

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 Nutricional (Divulgación de SNAP)

### Usted puede utilizar esta solicitud para:

- Solicitar Asistencia Nutricional del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP).

### Período de tiempo

Beneficios de SNAP son procesados dentro de 30 días a partir de la fecha de 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 de su solicitud. Beneficios de SNAP se pagan según la fecha de la solicitud.

Los siguientes hogares pueden calificar para servicios acelerados y podrán 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 hogar, o hipoteca y servicios públicos.

### Acceder sus beneficios rápidamente.

<b>Solicitar en línea</b>	<p>¿Sabía usted que puede solicitar en línea? Ir al: <a href="https://accessnevada.dss.nv.gov">https://accessnevada.dss.nv.gov</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Para un hogar típico dura como 45 minutos.</li> <li>▪ Sigue las indicaciones y, al terminar, clic "SOMETER."</li> <li>▪ Cuando crea una cuenta, usted puede revisar el estatus de sus beneficios en línea.</li> <li>▪ Escríbase para comunicaciones electrónicas de Access Nevada para recibir notificaciones.</li> <li>▪ Enlace su cuenta con su número de caso y número de PIN para la VRU.</li> </ul>
<b>Asistencia Personal</b>	<p><b>Reciba asistencia con su solicitud.</b></p> <p>Usted puede recibir asistencia personalizado para completar su solicitud en una de las oficinas del distrito de la División.</p> <p>Para localizar una oficina de DSS: Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visite <a href="https://dss.nv.gov">https://dss.nv.gov</a></p>
<b>Por Correo</b>	<p><b>Llene la solicitud en formato papel adjunto.</b></p> <p>Una solicitud en formato papel, escribir a mano, es una opción para los que prefieren usar papel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigue las instrucciones y complete TODAS las áreas que le apliquen a usted y su familia.</li> <li>• Someter su solicitud a la Oficina de Bienestar cerca de usted o por correo a: DSS PO Box 15400 Las Vegas, NV 89114</li> </ul>

¿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>

2935-EGS (03/26)

<p><b>Números de Seguro Social</b></p>	<p>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 sobre su SSN no será elegible para beneficios. Otros familiares o miembros de su hogar aún podrían recibir beneficios si son elegibles por lo demás.</p> <p>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.</p>
<p><b>Ciudadanía/Estatus migratorio</b></p>	<p>Será requerido a proporcionar información de ciudadanía y/o estatus migratorio para todas las personas que están solicitando asistencia (incluyendo a usted).</p> <p>Para SNAP, si cualquier 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.</p> <p>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.</p>
<p><b>¿Qué hace DSS con mi información?</b></p>	<p>DSS mantiene toda su información seguro y privado, como exige la ley. La información se usa para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determina que tipos de asistencia puede calificar a recibir.</li> <li>• Determina la cantidad de asistencia que puede calificar a recibir.</li> <li>• Asegura que reciba la cantidad correcta de asistencia a base de su situación.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<p><b>Declaración de No Discriminación</b></p> <p><b>NO ENVÍE SOLICITUDES AQUÍ</b></p> <p>De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (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.</p> <p>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: <a href="https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf">https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf</a>, 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Correo: Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; or</li> <li>2. fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; o</li> <li>3. Correo electrónico: <a href="mailto:FNSCIVILRIGHTS COMPLAINTS@usda.gov">FNSCIVILRIGHTS COMPLAINTS@usda.gov</a></li> </ol> <p>Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.</p> <p><b>Información del solicitante, por favor guarde esta copia para sus archivos.</b></p>	

Joe Lombardo  
Governor

Laura Rich  
Director



**DEPARTMENT OF  
HUMAN SERVICES**  
DIVISION OF SOCIAL SERVICES  
*Helping people. It's who we are and what we do.*



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 podrían 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.

<p>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, <a href="http://dss.nv.gov">dss.nv.gov</a>.</p> <p><b><u>Identificación/Ciudadanía</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pasaporte de Estados Unidos</li><li>• Licencia de Conducir o Tarjeta de Identificación emitida por el gobierno</li><li>• Tarjeta Militar de los EE. UU. (activo, dependiente, retirado)</li><li>• Verificación de Ciudadanía del USCIS (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU.)</li><li>• Acta de Nacimiento de los EE. UU. certificada</li></ul> <p><b><u>Ingresos no ganados y otros ingresos</u></b></p> <p>Copia de la carta de concesión u otra declaración o verificación para:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Beneficios del Seguro Social (RSDI)</li><li>• Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)</li><li>• Compensación de Trabajadores</li><li>• Beneficios del Seguro de Desempleo</li><li>• Beneficios de Veteranos (jubilación, discapacidad, educación)</li><li>• Pensiones o Beneficios de Jubilación</li><li>• Pagos de manutención de niños - Copia de la orden de corte</li><li>• Pensión alimenticia</li><li>• Contribuciones monetarias o Préstamos</li><li>• TANF u otros pagos del gobierno</li><li>• Asistencia general del condado o para Indios Americanos</li><li>• Ingresos para la educación (subvenciones del gobierno, préstamos estudiantiles, becas, etc.)</li><li>• Cualquier otro ingreso recibido por cualquier otro miembro del hogar</li></ul>	<p><b><u>Ingresos ganados</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Talones de cheque del sueldo o Declaración del empleador</li><li>• Si empleo ha terminado en los últimos 90 días, comprobante de terminación y pago final</li><li>• Si no puede trabajar, declaración del médico</li><li>• Declaración de Empleo por cuenta propia o declaración de impuestos</li></ul> <p><b><u>Residencia en Nevada</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Contrato actual de arrendamiento o de alquiler</li><li>• Licencia de Conducir de Nevada</li><li>• Declaración con respecto a la situación de personas sin hogar</li></ul> <p><b><u>Beneficios de Asistencia Fuera del Estado</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Comprobante de cualquier beneficio recibido de otro estado</li><li>• Verificación que beneficios fuera del estado han sido descontinuados</li></ul> <p><b><u>Recursos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estado de cuenta de banco o asociación de crédito</li><li>• Bonos de ahorro</li><li>• Registros de vehículos</li><li>• Pólizas de seguro de vida</li><li>• Estados de cuenta de jubilación</li><li>• Documentos de fondos fiduciarios</li><li>• Comprobantes de acciones y bonos</li><li>• Comprobantes de títulos de casas o propiedades</li></ul>	<p><b><u>Gastos</u></b></p> <p><b><u>Gastos de vivienda</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Recibo de alquiler o hipoteca</li><li>• Factura de servicios públicos actual</li><li>• Declaración de propietario - Firmada y Fechada</li><li>• Comprobantes de impuestos y seguro de propiedad</li></ul> <p><b><u>Gastos de Educación</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Declaración de ayuda financiera de la escuela</li><li>• Recibos</li></ul> <p><b><u>Cuidado de dependientes</u></b></p> <p>Recibo o Declaración del niño(a) o centro de guardería con la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nombre del Niño(a) o Centro</li><li>• Pago Mensual</li><li>• Nombres y edades de las personas cuidadas</li><li>• Razón por el Cuidado</li></ul> <p><b><u>Manutención de niños pagada por orden de corte</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Copia de la orden de corte</li><li>• Verificación de pagos</li></ul>
--	--	--

