamaño de su hogar. Si usted o algún miembro del hogar esta entre las edades de 18 a 64 años y actualmente está trabajando, debe reportar dentro de 10 días si las horas trabajadas bajan a menos de 20 horas por semana; para los propósitos de esta provisión, 20 horas a la semana en promedio mensual significa 80 horas por mes. Su gerente del caso puede solicitar comprobantes adicionales sobre el cambio. Usted será requerido a presentar comprobantes para una fecha determinada para continuar siendo elegible o para evitar un sobrepago o un pago insuficiente de sus beneficios. Su gerente del caso puede solicitar comprobantes adicionales sobre el cambio. Usted será requerido a presentar comprobantes para una Fecha determinada para continuar su elegibilidad o para evitar un sobrepago o un pago insuficiente de sus beneficios.

Si usted, o alguien en su hogar, está solicitando para el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) y son condenados de ciertas ofensas de condena, o han violado los términos y condiciones de su libertad condicional, o están huyendo de la justicia para evitar ser interrogados, acusados, detenidos o confinados después de ser condenados, no son elegibles para recibir beneficios de SNAP. Las personas condenadas después del 7 de febrero de 2014, de agravado abuso sexual, asesinato o explotación sexual y otro abuso de niños involucrado el abuso sexual no es elegible para recibir asistencia de SNAP si han violado los términos y condiciones de su libertad condicional.

Si usted o alguien en su hogar de SNAP recibe ganancias considerables de lotería o de juego. Se requiere a reportar esta información dentro de 10 días desde la fecha que se recibe las ganancias. Las reglas federales requieren reportar las ganancias considerables de lotería o de juego para que la agencia pueda verificar las circunstancias del hogar y determinar si cualquier ajusto sea necesario. Las ganancias considerables de lotería o de juego son basados en el límite de recurso de SNAP para un hogar anciano o discapacitado (incluso si su hogar no es anciano o discapacitado). Esta cantidad se actualiza cada año en el 1 de octubre.

El Programa Suplementario de Asistencia Nutricional permite utilizar como deducción ciertos gastos del hogar como renta, hipoteca, impuestos de propiedad, seguro de propietario de vivienda, gastos por servicios públicos, cuidado de niño/dependiente y manutención de niños pagados por el hogar para determinar la cantidad de beneficios de SNAP para los cuales su hogar es elegible, siempre y cuando el gasto sea reportado y verificado. Los gastos médicos de más de \$35.00 son permitidos si hay un anciano o una persona discapacitada solicitando beneficios. Si usted no reporta o verifica cualquiera de los gastos indicados en la solicitud, se considerará que no quiere tener una deducción por los gastos no reportados o no verificados.

Utilizando fondos de TANF, DSS, por intermedio de la Fundación de Salud Pública de Nevada (NPHF), ha desarrollado una clase con enfoque hacia adolescentes embarazadas y padres adolescentes que reciben asistencia de dinero de TANF. Los padres adolescentes que reciben beneficios y servicios de TANF se conocen como participantes de STARS (Respaldando a los Adolescentes para que Logren Éxito en la Vida Real). Esta clase se ha ampliado para incluir otras embarazadas y padres adolescentes que reciben otras formas de asistencia como SNAP y Bienestar Infantil. Esta clase de un día pone énfasis en conseguir empleo, el éxito en el lugar de empleo, como tomar decisiones, la administración de dinero y la salud, como métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual. Además, Equipos de Acción Comunitaria (Community Action Teams), una entidad de la Fundación de Salud Pública de Nevada realiza evaluaciones del embarazo en adolescentes y su prevención, e identifica métodos posibles para reducir el embarazo en adolescentes por medio de programas de abstinencia. Se promueve la participación de jóvenes, padres, empresas, iglesias, proveedores de atención de salud, cuerpos policiales, escuelas y otras organizaciones a prestar servicio en los Equipos de Acción Comunitaria. También se anima a los hombres de todas las edades para servir como ejemplos positivos, reforzando el mensaje de posponer las actividades sexuales.

Después de entregar su solicitud, puede llamar a nuestra Unidad de Respuesta de Voz (VRU) para averiguar si su caso fue aprobado, negado, terminado o sigue pendiente. El sistema VRU también puede informarle si se han emitido los beneficios y la cantidad. Para el Sur de Nevada, llame al (702) 486-1646; Norte de Nevada, llame al (775) 684-7200; Nevada rural, llame al (800) 992-0900.

