Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
DIVISION OF SOCIAL SERVICES
Serving Nevada. Supporting Community. Building Futures.

Robert H. Thompson
Administrator

Solicitud para Seguro de Salud

Puede utilizar esta solicitud para:

- Solicitar seguro gratuito o a costo reducido con Medicaid o Nevada Check-Up.
  - Usted puede solicitar y recibir Medicaid, incluso si usted ya tiene seguro.
- Si se determina que usted o miembros de su familia no son elegibles para Medicaid o Nevada Check-Up, aún puede ser que califiquen para recibir ayuda del gobierno federal para pagar por un seguro de salud. La información proporcionada será referida a Nevada Health Link. Para obtener información adicional, visite el sitio web al www.nevadahealthlink.com o llame al 855-768-5465.

Acceda a sus beneficios rápidamente.

¿Sabía usted que puede solicitar, inscribirse y comenzar a utilizar sus beneficios de salud más pronto si somete su solicitud en línea?

Solicitar en Línea

- Dura como 45 minutos para un hogar típico
- Sigue las indicaciones y, al terminar, clic "SOMETER"
- Cuando crea una cuenta, usted puede revisar el estatus de sus beneficios en línea.

Ir a: accessnevada.nv.gov

Reciba asistencia con su solicitud.

Asistencia Personal

Usted puede recibir asistencia personalizada para completar su solicitud en una de las oficinas del distrito de la División o de un Centro de Recursos para la Familia.

Para encontrar una ubicación cercana a su domicilio:
Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-688 (TTY) o visite dss.nv.gov

Llene la solicitud adjunto mediante papel.

Por Correo

Una solicitud mediante papel, escrita a mano, es una opción para los que prefieren usar papel.

- Siga las instrucciones y complete TODAS las áreas que le apliquen a usted y a su familia.
- Someter su solicitud a la oficina local de los Servicios Sociales o enviar a:

DSS
PO Box 15400
Las Vegas, NV 89114

Información de contacto (Por favor indique un miembro adulto del hogar como contacto, si es necesario.)

Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Sufijo:	Fecha de Nacimiento:

Dirección de su Domicilio: **Número de apartamento:**

Ciudad: **Estado:** **Código postal:**

Si no tiene un domicilio permanente, usted tiene que dar una dirección de correo válido.

Domicilio de correo (Si es distinta a la dirección de su domicilio) **Número de apartamento:**

Ciudad: **Estado:** **Código postal:**

No. de Teléfono Ext. No. de Teléfono Secundario Ext.

Actualmente, todas las notificaciones se mandan mediante papel. ¿Quiere formato electrónico? Puede escoger notificaciones de correo electrónico/texto al inscribirse en Access Nevada.

Dirección de correo electrónico:

Idioma preferido (si no es inglés): ☐ Español ☐ Otro: _____ ¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

Información del Hogar

Sus ingresos y el tamaño de familia nos ayudan a decidir por cuales programas califica.

¿Quién debe ser incluido en esta solicitud?:

- su cónyuge, si es casado, o su pareja doméstica registrada legalmente
- sus hijos que viven con usted
- su pareja que vive con usted (pero sólo si tienen hijos en común que necesitan seguro de salud)
- cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos federal, **sin importar que viven con usted o no**
- **Si usted no presenta una declaración de impuestos, debe aún incluir los miembros de la familia que viven con usted.**

Cualquier otra persona que viva con usted tendrá que someter su propia solicitud si quiere seguro. Usted no tiene que presentar declaración de impuestos para solicitar seguro de salud.

Complete las páginas Miembros Adicionales del hogar para cada persona en su familia. Comience con usted mismo. Si tiene más de 2 personas en su familia, tendrá que hacer una copia de las páginas "Miembros adicionales del hogar" y completarlas.

Necesitamos los números de Seguro Social (SSN) de todos los que solicitan seguro de salud, si lo tienen. Un SSN es opcional para las personas que no solicitan seguro, pero el proporcionarlo puede acelerar el proceso de solicitud. **Por favor, asegúrese de que el nombre en la solicitud sea el mismo que aparece en su tarjeta de Seguro Social.**

Indios Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN) Miembros de un tribu que se inscriben en Medicaid, Nevada Check Up y por 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 de Alaska, es posible que no tenga que pagar primas o costos compartidos. Al presentar una solicitud a través de Nevada Health Link como miembro de una tribu reconocida a nivel federal, se requerirá la afiliación tribal. Haremos preguntas adicionales para asegurarnos de que usted y su familia reciban la mayor ayuda posible.