¿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>

2935-EGS (03/26)

(Esta página fue dejada en blanco intencionalmente)

Joe Lombardo  
Governor

Laura Rich  
Director



DEPARTMENT OF  
HUMAN SERVICES  
DIVISION OF SOCIAL SERVICES  
Helping people. It's who we are and what we do.



Robert H. Thompson  
Administrator

### Solicitud para Asistencia Nutricional (Divulgación de SNAP)

<b>JEFE DE FAMILIA (Tiene que ser un miembro adulto en su familia. Caso será registrado a esta persona.)</b>				
<b>¿Está solicitando Asistencia Nutricional?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
<b>Primer nombre, Inicial del Segundo Nombre y Apellido</b>		<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		<b>Si es casado(a), ¿vive usted con su cónyuge?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				<b>¿Parentesco con usted? YO MISMO</b>
<b>Número de Seguro Social</b>	<b>Edad</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Estado o país de nacimiento</b>	<b>Género</b>
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Origen étnico o Raza (Opcional)</b>				
<input type="checkbox"/>	Blanco	<input type="checkbox"/>	Medio Oriental o Norte Africano	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	Otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Indio asiático	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otro Asiático	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
<b>Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)</b> Miembros de una tribu que se inscriben en Medicaid, Nevada, Nevada Check Up y Nevada Health Link también pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígena, Programas de Salud Tribuales o los Programas Urbanos de Salud Indígena. Si usted o algún miembro de su familia es Indio Americano o Nativo Alaska, es posible que no tenga que pagar primas o costos compartidos. Haremos preguntas adicionales para asegurarnos de que usted y su familia reciban la mayor ayuda posible. Se requieren tarjetas de afiliación tribal.				
¿Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Indio Americano o Nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tribu:
¿Ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es No, ¿es usted un inmigrante elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		No. de extranjero:
¿Estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Último grado escolar completado?		Fecha Completado (mm/aa)
<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO</b>				
Dirección de su domicilio:		Apt #:	Ciudad:	Estado: Código postal:
<i>(Si no tiene un domicilio permanente, usted tiene que dar una dirección de correo válido.)</i>				
Dirección de correo: (Si es diferente al anterior)		Apt #:	Ciudad:	Estado: Código postal:
No. de teléfono del hogar:		Ext.	No. de celular o teléfono de mensajes	Ext.
<i>(Actualmente, todas las notificaciones se mandan en formato papel. En el futuro, si está disponible, quisiera recibir información por:</i>				
Mensajes de texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico:
Idioma preferido (si no es inglés): <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____				¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Necesita ayuda con su solicitud?

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

2935-EGS (03/26)

Página 1 de 15

¿Requiere acomodaciones especiales para su entrevista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿qué necesita?
<b>CONTACTO DE EMERGENCIA: (En caso de una emergencia, ¿con quién nos comunicamos?)</b>	
Nombre:	¿Parentesco con usted?
No. de teléfono del día:	Dirección:

<b>REPRESENTANTE AUTORIZADO</b>	
¿Quiere alguien de 18 años o mayor sea su representante autorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<i>Si la respuesta es Sí, <b>Complete Apéndice A</b></i>
	<i>Puede nombrar y dar permiso a alguien de 18 años o mayor, un amigo de confianza, una pareja, un representante de responsabilidad tercero quien actúa como un representante autorizado para hablar con DSS, ver su información y actuar en todos motivos de su caso.</i>

<b>Solicitando para Asistencia Nutricional (SNAP)</b>
<p>Usted puede empezar el proceso de solicitar de inmediato al completar la información hacia arriba con su nombre, domicilio y su firma en los espacios proporcionados a continuación y sometiendo esta página de la solicitud. DSS se comunicará con usted para terminar de completar la solicitud en detalle y recibirá su determinación de beneficios cuando sea procesado. La fecha de presentación es la fecha de la solicitud con su nombre, domicilio, y firma es recibido.</p> <p>¿Su hogar está bajo las situaciones siguientes? (marque todas las casillas que aplican; dejar en blanco si no aplican) Si califica, beneficios de SNAP acelerados pueden estar disponibles dentro de 7 días.</p> <p><input type="checkbox"/> Su hogar tiene o tendrá menos de \$150 en ingreso y menos de \$100 de recursos líquidos (dinero en efectivo, cuenta de cheques o ahorros) este mes.</p> <p><input type="checkbox"/> El ingreso y recurso de su hogar son menos de sus gastos de alojamiento y utilidades mensuales.</p> <p><input type="checkbox"/> Su hogar incluye un trabajador agrícola migrante o estacional.</p> <p><b>Yo certifico que, bajo pena de perjurio, mis respuestas son exactas y completas a mi leal saber y entender y habilidad.</b></p>