Su Número de Identificación Personal (PIN) para el sistema de VRU es _____.

Visite nuestro sitio web <http://dss.nv.gov/>
Esta es su copia; guárdela para sus archivos.

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENT



MEDICAID ESTATE RECOVERY NOTIFICACIÓN DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA

Tenga en cuenta que si está solicitando o recibiendo beneficios del programa de Medicaid, ésta es información importante que podría afectar su decisión de recibir beneficios de Medicaid.

De acuerdo con la ley estatal y federal, el estado de Nevada administra un programa de recuperación de bienes de Medicaid mediante el cual la asistencia de Medicaid correctamente pagada es recuperada del estado indiviso de la persona que recibió los beneficios de Medicaid. Los beneficiarios de Medicaid de 55 años o más y ciertos pacientes hospitalizados en centros o instituciones de enfermería¹ están afectados por este programa. Cuando esos individuos pasan, Medicaid requiere que los Estados indivisos de esas personas paguen de vuelta cualquier beneficio pagado por Medicaid.

El "estado indiviso" se define ampliamente en Nevada. Incluye toda la propiedad real y personal y otros activos en o a los que una persona tenía algún título legal o interés en el momento de la muerte. Esto incluye bienes transmitidos a otra persona a través de tenencia conjunta, bienes de vida, fideicomisos, anualidad, Homestead u otro arreglo. Una reclamación de Medicaid no puede ser vencida por una exención de Homestead o por el funcionamiento de la bancarrota o la ley de la insolvencia.

Ciertas personas están protegidas contra la recuperación de Medicaid. Medicaid no puede recuperarse si el beneficiario de Medicaid tiene un cónyuge sobreviviente, un niño menor de 21 años, o un niño ciego y/o discapacitado de cualquier edad. Si se impide que Medicaid se recupere debido a un cónyuge sobreviviente, un niño discapacitado o un niño menor de edad, Medicaid puede poner un gravamen sobre el interés del beneficiario en la propiedad real y/o personal.

Sin embargo, Medicaid debe liberar el derecho de retención si el cónyuge, el niño discapacitado y/o el niño menor de edad venden la propiedad a un comprador de buena fe por el valor justo de mercado. Si el individuo eximido decide refinanciar la propiedad, Medicaid subordinará su derecho de retención.

Además, ciertos ingresos, recursos y propiedades de los Indios Americanos y de los Nativos de Alaska están exentos de la recuperación del estado de Medicaid. Por favor, consulte el manual de operaciones de Medicaid que se encuentra en www.dhcfp.nv.gov para una explicación detallada de la propiedad exenta de recuperación para estos grupos.

El idioma anterior se refiere a los beneficios que se pagan correctamente a los destinatarios de Medicaid elegibles. Cuando los beneficios son pagados a personas que no son elegibles de otra manera, esos beneficios se consideran como pagados incorrectamente. Medicaid puede recuperar beneficios pagados incorrectamente inmediatamente después del descubrimiento y sin las restricciones que se aplican a los beneficios correctamente pagados.

La recuperación de Medicaid puede ser renunciada, comprometida o retrasada si esto causara una dificultad indebida para los herederos. Los herederos pueden presentar una exención de dificultad en el momento de la recuperación de Medicaid. La negación de una exención o compromiso de dificultad puede ser apelada a través del sistema legal apropiado. Medicaid proporcionará información de solicitud de exención de dificultades a los herederos conocidos en el momento de la recuperación.

Por favor comparta este formulario con la familia y los herederos.

Si tiene preguntas o necesita información adicional o aclaración, por favor comuníquese con el programa de recuperación de bienes de Medicaid al (775) 687-8416, correo electrónico: mer@nvha.nv.gov o visite su sitio web en www.dhcfp.nv.gov bajo "Programs."

¹Ciertos pacientes hospitalizados en centros o instituciones de enfermería se refieren a personas con respecto a las cuales el estado determina, después de la notificación y la oportunidad de audiencia, que el paciente no puede esperar razonablemente ser dado de alta de la institución médica y volver a casa.