Información sobre el Jefe de Familia

Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo	Estado Civil	Si está casado(a), ¿vive usted con su cónyuge? ☐ Si ☐ No	Parentesco con usted: **SI MISMO**

Número de Seguro Social (**opcional**)	Fecha de Nacimiento	¿Embarazada? ☐ Si ☐ No Fecha del parto: Si la respuesta es sí, ¿cuántos bebés se esperan?:	**Sexo** ☐ Masculino ☐ Femenino
_____-_____- _____	___/___/_____		

¿Espera usted presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

☐ Sí **Si la respuesta es sí,** conteste las preguntas 1 a 3 ☐ o **Si no**, pase a la pregunta 3

Nota: Usted puede solicitar para seguro de salud incluso si no presenta una declaración de impuestos.

1 ¿Espera presentar una declaración conjunta con su cónyuge/pareja? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, nombre de su cónyuge/pareja: _____

2 ¿Reclamará usted dependientes en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, listar el nombre(s) de los dependientes: _____

¿Lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, por favor anote el nombre del declarante: _____
¿Qué parentesco tiene con el declarante? _____

¿Está usted solicitando para Medicaid, Nevada Check-Up o asistencia con sus primas de seguro de salud (Crédito fiscal anticipado para la prima - APTC)?

☐ Sí **Si la respuesta es sí,** conteste todas las preguntas a continuación ☐ No **Si no**, pase a la pregunta 3

Nota: Marcando 'Sí' indica que será evaluado para ayuda médica financiado con fondos federales.

Número de Seguro Social - **REQUERIDO** si no listado arriba _____-_____- _____	Si es un niño menor de 19 años, ¿tiene acceso a cobertura de empleado público? ☐ Si ☐ No

¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? ☐ Si ☐ No ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? ☐ Si ☐ No

Si es ciudadano de los EE.UU., ¿tiene estatus migratorio elegible? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información: **Tipo:** **Número de ID:** _____

¿Es usted, su cónyuge, su pareja doméstica o su padre (si usted es menor de edad) un veterano retirado honorablemente o miembro activo de las fuerzas militares? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted un estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted un Indio Americano o Nativo de Alaska? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿cuál tribu?

Si es menor de 26 años, ¿ha estado alguna vez en cuidado estatal temporal? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿en qué estado?

¿Edad cuando salió del programa? _____

¿Recibe cuidado de seguro a través de un programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

¿Es el padre o el pariente a cargo principal de cualquier niño(s), menor de 19, en el hogar? Si la respuesta es sí, ¿quién? ☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es sí,** ¿quién?

¿Necesita alguien ayuda con cuentas médicas de los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿para cuáles meses?

Información sobre el Jefe de Familia a continuación:

¿Está legalmente ciego o permanentemente discapacitado? ☐ Sí ☐ No

¿Está usted recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita ayuda con actividades de la vida diaria a través de servicios de ayuda personal o un centro médico?
☐ Sí ☐ No

Trabajo actual e Información de Ingresos ☐ **Sin empleo -** Sigue a la sección 'Otro Ingreso'

TRABAJO ACTUAL:

En los últimos 3 meses, usted:
☐ Cambió de trabajo ☐ terminó de trabajar ☐ trabaja menos horas ☐ Ninguno de estos

Nombre del empleador: (Si tiene empleo por cuenta propia, escribe 'SÍ MISMO')	Promedio de horas trabajadas cada semana:
Dirección del empleador:	Número de teléfono del empleador: ( )

Ciudad: Estado: Código postal:

Ingresos en bruto/propinas recibidas por período de pago: $	¿Con qué frecuencia le pagan? ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Bimensual ☐ 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? $_____

OTROS INGRESOS: Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia con que usted la recibe.

Nota: No es necesario que nos informe sobre la manutención de niños o pagos de veteranos discapacitados. Ciertos dineros recibidos se contarán o no se contará para Medicaid y Nevada Check-Up. Danos saber si cualquier dinero recibido es considerado ingreso tribual.

☐ Ninguno			¿Ingreso Tribual?
☐ Desempleado	$	¿Con qué frecuencia?	
☐ Jubilación	$	¿Con qué frecuencia?	
☐ Pensiones	$	¿Con qué frecuencia?	
☐ Beneficios del Seguro Social (RDSI)	$	¿Con qué frecuencia?	
☐ Intereses/Dividendos	$	¿Con qué frecuencia?	☐ Sí ☐ No
☐ Anualidades	$	¿Con qué frecuencia?	☐ Sí ☐ No
☐ Ingreso por alquiler	$	¿Con qué frecuencia?	☐ Sí ☐ No
☐ Ganancias sobre el capital	$	¿Con qué frecuencia?	☐ Sí ☐ No
☐ Ingreso de agricultura o Pesca	$	¿Con qué frecuencia?	☐ Sí ☐ No
☐ Pensión alimenticia	$	¿Con qué frecuencia?	
☐ Subvenciones y becas	$	¿Con qué frecuencia?	☐ Sí ☐ No
☐ Adelantos en efectivo	$	¿Con qué frecuencia?	
☐ Ganancias de juego	$	¿Con qué frecuencia?	
☐ Otro	$	¿Con qué frecuencia?	☐ Sí ☐ No

Información sobre el Jefe de Familia continuado:

DEDUCCIONES (Solamente indique las deducciones reportadas en el formulario 1040 del IRS): Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia.