<b>Firma del Solicitante o Representante Autorizado solicitando SNAP</b>	<b>Nombre con letra de molde del Solicitante o Representante Autorizado solicitando SNAP</b>	<b>Fecha</b>
--	--	--------------

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	
IS THE HOUSEHOLD ELIGIBLE FOR EXPEDITED SERVICE?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Expedited Service Screener Signature:	Date

MIEMBRO ADICIONAL 1 (Conteste todas las preguntas en esta casilla para esta persona)				
¿Está solicitando Asistencia Nutricional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Primer nombre, Inicial del Segundo Nombre y Apellido		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	Si es casado(a), ¿vive usted con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Parentesco con usted?
Número de Seguro Social	Edad	Fecha de Nacimiento	Estado o país de nacimiento	Género
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Origen étnico o Raza (Opcional)</b>				
<input type="checkbox"/>	Blanco	<input type="checkbox"/>	Medio Oriental o Norte Africano	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	Otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/>
<p><b>Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)</b> Miembros de una tribu que se inscriben en Medicaid, Nevada, Nevada Check Up y Nevada Health Link también pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígena, Programas de Salud Tribuales o los Programas Urbanos de Salud Indígena. Si usted o algún miembro de su familia es Indio Americano o Nativo Alaska, es posible que no tenga que pagar primas o costos compartidos. Haremos preguntas adicionales para asegurarnos de que usted y su familia reciban la mayor ayuda posible. Se requieren tarjetas de afiliación tribal.</p>				
¿Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Indio Americano o Nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tribu:
¿Ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es No, ¿es usted un inmigrante elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		No. de extranjero:
¿Estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Último grado escolar completado?		Fecha Completado (mm/aa)
MIEMBRO ADICIONAL 2 (Conteste todas las preguntas en esta casilla para esta persona)				
¿Está solicitando Asistencia Nutricional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Primer nombre, Inicial del Segundo Nombre y Apellido		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	Si es casado(a), ¿vive usted con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Parentesco con usted?
Número de Seguro Social	Edad	Fecha de Nacimiento	Estado o país de nacimiento	Género
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Origen étnico o Raza (Opcional)</b>				
<input type="checkbox"/>	Blanco	<input type="checkbox"/>	Medio Oriental o Norte Africano	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	Otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/>
<p><b>Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)</b> Miembros de una tribu que se inscriben en Medicaid, Nevada, Nevada Check Up y Nevada Health Link también pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígena, Programas de Salud Tribuales o los Programas Urbanos de Salud Indígena. Si usted o algún miembro de su familia es Indio Americano o Nativo Alaska, es posible que no tenga que pagar primas o costos compartidos. Haremos preguntas adicionales para asegurarnos de que usted y su familia reciban la mayor ayuda posible. Se requieren tarjetas de afiliación tribal.</p>				
¿Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Indio Americano o Nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tribu:
¿Ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es No, ¿es usted un inmigrante elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de extranjero:
¿Estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Último grado escolar completado?		Fecha Completado (mm/aa)

¿Necesita ayuda con su solicitud?

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

2935-EGS (03/26)

Página 3 de 15

MIEMBRO ADICIONAL 3 (Conteste todas las preguntas en esta casilla para esta persona)				
¿Está solicitando Asistencia Nutricional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Primer nombre, Inicial del Segundo Nombre y Apellido		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		Si es casado(a), ¿vive usted con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de Seguro Social		Edad	Fecha de Nacimiento	Estado o país de nacimiento
				Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Origen étnico o Raza (Opcional)				
<input type="checkbox"/>	Blanco	<input type="checkbox"/>	Medio Oriental o Norte Africano	<input type="checkbox"/> Indio asiático
<input type="checkbox"/>	Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otro Asiático
<input type="checkbox"/>	Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	Otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro
<p><b>Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)</b> Miembros de una tribu que se inscriben en Medicaid, Nevada, Nevada Check Up y Nevada Health Link también pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígena, Programas de Salud Tribuales o los Programas Urbanos de Salud Indígena. Si usted o algún miembro de su familia es Indio Americano o Nativo Alaska, es posible que no tenga que pagar primas o costos compartidos. Haremos preguntas adicionales para asegurarnos de que usted y su familia reciban la mayor ayuda posible. Se requieren tarjetas de afiliación tribal.</p>				
¿Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Indio Americano o Nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tribu:
¿Ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es No, ¿es usted un inmigrante elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de extranjero:
¿Estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Último grado escolar completado?		Fecha Completado (mm/aa)
MIEMBRO ADICIONAL 4 (Conteste todas las preguntas en esta casilla para esta persona)				
¿Está solicitando Asistencia Nutricional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Primer nombre, Inicial del Segundo Nombre y Apellido		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		Si es casado(a), ¿vive usted con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de Seguro Social		Edad	Fecha de Nacimiento	Estado o país de nacimiento
				Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Origen étnico o Raza (Opcional)				
<input type="checkbox"/>	Blanco	<input type="checkbox"/>	Medio Oriental o Norte Africano	<input type="checkbox"/> Indio asiático
<input type="checkbox"/>	Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otro Asiático
<input type="checkbox"/>	Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	Otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro
<p><b>Indio Americano o Nativo de Alaska (AI/AN)</b> Miembros de una tribu que se inscriben en Medicaid, Nevada, Nevada Check Up y Nevada Health Link también pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígena, Programas de Salud Tribuales o los Programas Urbanos de Salud Indígena. Si usted o algún miembro de su familia es Indio Americano o Nativo Alaska, es posible que no tenga que pagar primas o costos compartidos. Haremos preguntas adicionales para asegurarnos de que usted y su familia reciban la mayor ayuda posible. Se requieren tarjetas de afiliación tribal.</p>				
¿Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Indio Americano o Nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tribu:
¿Ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es No, ¿es usted un inmigrante elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de extranjero:
¿Estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Último grado escolar completado?		Fecha Completado (mm/aa)

**(Copias adicionales de esta hoja pueden ser adjuntas para agregar más miembros del hogar)**

¿Necesita ayuda con su solicitud?