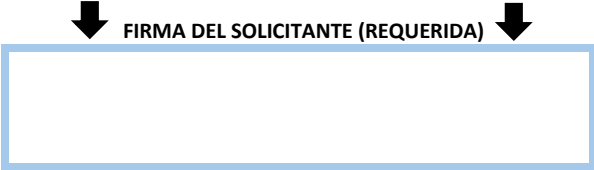
SOLICITUD PARA INSCRIBIRSE COMO VOTANTE EN EL ESTADO DE NEVADA

SÓLO USE TINTA NEGRA O AZUL – ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

ADVERTENCIA: PROVEER DATOS FALSOS CONSTITUYE UN DELITO MAYOR (FELONY) E INCLUYE UNA MULTA DE HASTA \$20,000.

Se requiere completar todas las casillas al menos que esté marcado Opcional.

Si no provee toda la información requerida, su solicitud para inscribirse como votante no estará completa.

1.	¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? <i>Si usted marcó "No" a la pregunta anterior, no llene esta solicitud.</i>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Tendrá usted por lo menos 18 años de edad para o antes del día de la elección?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Si usted marcó "No" a la pregunta anterior, pero tiene por lo menos 17 años de edad, usted desea preinscribirse para votar? <i>Si usted marcó "No" a las dos preguntas anteriores, no llene esta solicitud.</i>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
2.	Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sufijo		
3.	Dirección Residencial de Nevada – Vea las Instrucciones al Reverso (No Apartado Postal/Dirección de Negocio)			Apto. #	Ciudad	Estad NV
4.	Dirección de Correo – Si es Diferente de la Anterior (Apartado Correo o Servicio de Buzón Aceptable)			Apto. #	Ciudad	Estad Código Postal
5.	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	6.	Lugar de Nacimiento (Estado o País)	7.	Número de Teléfono (Opcional)	
8.	<input type="checkbox"/> Yo tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación y el número es: _____ <input type="checkbox"/> No tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación. Los últimos 4 dígitos de mi Número de Seguro Social son:XXX-XXX- <input type="checkbox"/> No tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación, y no tengo un Número de Seguro Social. Si selecciona esta opción, usted será contactado por su Departamento de Elecciones del Condado para obtener más información una vez que reciban su solicitud. <i>Aviso: Los números de identificación que indicó arriba es información confidencial y no estarán disponibles para inspección pública.</i>					
9.	Si es aplicable, marque una de las siguientes casillas: <input type="checkbox"/> Militar Domestico (o cónyuge o dependiente de un militar) – Sólo seleccione si usted está en el servicio activo y estará ausente de su lugar de registro <input type="checkbox"/> Militar en el Extranjero (o cónyuge o dependiente de un militar) <input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. en el Extranjero					
10.	Correo Electrónico (Opcional) – Correo Electrónico es Información Confidencial			11.	<input type="checkbox"/> MARQUE ESTA CASILLA PARA RECIBIR UNABOLETA DE MUESTRA EN LETRA GRANDE	
12.	Inscripción de Partido – Marque Sólo Una Casilla <input type="checkbox"/> Partido Demócrata (<i>Democratic Party</i>) <input type="checkbox"/> Partido Independiente Americano (<i>Independent American Party</i>) <input type="checkbox"/> Partido Libertario de Nevada (<i>Libertarian Party of Nevada</i>) <input type="checkbox"/> No Partidista (no afiliación a un partido) (<i>Nonpartisan - No Political Party</i>) <input type="checkbox"/> Partido Republicano (<i>Republican Party</i>) <input type="checkbox"/> Otro Partido – Escriba Abajo		13.	Yo juro o afirmo que soy ciudadano de los EE.UU. Tendré por lo menos 18 años de edad para la fecha de la próxima elección, o si indiqué en la Casilla 1 arriba que me estoy preinscribiendo para votar, tengo por lo menos 17 años de edad. He vivido continuamente en Nevada por lo menos 30 días en mi condado y por lo menos 10 días en mi distrito electoral antes de la próxima elección en la cual tengo la intención de votar. La dirección residencial aquí adentro anotada es mi único lugar de residencia legal y no reclamo ningún otro lugar como mi residencia legal. Si estoy preinscrito para votar, yo entiendo y confirmo que estaré considerado registrado para votar desde la fecha cuando cumpla 18 años a menos que mi preinscripción sea cancelada por cualquier medio o por cualquiera de las razones que se cancela el registro de votante de acuerdo al Capítulo 293 de los Estatutos Revisados de Nevada (Nevada Revised Statutes). Yo no estoy actualmente cumpliendo una pena de prisión por un delito mayor. Yo declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta. <div style="text-align: center;">  FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA) </div> <div style="text-align: right;"> _____ (MM/DD/AAAA) </div>		
14.	Su nombre y dirección residencial de su última inscripción como votante (Opcional) – (Nombre Usado, Dirección, Estado, etc.)					
15.	¡Importante! Si está asistiendo a una persona a inscribirse como votante y no ha sido designado como funcionario encargado de inscripciones ("Field Registrar") por el Secretario del Condado/Registrador de Votantes o no es un empleado de una agencia para inscribir votantes, usted DEBE llenar esta casilla. Su firma es requerida. Falta en cumplir puede ser delito mayor.					
	Nombre Completo		Dirección de Correo		Ciudad/Estado/Código Postal	
					Firma	