Si usted paga por ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federales, al informarnos podría reducir sus ingresos contables. **Nota**: No debe incluir un costo ya considerado en su respuesta anterior referente a sus ingresos netos de trabajo por cuenta propia.

☐	Gastos de Educador	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Ahorros para la Salud	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Gastos de mudanza	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Pensión alimenticia	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Deducciones de una Cuenta de retiro individual (IRA)	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Gastos de negocio de reservistas, artistas intérpretes y funcionarios gubernamentales de pago a base de honorarios	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Multa pagada por retiro temprano de ahorros	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Intereses de préstamos estudiantiles	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Cargos de matrícula	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Actividades de Producción Doméstica	$	¿Con qué frecuencia?

INGRESO ANUAL:

Si el ingreso listado por usted en esta página no es fijo de mes al mes, por favor díganos lo que espera que será su ingreso anual. **Por ejemplo**, algunas personas esperan su ingreso cambiar porque solo trabajan algunos meses del año. Si no espera un cambio a sus ingresos mensuales, pase esta pregunta.

Total de los ingresos anuales esperados este año: $ _____ Total de ingresos esperados el próximo año: $ _____

RAZA / ORIGEN ÉTNICO

¿Es usted de origen hispano, latino o español? (Opcional) ☐ Sí ☐ No

Raza (opcional) - marque todo lo que corresponda:

☐ Blanco	☐ Nativo de Hawái	☐ Indio Asiático
☐ Afroamericano o Negro	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska	☐ Medio Oriental o Norte Africano
☐ Otro Isleño del Pacífico	☐ Otro Asiático	☐ Otro

Información de Miembro Adicional (Si existen más de dos personas para incluir, haga una copia de la sección Miembro Adicional y complétala.)

Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, y Sufijo	Estado Civil	Si está casado(a), ¿vive usted con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No	Parentesco con usted:

Número de Seguro Social (**opcional**)	Fecha de Nacimiento	¿Embarazada? ☐ Si ☐ No Fecha del parto: Si la respuesta es sí, ¿cuántos bebés se esperan?:	**Sexo** ☐ Masculino ☐ Femenino
_____-_____- _____	___/___/_____		

¿Espera usted presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

☐ Sí **Si la respuesta es sí,** conteste las preguntas 1 a 3 ☐ No **Si no**, pase a la pregunta 3.

Nota: Usted puede solicitar para seguro de salud incluso si no presenta una declaración de impuestos

1. ¿Espera presentar una declaración conjunta con su cónyuge/pareja? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es sí, nombre de su cónyuge/pareja: _____
2. ¿Reclamará usted dependientes en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es sí, listar el nombre(s) de los dependientes: _____
3. ¿Lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No
   Si la respuesta es sí, por favor anote el nombre del declarante: _____
   ¿Qué parentesco tiene con el declarante? _____

¿Esta usted solicitando para Medicaid, Nevada Check-Up o asistencia con sus primas de seguro de salud (Crédito fiscal anticipado para la prima - APTC)?

☐ Sí **Si la respuesta es sí,** conteste todas las preguntas a continuación ☐ No **Si no**, pase a la pregunta 3

Nota: Marcando 'Sí' indica que será evaluado para ayuda médica financiado con fondos federales.

Número de Seguro Social - **REQUERIDO** si no listado arriba _____-_____- _____	Si es un niño menor de 19 años, ¿tiene acceso a cobertura de empleado público? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? ☐ Si ☐ No ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? ☐ Sí ☐ No

es ciudadano de los EE.UU., ¿tiene estatus migratorio elegible? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información: **Tipo:** _____ **Número de ID:** _____

¿Es usted, su cónyuge, su pareja doméstica o su padre (si usted es menor de edad) un veterano retirado honorablemente o miembro activo de las fuerzas militares? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted un estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted un Indio Americano o Nativo de Alaska? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿cuál tribu?

Si es menor de 26 años, ¿ha estado alguna vez en cuidado estatal temporal? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿en qué estado?

¿Edad cuando salió del programa? _____

¿Recibe cuidado de seguro a través de un programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

¿Es el padre o el pariente a cargo principal de cualquier niño(s), menor de 19, en el hogar? Si la respuesta es sí, ¿quién? ☐ Si ☐ No **Si la respuesta es sí,** ¿quién?

¿Necesita alguien ayuda con cuentas médicas de los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿para cuáles meses?