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

2935-EGS (03/26)

Página 4 de 15

**INFORMACIÓN DE INGRESO Y EMPLEO**

**Sin empleo** – Sigue a la sección “Preguntas Sobre Ingreso”

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR 1**

¿Quién está trabajando?

En los últimos 3 meses, usted a:  Cambió de trabajos  Terminó de trabajar  Trabaja menos horas  Ninguno de estos

Nombre del empleador: (Si tiene empleo por cuenta propia, escriba “YO MISMO”) Promedio de horas trabajadas cada semana

Dirección del empleador: Número de teléfono del empleador:

Ciudad Estado Código postal

Ingresos en bruto y propinas recibidas por periodo de pago \$ ¿Con qué frecuencia le pagan?  Semanal  Cada dos semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual

**Si tiene empleo por cuenta propia, por favor conteste las siguientes preguntas:**

Tipo de trabajo:

¿Cuántos ingresos netos (ganancias cuando gastos se pagan) recibirás este mes? \$

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR 2:**

¿Quién está trabajando?

En los últimos 3 meses, usted a:  Cambió de trabajos  Terminó de trabajar  Trabaja menos horas  Ninguno de estos

Nombre del empleador: (Si tiene empleo por cuenta propia, escriba “YO MISMO”) Promedio de horas trabajadas cada semana

Dirección del empleador: Número de teléfono del empleador:

Ciudad Estado Código postal

Ingresos en bruto y propinas recibidas por periodo de pago \$ ¿Con qué frecuencia le pagan?  Semanal  Cada dos semanas  Dos veces al mes  Mensual  Anual

**Si tiene empleo por cuenta propia, por favor conteste las siguientes preguntas:**

Tipo de trabajo:

¿Cuántos ingresos netos (ganancias cuando gastos se pagan) recibirás este mes? \$

**PREGUNTAS DE INGRESO: (Por favor conteste todas las preguntas a continuación)**

¿Es usted o alguien en su hogar registrado con o trabajando para una agencia de empleo temporal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién?	¿Cuál agencia?
¿Está usted o alguien en su hogar en huelga actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién?	
¿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 esto?
¿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?	
¿Cuánto es el valor de este intercambio?	¿Cuándo comenzó esto?	¿Qué reciben por su trabajo?	

**(Copias adicionales de esta hoja pueden ser adjuntas para agregar más información del empleador)**

**OTROS INGRESOS: (Marque todas las que correspondan y proporcionar la información requerido)**

Por favor marque la casilla para cada uno de los tipos de otros ingresos que usted o cualquier persona de su hogar recibió o solicitó. Si no marca una casilla para ninguno de los ingresos no derivados del trabajo a continuación, usted reconoce que ni usted ni nadie en su hogar tiene ningún otro ingreso. También marque cualquier dinero recibido considerado ingreso tribal.

Ninguno

Fuente de Ingresos	¿Es esto Tribu?	Cantidad	¿Frecuencia?	¿Quién recibe estos ingresos?
<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Pensiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Retiro o Ferrocarril	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Seguro Social (RSDI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Ingresos de Huéspedes o Inquilinos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Adelantos en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Manutención de Niños	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Ganancias de juego	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Liquidaciones de seguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Préstamos (Tipo: _____)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Asignación militar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Reclamos mineros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Pidiendo limosna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Beneficios a huelguistas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Vivienda subvencionada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Arreglos de Vivienda Residencial (SLA)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> TANF o Asistencia general del condado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Ingresos de fondos fiduciarios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Anualidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Intereses o Dividendos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Ganancias de capital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Ingresos de agricultura o pescar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Alquiler o Regalías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Becas o Subvenciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		

PREGUNTAS DEL HOGAR (Por favor conteste todas las preguntas a continuación)			
¿Tiene la intención de seguir viviendo en Nevada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es no, explique:	Fecha que empezó a vivir en Nevada:
¿Está usted o alguien en su hogar embarazada actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién?	¿Cuántos bebés se esperan?  Fecha del parto:
¿Está usted o alguien en su hogar solicitando para o recibiendo productos tribuales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién?	
¿Hay alguien en su hogar que ha sido descalificado de asistencia por violación intencional del programa (IPV)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién?	Fecha de Violación (mm/dd/aaaa)
		Estado donde el IPV fue dado	
¿Ha sido alguien en su hogar condenado por canjear beneficios de SNAP por drogas después del 22 de septiembre de 1996?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién?	
¿Ha sido alguien en su hogar condenado por comprar o vender beneficios de SNAP con un valor de más de \$500 a partir del 22 de septiembre de 1996?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién?	
¿Ha sido alguien en su hogar condenado por recibir beneficios duplicados de SNAP en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién?	
¿Ha sido alguien en su hogar condenado por canjear beneficios de SNAP por armas, municiones o explosivos a partir del 22 de septiembre de 1996?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién?	
¿Alguien en su hogar ha sido condenado, como un adulto, de uno o más de los siguientes crímenes después del 7 de febrero de 2014? (a) Agravado abuso sexual; (b) Asesinato; (c) Explotación sexual y otro abuso de niños; (d) Agresión sexual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién?	¿Está usted/ellos en cumplimiento con los términos de su sentencia?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está usted o alguien en su hogar dentro de las edades de (7 a 11 años) o (16 y 17 años) asistiendo la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién?	Nombre de la escuela(s):
Las edades de 18 a 49 asistiendo la escuela por encima del nivel de la escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién?	Nombre de la escuela(s):
¿Ha sido usted o alguna persona(s) en su hogar servido 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?	
¿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?	¿Cuánto ganó en cada juego? \$

**RECURSOS** (Marque y conteste todas las que correspondan, incluyendo el dueño, valor y número de cuenta.)

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.