SÓLO PARA USO OFICIAL NO ESCRIBA EN LA SIGUIENTE ÁREA SOMBRADA. OFICIALSÓLO PARA USO OFICIAL NO ESCRIBA EN LA SIGUIENTE ÁREA SOMBRADA.

DATE STAMP	<input type="checkbox"/> AGENCY	CANCELLED	APPLICATION NO.
	<input type="checkbox"/> FIELD REGISTRAR	INACTIVE	RECEIVED BY:
	<input type="checkbox"/> MAIL	PRECINCT	
	<input type="checkbox"/> IN PERSON		
	<input type="checkbox"/> OTHER		

✂ Separe Aquí ✂

✂ Separe Aquí ✂

✂ Separe Aquí ✂

NOMBRE DE LA PERSONA RETENIENDO ESTA SOLICITUD (Agency Stamp or Name of Agent, Election Official or Person Retaining Application)	OFICIAL ELECTORAL O DE AGENCIA (Contact Information, Address, Telephone, Fax)	RECIBO DE VOTANTE (Favor de guardar su Recibo) Su información de registro de votante ha sido enviada a su Oficina de Elecciones del Condado para procesamiento. Dentro de 10 días, después de recibir su información, su Oficina de Elecciones del Condado le enviará por correo una Tarjeta de Inscripción Como Votante de Nevada o un aviso si se requiere información adicional para completar su inscripción.. NUM. DE SOLICITUD
---	---	---

INSTRUCCIONES

Casilla 1 – PREINSCRIPCIÓN: Todo ciudadano de los EE.UU. que tiene 17 años de edad y más pero menos de 18 años de edad, y ha vivido continuamente en este estado por 30 días o más puede preinscribirse para votar por cualquier medio disponible para que una persona se inscriba para votar de acuerdo con la ley de Nevada. Si una persona se preinscribe para votar, él o ella será considerado un votante registrado desde el día que cumpla 18 años de edad para su cumpleaños de sus 18 años al menos que la preinscripción de la persona haya sido cancelada o él o ella no cumpla los requisitos de elegibilidad de votante.

Casilla 2 – NOMBRE: Requerido. Por favor escriba su nombre tal como aparece en su Licencia de Conducir de Nevada o Tarjeta de Identificación (ID) de Nevada o en su Tarjeta de Seguro Social.

Casilla 3 – DIRECCIÓN RESIDENCIAL: Requerido. Su dirección residencial es la dirección asignada al sitio donde usted realmente vive. Si vive en un lugar que no tiene una dirección asignada, tendrá que proporcionar una descripción del sitio donde realmente vive. Un apartado postal no se puede declarar como dirección residencial.

Casilla 4 – DIRECCIÓN DE CORREO: Opcional. Incluya su dirección de correo si es diferente a su dirección residencial. Incluya el apartado postal o servicio de buzón privado, si es aplicable.

Casilla 8 – IDENTIFICACIÓN: Requerido. Incluya el número de su Licencia de Conducir de Nevada o su Tarjeta de Identificación (ID) de Nevada. Si no tiene ninguna de las dos, debe proporcionar los últimos 4 dígitos del número de su Seguro Social. Si no tiene una Licencia de Conducir de Nevada o Número de Seguro Social, usted será contactado por el Departamento de Elecciones del Condado para más información cuando se reciba su inscripción.

Casilla 9 – MILITAR: Requerido, si es aplicable. Marque la casilla aplicable. Requerido. Marque su selección de un partido

Casilla 12 – AFILIACIÓN DE PARTIDO POLÍTICO: político calificado, "No Partidista" u "Otro Partido." Si marca "Otro Partido," usted puede imprimir el nombre de un partido político no listado. Si se inscribe en un partido político menor o como no partidista, usted recibirá una boleta no partidista para la Elección Primaria.