Información Adicional de los Miembros a continuación:

¿Está legalmente ciego o permanentemente discapacitado? ☐ Sí ☐ No

¿Está usted recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita ayuda con actividades de la vida diaria a través de servicios de ayuda personal o un centro médico?
☐ Sí ☐ No

Trabajo actual e Información de Ingresos ☐ **Sin empleo -** Sigue a la sección 'Otro Ingreso'

TRABAJO ACTUAL:

En los últimos 3 meses, usted:
☐ Cambió de trabajos ☐ terminó de trabajar ☐ trabaja menos horas ☐ Ninguno de estos

Nombre del empleador: (Si tiene empleo por cuenta propia, escribe "SÍ MISMO')	Promedio de horas trabajadas cada semana:
Dirección del empleador:	Número de teléfono del empleador: ( )

Ciudad: Estado: Código postal:

Ingresos en bruto/propinas recibidas por período de pago: $	¿Con qué frecuencia le pagan? ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Bimensual ☐ 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? $_____

OTROS INGRESOS: Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia con que usted la recibe.

Nota: No es necesario que nos informe sobre la manutención de niños o pagos de veteranos discapacitados. Ciertos dineros recibidos se contarán o no se contará para Medicaid y Nevada Check-Up. Danos saber si cualquier dinero recibido es considerado ingreso tribual.

			¿Ingreso Tribual?
☐ Ninguno			
☐ Desempleado	$	¿Con qué frecuencia?	
☐ Jubilación	$	¿Con qué frecuencia?	
☐ Pensiones	$	¿Con qué frecuencia?	
☐ Beneficios del Seguro Social (RDSI)	$	¿Con qué frecuencia?	
☐ Intereses/Dividendos	$	¿Con qué frecuencia?	☐ Sí ☐ No
☐ Anualidades	$	¿Con qué frecuencia?	☐ Sí ☐ No
☐ Ingreso por alquiler	$	¿Con qué frecuencia?	☐ Sí ☐ No
☐ Ganancias sobre el capital	$	¿Con qué frecuencia?	☐ Sí ☐ No
☐ Ingreso de agricultura o Pesca	$	¿Con qué frecuencia?	☐ Sí ☐ No
☐ Pensión alimenticia	$	¿Con qué frecuencia?	
☐ Subvenciones y becas	$	¿Con qué frecuencia?	☐ Sí ☐ No
☐ Adelantos en efectivo	$	¿Con qué frecuencia?	
☐ Ganancias de juego	$	¿Con qué frecuencia?	
☐ Otro	$	¿Con qué frecuencia?	☐ Sí ☐ No

Información Adicional de los Miembros a continuación:

DEDUCCIONES (Solamente indique las deducciones reportadas en el formulario 1040 del IRS): Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia.

Si usted paga por ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federales, al informarnos podría reducir sus ingresos contables. **Nota**: No debe incluir un costo ya considerado en su respuesta anterior referente a sus ingresos netos de trabajo por cuenta propia.

☐	Gastos de Educador	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Ahorros para la Salud	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Gastos de mudanza	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Pensión alimenticia	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Deducciones de una Cuenta de retiro individual (IRA)	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Gastos de negocio de reservistas, artistas intérpretes y funcionarios gubernamentales de pago a base de honorarios	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Multa pagada por retiro temprano de ahorros	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Intereses de préstamos estudiantiles	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Cargos de matrícula	$	¿Con qué frecuencia?
☐	Producción doméstica	$	¿Con qué frecuencia?

INGRESO ANUAL:

Si el ingreso listado por usted en esta página no es fijo de mes al mes, por favor díganos lo que espera que será su ingreso anual. **Por ejemplo**, algunas personas esperan su ingreso cambiar porque solo trabajan algunos meses del año. Si no espera un cambio a sus ingresos mensuales, pase esta pregunta.

Total de los ingresos anuales esperados este año: $ _____

Total de ingresos esperados el próximo año: $ _____

RAZA / ORIGEN ÉTNICO

¿Es usted de origen hispano, latino o español? (Opcional) ☐ Sí ☐ No

Raza (opcional) - marque todo lo que corresponda:

☐ Blanco	☐ Nativo de Haváii	☐ Indio Asiático
☐ Afroamericano o Negro	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska	☐ Medio Oriental o Norte Africano
☐ Otro Isleño del Pacífico	☐ Otro Asiático	☐ Otro

INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

Conteste todas las siguientes preguntas para todas las personas quien están solicitando ayuda para pagar seguro de

SEGUROS A TRAVÉS DEL EMPLEO: (Esto incluye la cobertura del trabajo de otro, como un padre, pareja doméstica o cónyuge, e incluye los planes privados de los empleados, así como TRICARE, planes para empleados federales o estatales y del Cuerpo de Paz.)

¿Le ofrecen cobertura de salud de un trabajo?