 **Ninguno**
**BANCO / INVERSIÓN / CUENTAS DE RETIRO**

<b>SÍ</b>	<b>TIPO DE CUENTA</b>	<b>DUEÑO(S)</b>	<b>VALOR</b>	<b>NOMBRE DE INSTITUCIÓN FINANCIERA</b>	<b>NÚMERO DE CUENTA</b> (Favor de anotar solamente los últimos 4 números)
<input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorros		\$		
<input type="checkbox"/>	Cuenta de cheques		\$		
<input type="checkbox"/>	Cuenta 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 Recaudación de Fondos		\$		
<input type="checkbox"/>	Ahorros de Educación		\$		
<input type="checkbox"/>	Fondo Fideicomiso de Paciente		\$		
<input type="checkbox"/>	Dinero de Indio Individual		\$		
<input type="checkbox"/>	Bonos de ahorro		\$		
<input type="checkbox"/>	Acciones		\$		
<input type="checkbox"/>	Certificado de Depósito		\$		
<input type="checkbox"/>	Cuenta de retiro individuales (IRA)		\$		
<input type="checkbox"/>	Anualidades		\$		
<input type="checkbox"/>	Otro: _____		\$		

**SEGURO DE VIDA/FONDOS FIDUCIARIOS/ENTIERROS**

<b>SÍ</b>	<b>TIPO DE CUENTA</b>	<b>DUEÑO(S)</b>	<b>VALOR NOMINAL</b>	<b>NOMBRE DE INSTITUCIÓN FINANCIERA</b>	<b>NÚMERO DE CUENTA</b> (Favor de anotar solamente los últimos 4 números)
<input type="checkbox"/>	Seguro de Vida		\$		
<input type="checkbox"/>	Fondos fiduciarios disponibles		\$		
<input type="checkbox"/>	Fondos fiduciarios no disponibles		\$		
<input type="checkbox"/>	Fondos o Planes de entierro		\$		
<input type="checkbox"/>	Herencia en vida				

PERSONAL/ PROPIEDAD MISCELÁNEO					
IS	TIPO DE CUENTA	DUEÑO(S)	VALOR ACTUAL DE MERCADO	CONTENIDO O TIPO DE RECURSO	UBICACIÓN
<input type="checkbox"/>	Caja fuerte		\$		
<input type="checkbox"/>	Ganado		\$		
<input type="checkbox"/>	Derechos sobre Terreno o Minerales		\$		
<input type="checkbox"/>	Reclamos mineros		\$		
<input type="checkbox"/>	Equipo de negocios o Inventario		\$		
<input type="checkbox"/>	Casas o Terreno o Edificios		\$		
<input type="checkbox"/>	Pagarés		\$		
<input type="checkbox"/>	Dinero en efectivo disponible		\$		
<input type="checkbox"/>	Otro: (Favor de anotar)		\$		
			\$		
			\$		

VEHÍCULOS					
Por favor anote todos los vehículos donde usted es dueño o si está comprando (un automóvil, motocicleta, tractor, remolques, caravana, barco, vehículo de terreno), etc. funcionando o no.					
DUEÑO(S)	TIPO DE VEHÍCULO	AÑO, MARCA Y MODELO	VALOR JUSTO DE MERCADO	CANTIDAD DEBIDA	¿ESTA REGISTRADO EL VEHÍCULO?
			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$	\$	<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		
¿Usted o alguien en su hogar ha vendido, intercambiado o regalado dinero, vehículos, propiedades u otros recursos, cerrado alguna cuenta de banco en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién?
¿Cuál recurso fue transferido?	¿A quién fue transferido el recurso?	¿Parentesco con usted?
¿Cuándo fue transferido el recurso?	¿Valor del recurso? \$	¿Por qué fue transferido el recurso?

<b>GASTOS DE VIVIENDA</b>			
¿Está usted <b>ALQUILANDO</b> su hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿cuánto paga de renta cada mes? \$	
¿Está recibiendo Subvención de Alquiler?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿Cuál agencia le ayuda? ¿por cuánto está subvencionado? \$	
¿Como se llama su propietario?			
¿Cuál es la dirección del propietario?			
¿Qué es el número de teléfono del propietario?			
¿Es usted un <b>PROPIETARIO DE VIVIENDA</b> ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿cuánto paga por su hipoteca (incluyendo hipotecas secundarias)? \$	¿Frecuencia de pago?
¿Paga usted impuestos de hipoteca separado de su hipoteca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿cuánto paga? \$	¿Frecuencia de pago?
Si la respuesta es sí, ¿cuánto paga?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿cuánto paga? \$	¿Frecuencia de pago?
¿Paga usted cuota de la asociación de propietarios (HOA) separado de su hipoteca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿cuánto paga? \$	¿Frecuencia de pago?
¿Paga usted alquiler de Lote o Espacio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿cuánto paga? \$	¿Frecuencia de pago?
¿Es usted o alguien en su hogar responsable por pagar gastos de servicios públicos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
a: Si la respuesta es sí, ¿incluye calefacción o refrigeración?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
b: Si la respuesta es no, por favor indica cuales gastos usted es responsable de pagar:			
<input type="checkbox"/> Electricidad	<input type="checkbox"/> Gas Natural	<input type="checkbox"/> Propano	<input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Albañal <input type="checkbox"/> Basura <input type="checkbox"/> Teléfono
¿Paga alguien fuera del hogar por cualquiera de estos gastos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿con cuánto le ayudan? \$ ¿Frecuencia de pago?	
¿Quién está ayudando pagar sus gastos?		¿Qué es el número de teléfono de esa persona?	
<b>OTROS GASTOS</b>			
¿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 paga cada mes? \$
¿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?	¿Cuánto paga cada mes? \$
¿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, ¿cuál agencia o persona?	¿Cuánto paga cada mes? \$
¿Alguien de 60 años o mayor, o cualquier persona(s) quien esta discapacitada tiene gastos médicos por cuenta propia, incluyendo costos de Medicare o seguro médico en exceso de \$35 o más?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿quién?	¿Cuánto paga cada mes? \$
¿Paga una agencia o alguien fuera del hogar una porción de sus gastos médicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿cuál agencia o persona?	¿Cuánto paga cada mes? \$

¿Necesita ayuda con su solicitud?