Casilla 13 – DECLARACIÓN: Requerido. Firme y Fecha. Los derechos al voto son inmediatamente restituidos después de cumplir su sentencia por delito mayor.

Casilla 14 – ACTUALIZACIÓN DE DATOS: Opcional. Usted puede incluir la última dirección en donde estaba registrado para votar. Esto ayuda al Secretario del Condado / Registrador de Votantes identificarlo a usted como el solicitante.

Casilla 15 – ASISTENCIA: Requerido, si es aplicable. Si usted ayuda a una persona preinscribirse o inscribirse como votante, usted debe llenar la Casilla 15. *FALTA EN CUMPLIR PUEDE SER UN DELITO MAYOR.*

FECHAS LÍMITES PARA ENTREGAR SU SOLICITUD:

- ❖ Por Correo – Matasellado pare el cuarto martes antes de la elección primaria o general.
- ❖ En la Oficina del Secretario del Condado o Registrador de Votantes – Para el tercer martes antes de la elección primaria o general.
- ❖ En línea – Para el jueves antes de empezar el primer día del periodo de la votación anticipada.
- ❖ Para Elecciones Especiales /de Revocación – Comuníquese con el Secretario del Condado o el Registrador de Votantes.

REGISTRACIÓN PARA VOTAR EL MISMO DÍA: Votantes elegibles en Nevada pueden registrarse y votar o actualizar su registro existente en persona en cualquier sitio de votación durante la votación temprana o el día de elección.

¿INTERESADO EN SER TRABAJADOR ELECTORAL? Por favor comuníquese con la Oficina del Secretario del Condado o Registrador de Votantes.

AVISO: Se le recomienda que entregue su solicitud al Secretario del Condado o Registrador de Votantes en persona o por correo. Si opta entregar su solicitud completa a otra persona para entregarla al Secretario del Condado o Registrador de Votantes de su parte, y la persona falla en entregar su solicitud al Secretario del Condado o Registrador de Votantes, usted no será preinscrito o registrado para votar, como corresponde. Por favor retenga la copia duplicada o el recibo de votante de su solicitud para preinscribirse o inscribirse para votar.

CONDADO	DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO ELECTORAL	CONDADO	DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO ELECTORAL
Carson City Clerk (775) 887-2087	885 East Musser Street, Suite 1025. Carson City, NV 89701	Lincoln Clerk (775) 962-8077	P.O. Box 90, Pioche, NV 89043 181 North Main Street, Suite 201, Pioche, NV 89043
Churchill Clerk (775) 423-6028	155 North Taylor Street, Suite 110, Fallon, NV 89406	Lyon Clerk (775) 463-6501	27 South Main Street, Yerington, NV 89447
Clark Registrar (702) 455-8683	965 Trade Drive, Suite A, North Las Vegas, NV 89030 P.O. Box 3909, Las Vegas, NV 89127	Mineral Clerk (775) 945-2446	105 South A Street, Suite 1, Hawthorne, NV 89415 P.O. Box 1450, Hawthorne, NV 89415
Douglas Clerk (775) 782-9014	1616 8th Street, 2nd Floor, Minden, NV 89423 P.O. Box 218, Minden, NV 89423	Nye Clerk (775) 482-8127	101 Radar Road, Tonopah, NV 89049 P.O. Box 1031, Tonopah, NV 89049
Elko Clerk (775) 753-4600	550 Court Street, 3rd Floor, Elko, NV 89801	Pershing Clerk (775) 273-2208	398 Main Street, Lovelock, NV 89419 P.O. Box 820, Lovelock, NV 89419
Esmeralda Clerk (775) 485-6309	233 Crook Avenue, Goldfield, NV 89013 P.O. Box 547, Goldfield, NV 89013	Storey Clerk (775) 847-0969	26 South B Street, Drawer D, Virginia City, NV 89440
Eureka Clerk (775) 237-5263	P.O. Box 540, Eureka, NV 89316	Washoe Registrar (775) 328-3670	1001 E. 9th St., Reno, NV, 89512
Humboldt Clerk (775) 623-6343	50 West 5th Street, #207, Winnemucca, NV 89445	White Pine Clerk (775) 293-6509	1786 Great Basin Blvd., Suite 3, Ely, NV 89301
Lander Clerk (775) 635-5738	50 State Route 305, Battle Mountain, NV 89820		



**FIRST CLASS
STAMP
NECESSARY
FOR MAILING**