☐ Sí **Si la respuesta es sí,** conteste las siguientes preguntas ☐ No **Si no,** Sigue a 'Otro Seguro de Salud'

Necesitamos saber sobre cualquier seguro de salud que puede recibir por parte de un trabajo. Puede utilizar este formulario para recibir información del empleador sobre la cobertura de salud que ofrece este trabajo. **Si hay más de un empleo, copiar está página.**

Nombre del empleado:		Empleados Número de Seguro Social _____-_____- _____
Nombre del empleador:	Número de Identificación Personal (EIN)	Número de teléfono del empleador ( ) -
Dirección del empleador:	Ciudad:	Estado: Código postal:

¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?	Número de teléfono: (_____)_____- _____	Dirección de correo electrónico:

¿Es elegible actualmente el empleado para la cobertura ofrecida por su empleador?

☐ Sí **Si la respuesta es sí,** ¿ofrecerá este trabajo cobertura el PRÓXIMO AÑO? ☐ Sí ☐ No

☐ No Si el empleado NO es actualmente elegible, ¿Serán elegible en los PRÓXIMOS 3 MESES? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, proporcione la fecha: _/_____/_____

¿A quién en la familia del empleado cubrirá el plan de salud? ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica ☐ Dependiente(s)

¿A quién se le ofrece cobertura? (Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel)

Persona nombrada (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	**Inscribido ahora, planes de inscribirse, o no inscribido**	**Cambios que espera hacer el próximo año**
	☐ Inscribirse ahora ☐ Planes de inscribirse Fecha de inicio ☐ No inscribido	☐ Planea descontinuarlo Fecha: ☐ Será elegible Fecha de inicio
	☐ Inscribirse ahora ☐ Planes de inscribirse echa de inicio ☐ No inscribido	☐ Planea descontinuarlo Fecha: ☐ Será elegible Fecha de inicio
	☐ Inscribirse ahora ☐ Planes de inscribirse Fecha de inicio ☐ No inscribido	☐ Planea descontinuarlo Fecha: ☐ Será elegible Fecha de inicio

SEGUROS A TRAVÉS DEL EMPLEO (a continuación):

¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar del valor mínimo*? ☐ Sí ☐ o

Para el plan más bajo que cumple con el estándar del valor mínimo* ofrecido **solo al empleado** (no incluye planes familiares):

Si el empleador tiene programas de bienestar, proporciona la prima que el empleador paga si él o ella recibió el descuento máximo para cualquier discontinuación de programas de tabaco, y no reciben otros descuentos basados en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado si tiene que pagar primas para este plan? $_____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Se ana ☐ ada do e ana ☐ Do e e a e ☐ en a ☐ Trimestral ☐ Anual

¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo plan para el próximo año (si es conocido)?

☐ Empleador no ofrece cobertura de salud

☐ Empleador emperezará a ofrecer cobertura de salud a los empleadores o cambiar la prima del plan al costo más bajo disponible solo para el empleador que cumple con el estándar del valor mínimo. * (La prima debe reflectar el descuento para los programas de bienestar.)

a. ¿Cuánto pagará el empleado para las primas de este plan? $_____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Se ana ☐ ada do e ana ☐ Do e e a e ☐ en a ☐ Trimestral ☐ Anual

c. Fecha del cambio (MM/DD/AAAA) _____/_____/_____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el " estándar del valor mínimo " si el total de los costos de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es menos del 60 por ciento de esos costos (Sección 36B (c) (2) (C) (ii) del Código del Servicio de Impuestos Internos de 1986.)

OTRA INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

¿Alguien tiene otro seguro de salud, incluyendo seguro para veteranos, Medicaid / Nevada Check-Up, Medicare, COBRA, seguro privado u otro plan de salud para jubilados? ☐ Sí ☐ o

Si la respuesta es sí proporcione la siguiente información:

¿Quién tiene otro seguro de salud?	**¿Qué tipo tienen?**	**Nombre del Plan:**	**Número de póliza**
Nombre:			
Nombre:			

OTRA INFORMACIÓN

Renovación de Cobertura (solo para hogares de APTC)

Para hacerlo más fácil para determinar mi elegibilidad para ayudar el pago para cobertura de salud en años futuros, yo acepto permitir que Nevada Health Link utilice mis datos de ingreso, incluyendo información para declaración de impuestos, por los próximo 5 años (el número máximo de años permitidos). El Nevada Health Link enviará una notificación, dejarme hacer cambios, y puedo optar por no hacerlo cualquier tiempo.

Doy permiso para acceder a la declaración de impuestos en tiempo de renovación para los próximos:

☐ Sí **Si la respuesta es sí,** ¿Por cuantos años? ☐ 0 año ☐ 1 año ☐ 2 años ☐ 3 años ☐ 4 años ☐ 5 años

☐ No **NO** renovar mi elegibilidad para ayuda de cobertura de salud

Representante Autorizado

Puede dar permiso a un amigo o compañero de confianza para hablar sobre esta solicitud con nosotros, ver su información y actuar por usted en asuntos relacionados con esta solicitud. Esta persona es lo que se llama un "representante autorizado".

¿Desea nombrar a alguien como su representante autorizado? ☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es no,** omita esta sección.