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

2935-EGS (03/26)

Página 10 de 15

**AVISO DE DERECHOS Y OBLIGACIONES**

**Leer y poner sus iniciales en cada declaración hacia abajo si alguien está solicitando para asistencia de SNAP.**

	<p>Mi firma certifica que la información en esta solicitud es correcto y cierto. Podría ser sancionado y requerido a regresar cualquier beneficio que recibo si la información no es correcta. Sanciones pueden incluir acciones administrativos, civiles o criminales hacia mí, incluyendo cargos.</p>
	<p>Doy mi consentimiento de la reunión, uso, y la divulgación de información incluyendo mi SSN, por el Departamento de Servicios Humanos de Nevada (DHS), División de Servicios Sociales (DSS) o sus designados. Yo entiendo que la información es necesario para el propósito de proveer beneficios o servicios, obtener pagos para mis beneficios o servicios y para operaciones normales de negocio del departamento.</p> <p>Yo tengo el derecho para revocar mi consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando DSS ya utilizó y divulgó mi información. Si decido revocar mi consentimiento, DSS no proveerá beneficios o servicios adicionales.</p>
	<p>Mi firma indica que he leído y/o recibido una copia de la política de privacidad de DSS (<i>referir al Apéndice B</i>).</p>
	<p>Estoy requerido a reportar todos los cambios en circunstancias de mi hogar, incluyendo las personas en mi vivienda, nacimiento de una criatura, asistencia escolar, o cambios de gastos de vivienda, estado civil y recursos que pueden afectar mis beneficios del hogar. Información no reportados puede afectar mi determinación de elegibilidad. Si no reporto o verifico cualquiera de los gastos indicados en la solicitud, se considerará que no quiere tener una deducción por los gastos no reportados o no verificados. DSS me notificará de los requisitos específicos para el reporte de cambios del programa en una notificación de decisión.</p>
	<p>Estoy obligado a reportar cuando mis ingresos mensuales del hogar exceden el límite en bruto del tamaño de mi hogar.</p>
	<p>Información disponible por el Sistema de Verificación de Elegibilidad Instantáneo (IEVS), y otros recursos en línea, son usados y pueden ser verificados por comunicaciones terceros cuando diferencias son descubiertos dentro del sistema y lo que usted reporta. Esta información puede afectar su elegibilidad y nivel de beneficios.</p>
	<p>Entiendo que todos los miembros adultos del hogar pueden ser responsables por el reembolso de beneficios si el hogar recibe beneficios que no tuvieron derecho en recibir. Esto aplica a beneficios de sobrepago por resultado de un error de la agencia, error involuntario del hogar y violación intencional del programa. Si hay un sobrepago de beneficios a mi hogar, la información en esta solicitud, incluyendo todos los SSN's de los adultos pueden ser referidos a las agencias federales y estatales, igual a reclamos privados en agencias de colección para colectar. Además, es posible que me descalifiquen para recibir beneficios en el futuro. Entiendo que, si me declaran culpable de una violación intencional del programa en SNAP, será excluido de los beneficios de programa por doce (12) meses por la primera violación, veinticuatro (24) meses por la segunda violación y PERMANENTEMENTE por la tercera violación. Entiendo que el uso ilegal de SNAP es castigado con una multa hasta de \$250,000, encarcelamiento hasta por veinte (20) años o ambos.</p>
	<p>Esta información puede ser divulgado a otras agencias federales y estatales para una revisión y agencias oficiales de la ley para detener a personas que huyen para eludir la ley.</p>
	<p>Puedo ser requerido a cooperar con revisores federales y estatales quienes están asegurando que mis beneficios son correctos. Podría no ser elegible para recibir beneficios si no coopero. Hacer declaraciones falsas o engañosas, falsificar, ocultar o retener hechos utilizados para determinar mi elegibilidad puede resultar en la descalificación futura del programa y cargos criminales de acuerdo con las leyes estatales y federales.</p>
	<p>Seré notificado para el derecho de apelar o pedir una audiencia por las decisiones de DSS, y me puedo comunicar con DSS para información sobre el proceso. Una petición debe ser sometida dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la notificación de decisión. Una apelación o audiencia se puede pedir en persona, en escrito o por teléfono. Puede tener a otra persona que actúe en su nombre, pero el permiso por escrito debe ser recibido por DSS antes de la apelación o audiencia. Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación o audiencia, puede apelar su caso con la Corte Local del Distrito del Estado de Nevada.</p>
	<p>Para recibir SNAP, puedo ser requerido a participar en programas de empleo. El no participar podría resultar en la pérdida o disminución de beneficios.</p>
	<p>Es contra la ley regalar o intercambiar los beneficios de mi tarjeta de EBT para dinero en efectivo, armas, drogas u otros bienes y servicios. Penalidades incluye multas, encarcelamiento y la descalificación para beneficios en el futuro. Los beneficios que yo recibo son solamente para mí y los miembros de mi hogar. No podré usar los beneficios de SNAP para individuos fuera de mi hogar.</p>
	<p>La ley federal declara que el periodo establecido para utilizar los beneficios de SNAP es 274 días 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 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.</p>