Nombre del Representante Autorizado	Número de teléfono (_____)_____- _____

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

En firmando, usted permite esta persona a firmar su solicitud, para recibir información oficial sobre esta solicitud y Para actuar por usted en asuntos con esta agencia.

_____ ____/____/_____

Su Firma Fecha

Programa de Recuperación de Bienes de Medicaid

Los beneficiarios de Medicaid que tienen 55 años o más de edad o están hospitalizados en un centro médico pueden ser responsables por el reembolso de los gastos pagados por ellos por Medicaid. Estos pagos hechos por parte del Programa de Medicaid pueden recuperarse de los bienes del beneficiario después de su muerte o después de la muerte de su cónyuge sobreviviente. (Vea el Formulario 6160-AF, Operación del Programa.)

Iniciales

Responsabilidad de Terceros

Yo entiendo que lo que sigue es un requisito de elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid:

1) Si alguien en esta solicitud recibe beneficios de Medicaid, le doy a la agencia de Medicaid el derecho de perseguir y obtener dinero de otros seguros de salud, seguros, acuerdos legales, y cualquier otro tercero que pueda ser responsable por los servicios médicos pagados por Medicaid; y
2) Yo doy a la agencia de Medicaid el derecho de perseguir y obtener manutención de niños y médica de un cónyuge o un padre; y
3) Yo estoy de acuerdo en que los miembros de mi hogar cooperarán con la agencia de Medicaid para obtener dinero de las compañías de seguros, acuerdos legales y terceros y darán a DHS aviso de cualquier acuerdo o acción legal.

Iniciales

Información de Referencias:

¿Cómo se enteró acerca de estos programas? Marque SÓLO uno:

☐ Clínica	☐ Escuela	☐ WIC
☐ Amigo / Familia	☐ Recursos tribuales	☐ Otro:

No Discriminación

Siguiendo la ley federal, la discriminación no se permite sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Usted puede presentar una queja:

en línea: https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html;

por correo: Director, U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, Centralized Case Management operations, 200 Independence Ave, S.W. Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201;

por teléfono: Customer Response Center: (800) 368-1019, Fax: (202) 619-3818, TDD: (800) 537-7697;

por correo electrónico: ocrcomplaint@hhs.gov

SI USTED NO ESTA REGISTRADO A VOTAR DONDE USTED VIVE AHORA, ¿DESEA REGISTRARSE A VOTAR AQUÍ HOY?

(Marque uno)

☐ 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 a usted 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.

_____ ____/____/_____

Su 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, Carson City, Nevada 89701.

Revisiones e Investigaciones

Al firmar esta solicitud, usted autoriza al Departamento de Servicios Humanos a hacer investigaciones acerca de usted, otros miembros de su hogar y/o de los padres legales o naturales de sus niños, que sean necesarias para determinar la elegibilidad para beneficios que usted o miembros de su hogar reciben o recibirán bajo programas administrados por la DSS y Nevada Health Link. Información proveída a la agencia puede ser verificada o investigada por oficiales federales, estatales y locales, incluyendo personas que trabajan en el control de calidad.

Usted debe cooperar con la investigación si no sus beneficios pueden ser negados o terminados. Si usted intencionadamente hace una declaración falsa o engañosa, proporciona documentos que han sido alterados, u oculta o retiene información que es necesaria para que la agencia pueda hacer una determinación precisa de los beneficios para los cuales usted es elegible, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. Si usted recibe beneficios a los que usted no tiene derecho, usted debe reembolsar a la agencia por todo el dinero, servicios y beneficios para 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.

Iniciales

Sus Derechos

Si usted piensa que hemos cometido un error o que no hemos actuado a tiempo en su solicitud puede apelar. Esto significa que usted puede pedirnos que revisemos su caso nuevamente. Usted debe solicitar una apelación por escrito dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la notificación. La notificación le dirá cómo apelar. Usted puede designar a un representante para que actúe en su nombre durante el proceso de apelación. Póngase en contacto con nosotros, le podemos ayudar con su apelación.

Iniciales

Sus Responsabilidades

Sé que tengo que avisarle al programa en cual voy a estar inscrito si la información que enumeré en esta solicitud cambia. Sé que puedo hacer cambios llamando al servicio al cliente y que tengo que reportarme a más tardar el quinto (5º) día del mes siguiente. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar mi elegibilidad para miembro(s) de mi hogar.

Iniciales

Divulgación de Información

Por la 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 del 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 de edad 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.

_____ ____/____/_____

Su Firma Fecha

Cooperación con Cumplimiento de la Manutención de Niños

Reconozco que voy a ser requerido a cooperar con la agencia para cobrar la manutención médica y establecer la paternidad de un padre ausente. Si pienso que el cooperar para cobrar la manutención médica podría causar daño a mí o a mis hijos, puedo decirle a la agencia y es posible que no tenga que cooperar.

Iniciales_____

¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre viviendo fuera del hogar? ☐ Sí ☐ No

Encarcelamiento

¿Está alguien que solicita un seguro de salud en esta solicitud encarcelado (detenido)? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, escribe el nombre de la persona encarcelado aquí: _____

☐ Marque aquí si esta persona está pendiente de la disposición de los cargos.

Política de Privacidad

Mantenemos su información privada como exige la ley. Sus respuestas en esta solicitud sólo se utilizarán para determinar la elegibilidad para la cobertura de salud y para proporcionar información sobre servicios de salud adicionales disponibles para su hogar. Nevada Health Link, la División de División de Servicios Sociales y el Departamento de Servicios Humanos revisarán su elegibilidad utilizando nuestras bases de datos electrónicas y las bases de datos de otras agencias federales. Si la información no coincide, podemos pedirle que nos envíe pruebas. No haremos preguntas sobre sus antecedentes médicos. No se harán preguntas sobre la ciudadanía o estatus migratorio a los miembros del hogar que no quieren la cobertura.

IMPORTANTE: Como parte del proceso de solicitud, es posible que necesitemos recuperar sus datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), del Seguro Social, del Departamento de Seguridad Nacional, y/o una agencia de informe del consumidor.

Necesitamos esta información para comprobar su elegibilidad para la cobertura y la ayuda para pagar la cobertura si usted la desea y para darle el mejor servicio posible. También podemos revisar su información posteriormente para asegurarnos de que su información esté actualizada. Le notificaremos si encontramos que algo ha cambiado.

Entiendo que mi información será usada y recuperada a través de fuentes de datos para esta solicitud. Tengo el consentimiento de todas las personas enumeradas en la solicitud que permite la recuperación y el uso de su información de las fuentes de datos anteriormente mencionadas.

Iniciales_____

Selección del plan de salud/ Organizaciones de preferencia de atención administrada

Los hogares de Nevada están cubiertos por una organización de atención administrada (MCO). Se le pide que elija uno de los siguientes planes de salud. Si usted no indica una preferencia, se le asignará un plan al azar. Su selección de plan de salud no garantiza la aceptación en los programas Nevada Medicaid o Nevada Check-Up. Si usted o algún miembro de la familia ya está inscribido en uno de los MCOs actualizados, no podrá cambiarlo en este momento. Las familias inscritas recibirán un manual explicándoles los beneficios del plan de salud.

¿Cuál Opción Atención Administrada le Gustaría?	Condado Disponible	Teléfono de contacto	Sitio web (Visite para más información)
☐ Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions	Urbano Clark Urbano Washoe	1-844-396-2329	mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html
☐ CareSource	Rurales Urbano Clark Urbano Washoe	1-833-230-2058	caresource.com/nv/plans/medicaid/
☐ Health Plan of Nevada	Urbano Clark	1-800-962-8074	myHPNmedicaid.com/Member
☐ Molina Healthcare	Urbano Clark Urbano Washoe	1-833-685-2102	meetmolina.com/nv-medicaid
☐ Silver Summit Healthplan	Rurales Urbano Clark Urbano Washoe	1-844-366-2880	silversummithealthplan.com

☐ Ninguna Preferencia

(Nota: Si no escoge una opción de atención administrada, usted será asignado uno al azar por Medicaid)

Para más información en los planes diferentes, visite https://www.nevadamedicaid.nv.gov/medicaid-members/health-plan-home/contact-a-health-plan/.
Si necesita buscar un proveedor, visite https://www.medicaid.nv.gov/hcp/provider/Home/tabid/135/Default.aspx, y buscar un proveedor o puede llamar uno de las oficinas del distrito local de Medicaid hacia abajo:

Llame gratis estatal	TTY	Carson City	Reno	Las Vegas	Elko
(800) 992-0900	(800) 326-6888	(775) 684-3651	(775) 687-1900	(702) 668-4200	(775) 753-1191

Opción de Mensajes de Texto Optar por Participar/Optar por No Participar

La información proporcionada en esta solicitud, incluyendo su número(s) de teléfono, será compartida con cualquier Departamento de Servicios Humanos (DHS) y Organización de Atención Administrada (MCO) a la que se le haya asignado. El consentimiento autoriza llamadas y/o mensajes de texto de DHS, MCO, o cualquier contratista actuando en su nombre, a cualquier número de teléfono que usted proporcione en esta solicitud, ahora o en el futuro, incluyendo información sobre necesidades y tratamiento de cuidado de salud, servicios de bienestar, beneficios del plan, elegibilidad, renovación y/o redeterminación, y para cualquier otra comunicación relacionada con su relación con DHS o MCO con respecto a la cobertura de salud. Estas llamadas/mensajes de texto pueden realizarse utilizando tecnología automatizada, como un sistema de marcación telefónica automática o un mensaje de voz artificial o pregrabado. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos.

(Marque uno de los siguientes):

☐ Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto como se describe anteriormente.

Teléfono preferido (____) _____ - _____ Iniciales _____

☐ No doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto como se describe anteriormente.