## RESPONSABILIDADES

### Leer y poner sus iniciales en cada declaración abajo si alguien está solicitando para asistencia de SNAP.

	<p>Estoy obligado a informar todos los cambios en mi hogar desde la fecha en que presento mi solicitud hasta el día de mi entrevista. Una vez que mis beneficios de SNAP son aprobados, debo reportar todos los cambios dentro de 10 días desde la fecha que ocurrió el cambio, basado en los requisitos específicos de mi hogar. Recibiré una notificación informándome de mis requisitos específicos.</p>
	<p>Si mi hogar se clasifica como un <b>Hogar de Reporte Simplificado</b>, debo reportar cuando los ingresos de mi hogar exceden el 130% del nivel federal de pobreza según el tamaño de mi hogar. Si los beneficios de SNAP son aprobados seré notificado del nivel de ingreso según el tamaño de mi hogar. Si yo o algún miembro de mi hogar está entre las edades de 18 a 64 años y actualmente está trabajando, debo reportar dentro de 10 días si las horas de trabajo bajan a menos de 20 horas por semana; para el propósito de esta provisión, 20 horas a la semana en promedio mensual significa 80 horas por mes. Mi gerente del caso podría solicitar comprobantes adicionales sobre el cambio. Seré requerido a presentar comprobantes para una fecha determinada para continuar mi elegibilidad o para evitar un sobrepago o un pago insuficiente de beneficios.</p>
	<p>Si mi hogar se clasifica como un <b>Hogar de Cambios de Condición</b>, seré requerido a reportar cambios tal como mi dirección física, gastos de vivienda, su porción del pago de vivienda subvencionada, estado civil, estado laboral, si yo o algún miembro de mi hogar está entre las edades de 18 a 64 años y actualmente trabajando, debo reportar dentro de 10 días si las horas de trabajo bajan a menos de 20 horas por semana; para el propósito de esta provisión, 20 horas a la semana en promedio mensual significa 80 horas por mes, y cualquier dinero que recibo o ingresos de cualquier fuente, bienes o recursos, cuántas personas viven en el hogar, el nacimiento de un niño en mi hogar, asistencia a la escuela, la ausencia de algún miembro del hogar aunque sea temporal (si es más de 30 días), y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios de mi hogar.</p>
	<p>Entiendo que mi gerente del caso puede solicitar comprobante adicional de algún cambio reportado. Soy requerido a proporcionar comprobante solicitado para la fecha especificada para continuar con mi elegibilidad o para evitar un sobrepago o un pago insuficiente de beneficios.</p>
	<p><b>Lotería Considerable o Ganancias de Juego</b> Independientemente de mi requisito de reportar, debo reportar si yo o alguien en mi hogar recibe lotería considerable o ganancias de juego. Soy requerido 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 de mi hogar y determinar si cualquier ajuste de beneficios son necesarios. 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 mi hogar no es anciano o discapacitado). Esta cantidad se actualiza cada año en el 1 de octubre.</p>
	<p>SNAP permite utilizar ciertos gastos - como renta, hipoteca, impuestos de propiedad, seguro de propietario de vivienda, gastos de servicios públicos, cuidado de niño o dependiente y manutención de niños pagados por el hogar - como deducción 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 en mi hogar. Si no reportó o verificó algún gasto de los que son indicados en mi solicitud, será considerado que no quiero recibir una deducción por el gasto no reportado o no verificado.</p>
	<p><b>Condenas por Delitos Graves/ Violaciones de Libertad Condicional/ Felón de Fuga</b> Si yo, o alguien en mi hogar, está solicitando SNAP y ha sido condenado de ciertas ofensas de condena o están en violación de 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 soy elegible 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.</p>

<b>Reconocimiento, Firma, y Divulgación de Información del Cliente:</b>	<p>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 cualquier cambio de circunstancias en mi hogar que pueda afectar mis beneficios. Entiendo que si fallo en reportar cambios puede resultar en un sobre pago que yo sería responsable por reembolsar o acusación por la ley.</p> <p>Entiendo que, si no firmo mis iniciales en la página 9 donde indicado en esta solicitud, esto no libera ni a mí o ni a los miembros del hogar de los requisitos y obligaciones. Yo juro que yo he reportado honestamente la ciudadanía mía y de cualquier persona por la cual también solicito servicios.</p>		
	<b>Divulgación de Información</b>		
	<p>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.</p> <p>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 liberación (divulgación) de la información requerida.</p>		
	<b>Firma o marca del Solicitante o Representante Autorizado</b>	<b>Fecha</b>	<b>Firma o marca del Cónyuge o Segundo Padre de los niños o Adulto Responsable</b>
	<b>Nombre con letra de molde</b>		<b>Nombre con letra de molde</b>
<p><b>Testigo:</b> (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 de la firma anterior.</p>			
<b>Firma del testigo</b>	<b>Nombre con letra de molde</b>	<b>Fecha</b>	

<b>VOTAR</b>	<b>SI USTED NO ESTA REGISTRADO A VOTAR DONDE VIVE AHORA, ¿DESEA REGISTRARSE A VOTAR AQUÍ HOY?</b>
(Por favor marque una de las casillas)	
<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	
<p><b>Si usted no marca ninguna casilla, se considerará que usted decidió no registrarse a votar en este momento.</b> La Ley <b>Nacional de Registro de Votantes</b> le proporciona 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.</p>	
<p><b>NOTICIA IMPORTANTE:</b> El hecho de registrarse o negarse a registrar para votar NO AFECTARÁ la cantidad de asistencia que se le proporcionará por esta agencia.</p>	
Su firma	Fecha
<p><b>CONFIDENCIALIDAD:</b> Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial.</p>	
<p><b>SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO</b> 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:</p> <p style="text-align: center;"><b>Office of the Secretary of State</b> Capitol Complex Carson City, Nevada 89701.</p>	

APPENDIX A

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

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Nombre del Caso \_\_\_\_\_ Número del Caso \_\_\_\_\_

Solicitantes y beneficiarios pueden designar un individuo u organización para actuar de forma responsable en su nombre. Esto incluye ayudar con la solicitud de asistencia del individuo, las renovaciones de elegibilidad y otras comunicaciones en curso con la agencia. Esta designación debe incluir la firma del solicitante electrónicamente, telefónicamente o escrita a mano. Un representante autorizado designado está de acuerdo en actuar de forma responsable en nombre del solicitante/beneficiario proporcionando toda la información necesaria para determinar la elegibilidad para asistencia. Los derechos y obligaciones de un representante autorizado son los mismos como si fuera el solicitante/cliente en la medida de la capacidad financiera del solicitante/cliente de hacer pagos.