Por favor de leer y firmar esta solicitud

- Yo firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas a mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a penalidades bajo las leyes federales si intencionalmente proporciono información falsa o incorrecta.
- Yo juro que he reportado honestamente mi estado de ciudadanía y de cualquier persona por la cual estoy solicitando.

Firma o marca del solicitante Fecha Firma o Marca del Cónyuge/Pareja (Segundo padre de los niños) 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 de la firma anterior.

Firma del testigo Fecha

IMPORTANTE: 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.

Envíe por correo su solicitud completada.

Someter su solicitud a la oficina local de los Servicios Sociales o enviar a:

DSS
PO BOX 15400
Las Vegas, NV 89114

Se acordó de:

- ✓ Informarnos de todos en su familia y el hogar, incluso si ellos no necesitan un seguro
- ✓ Preguntarle a su empleador sobre cualquier seguro relacionado con el empleo
- ✓ ¿Firmar esta solicitud?

Esta página está intencionadamente en blanco.

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 en 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 son afectados por este programa. Cuando esos individuos fallecen, 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 bienes 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, hacienda u otro arreglo. Una reclamación de Medicaid no puede ser vencida por una exención de hacienda o por el funcionamiento de la bancarrota o la ley de la insolvencia.

CCiertas personas son protegidas contra la recuperación de Medicaid. Medicaid no puede recuperar si el beneficiario de Medicaid tiene un cónyuge sobreviviente, un niño menor de 21 año, o un niño ciego y/o discapacitado de cualquier edad. Si se impide que Medicaid se recupere debido a un cónyuge sobreviviente, un niño ciego o discapacitado o un niño menor de 21 año, Medicaid puede poner una retención sobre el interés del beneficiario fallecido en bienes raíces y/o personales.

Sin embargo, Medicaid tiene que liberar la retención si el cónyuge, niño ciego o discapacitado o un niño menor de 21 año venden la propiedad a un comprador de buena fe por el valor justo de mercado. ISi el individuo eximido decide refinanciar la propiedad, Medicaid subordinará su derecho de retención.

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

El idioma anterior se refiere a los beneficios que se pagan correctamente a los beneficiarios elegibles de Medicaid. 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 causaría 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 proporcionaró información de solicitud de extención 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.nevadamedicaid.nv.gov bajo "Programs."

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

Esta página está intencionadamente en blanco.

Núm. de Solicitud

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? ☐ Sí ☐No

Si usted marcó "No" a la pregunta anterior, no llene esta solicitud.

¿Tendrá usted por lo menos 18 años de edad para o antes del día de la elección? ☐ Sí ☐No

¿Si usted marcó "No" a la pregunta anterior, pero tiene por lo menos 17 años de edad, usted desea preinscribirse para votar? ☐ Sí ☐No

Si usted marcó "No" a las dos preguntas anteriores, no llene esta solicitud.

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** | 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.
☐ Yo tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación y el número es: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____

☐ 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-

☐ 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.

Aviso: Los números de identificación que indicó arriba es información confidencial y no estarán disponibles para inspección pública.

9. Si es aplicable, marque una de las siguientes casillas:

☐ 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

☐ Militar en el Extranjero (o cónyuge o dependiente de un militar)

☐ Ciudadano de los EE.UU. en el Extranjero

10. Correo Electrónico (Opcional) – Correo Electrónico es Información Confidencial

11. ☐ MARQUE ESTA CASILLA PARA RECIBIR UNABOLETA DE MUESTRA EN LETRA GRANDE

12. Inscripción de Partido – Marque Sólo Una Casilla

☐ Partido Demócrata *(Democratic Party)*

☐ Partido Independiente Americano *(Independent American Party)*

☐ Partido Libertario de Nevada *(Libertarian Party of Nevada)*

☐ No Partidista (no afiliación a un partido) *(Nonpartisan - No Political Party)*

☐ Partido Republicano *(Republican Party)*

☐ 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 cumplo 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 acuerda 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.

FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA)

(MM/DD/AAAA)

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 SOMBREADA. OFICIALSÓLO PARA USO OFICIAL NO ESCRIBA EN LA SIGUIENTE ÁREA SOMBREADA.

DATE STAMP	☐ AGENCY ☐ FIELD REGISTRAR ☐ MAIL ☐ IN PERSON ☐ OTHER	CANCELLED INACTIVE PRECINCT	**APPLICATION NO.** RECEIVED BY:

✂ 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 informaciónderegistrode votantehasido enviadaa 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 oinscribirse 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 martesantes de la elección primaria o general.
- En línea – Para el jueves antes de empezar el primer día del periodo de la votaciónanticipada.
- Para Elecciones Especiales /de Revocación – Comuníquese con el Secretario del Condado oel 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 Clek (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		

OFFICIAL ELECTION MAIL

FIRST CLASS STAMP NECESSARY FOR MAILING