I. DESIGNACION DE REPRESENTANTE AUTORIZADO POR EL SOLICITANTE/BENEFICIARIO

Yo, \_\_\_\_\_, solicito que la siguiente persona/agencia  
Nombre con letra de molde del Solicitante/Beneficiario  
\_\_\_\_\_ actúe como mi representante autorizado.  
Nombre con letra de molde de la Persona o Agencia

Entiendo que yo o el representante autorizado designado podemos cancelar esta designación por escrito en cualquier momento.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Parentesco con el solicitante si la firma no es la del solicitante (Debe ser un miembro de la familia) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE DESIGNADO

Yo creo que el solicitante/beneficiario arriba nombrado entiende la naturaleza y las consecuencias de sus actos y es capaz de ejercer su propia voluntad. Yo certifico que el solicitante/beneficiario arriba nombrado tomó la decisión de designarme como su representante bajo ningún tipo de amenaza o presión. Yo certifico que, bajo pena de perjurio, la información que proporciono es correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del Representante \_\_\_\_\_ Cargo/Parentesco \_\_\_\_\_ Nombre con letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Hospital, asilo de ancianos o agencia del condado \_\_\_\_\_

II. DESIGNACION DE REPRESENTANTE AUTORIZADO POR OTROS

Yo, \_\_\_\_\_, he hecho un esfuerzo de buena fe de comunicarme con miembros de la familia y/o cualquier tutor legal del solicitante/beneficiario. No he tenido éxito en encontrar un tutor legal o un miembro de la familia para actuar como representante autorizado o proporcionar información. Por lo tanto, yo solicito ser designado como representante autorizado del solicitante/beneficiario arriba nombrado. Yo certifico que, bajo pena de perjurio, la información que proporciono es correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del representante \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Nombre con letra de molde \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Hospital, asilo de ancianos o agencia del condado \_\_\_\_\_

## Política de Privacidad de DSS

La División de Servicios Sociales (DSS) se compromete a proteger la privacidad de sus clientes y clientes potenciales. Todos los datos proporcionados a DSS se utilizarán para determinar la elegibilidad para asistencia pública; asistencia para la compra de seguro médico; investigaciones de uso indebido de beneficios de asistencia pública y reembolso; revisiones de control de calidad del trabajo de asistencia social; y, auditorías internas, estatales y federales.

De acuerdo con la Sección 5 del Código de los Estados Unidos (5 USC) § 552a(e)(1), al solicitar los programas de asistencia pública ofrecidos por DSS, debe proporcionar a DSS su información personal. Al hacerlo, usted está consintiendo a que DSS recaude, utilice, difunda y mantenga esta información con el fin de determinar la elegibilidad para los programas de asistencia pública y los usos auxiliares antedichos, según sea necesario.

De acuerdo con la Sección 7 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Capítulo 273.2(b) del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP); 45CFR 206.10a del Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF); 42CFR 435.600a del Programa de Asistencia Médica; y, 5USC § 552a(e)(1) de la Ley de Privacidad, DSS requiere que los solicitantes presenten una solicitud de asistencia pública que contenga información personal para determinar si el solicitante es elegible para recibir asistencia pública.

La información obtenida por DSS de individuos se utilizará únicamente con fines internos. DSS no divulgará ni venderá intencionadamente su información personal a terceros. DSS tomará todas las medidas razonables para proteger su información.

DSS mantiene su información privada, como exige la ley. Sus respuestas en esta solicitud solo se utilizarán para determinar la elegibilidad para los programas de asistencia pública por los que está solicitando. El DSS y el Departamento de Servicios Humanos (DHS) revisarán su elegibilidad utilizando las bases de datos electrónicas de la división y las bases de datos de agencias federales. Si la información no coincide, es posible que se le pida que envíe pruebas.

DSS recaudará y archivará toda la información que proporcione a través del sitio de Access Nevada. Esto incluye:

- Su nombre
- Dirección
- Información de Contacto
- Nombres de Usuario
- Contraseñas
- Números de identificación Personal (PIN)
- Números de Seguro Social
- Información financiera y similar;
- Junto con copias de cualquier documento que suba como:
  - Recibos de renta
  - Talones de cheque y
  - Fotos de su licencia de conducir

**La Política de Privacidad del Estado de Nevada se puede encontrar en [nv.gov/privacy-policy](https://nv.gov/privacy-policy).**



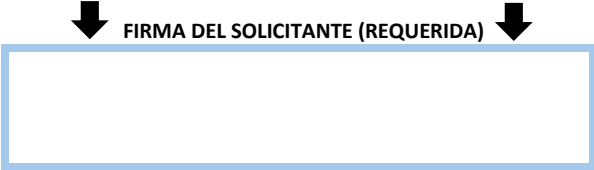
# SOLICITUD PARA INSCRIBIRSE COMO VOTANTE EN EL ESTADO DE NEVADA

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 <b>NV</b>	
				Código Postal	
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"/> <b>MARQUE ESTA CASILLA PARA RECIBIR UNABOLETA DE MUESTRA EN LETRA GRANDE</b>		
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;">   <b>FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA)</b> </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 <input type="checkbox"/> FIELD REGISTRAR <input type="checkbox"/> MAIL <input type="checkbox"/> IN PERSON <input type="checkbox"/> OTHER	CANCELLED INACTIVE PRECINCT	APPLICATION NO. RECEIVED BY:
------------	--	-----------------------------------	---------------------------------

✂ Separe Aquí ✂

✂ Separe Aquí ✂

✂ Separe Aquí ✂

<b>NOMBRE DE LA PERSONA RETENIENDO ESTA SOLICITUD</b> (Agency Stamp or Name of Agent, Election Official or Person Retaining Application)	<b>OFICIAL ELECTORAL O DE AGENCIA</b> (Contact Information, Address, Telephone, Fax)	<b>RECIBO DE VOTANTE</b> (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..  <b>NUM. DE SOLICITUD</b>
---	---	---

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**FIRST CLASS  
STAMP  
NECESSARY  
FOR MAILING**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_