



**SOLICITUD PARA ASISTENCIA
MEDICAID - ASISTENCIA MÉDICA PARA ANCIANOS, CIEGO Y DISCAPACITADO (MAABD)
PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL (SNAP)**

SI NECESITA AYUDA COMPLETANDO CUALQUIER PARTE DE ESTE FORMULARIO, DÉJANOS SABER.

Programas de Asistencia Pública usted puede solicitar para:

- **MEDICAID - Asistencia médica para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (MAABD)**
Asistencia médica para individuos de bajos ingresos que son elegible bajo los siguientes programas:
 - Mayor de 65 años
 - Ciego
 - Discapacitado
 - Estancia de hospital, Estancia de asilo de ancianos, Solicitud de exención de cuidado en el hogar
 - No ciudadanos que cumplen con los requisitos del programa
 - Beneficiarios Calificados de Medicare
- **PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL (SNAP)**
Asistencia Nutricional (antes conocido como Estampillas de Comida) para hogares de bajos ingresos para ayudar con el suplemento de la compra de alimentos

LEA ESTA PÁGINA CUIDADOSAMENTE ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD

1. Lea cada página cuidadosamente y conteste cada pregunta. Si la respuesta es "ninguno," entonces escribe "NINGUNO."
2. Si necesita ayuda completando el formulario, tal vez quieras preguntarle a un familiar, un amigo o un gerente del caso de la División de Servicios Sociales (DSS).
3. Recuerde que usted está certificando la exactitud de sus respuestas sea si esta completando el formulario para usted o actuando para otra persona quien no puede completar el formulario.

La División de Servicios Sociales verificará las respuestas que usted dio en este formulario. Ocultación deliberada de ingreso y bienes puede resultar en cargos criminales.

4. Sus Derechos y Obligaciones como beneficiario están adjuntados a través de esta solicitud.
5. Si esta solicitando para alguien aparte de usted, marque las casillas o completar los espacios en blanco que aplique a la persona por cual la solicitud es hecha.

Si también está solicitando para SNAP, debemos verificar información que usted proporcionó y tomar acción en su solicitud de SNAP dentro de 30 días siguientes a la fecha que proporcione su solicitud. Si es elegible, los beneficios de SNAP serán proporcionados desde la fecha que nos proporcione la primera página de la solicitud.

Si califica para SNAP acelerado, nosotros tenemos que tomar acción en su solicitud de SNAP dentro de 7 días siguientes a la fecha en que nos proporcione la primera página de su solicitud. Usted puede recibir SNAP acelerado si:

- La renta/hipoteca mensual y los servicios públicos son más que sus ingresos en bruto mensuales del hogar; o
- Gross monthly income is less than \$150 and your household's resources, such as cash or checking/savings accounts, are \$100 or less

Divulgación de Números de Seguro Social: Conforme con título 42 USC 1320b-7, los números de Seguro Social (SSN) son requeridos para las personas recibiendo o buscando a recibir asistencia para ellos mismos. Si usted o una persona en su hogar esta solicitando para asistencia y no desea proporcionar o solicitar un SSN, solamente la solicitud de asistencia para esa persona será negado. Ciudadanos indocumentados o inelegibles no calificados y otros no solicitantes o personas inelegibles no son requeridos a proporcionar o solicitar un SSN. Los individuos que no desean proporcionar un SSN son considerados no solicitantes, pero sus ingresos y recursos todavía pueden contar para otros miembros del hogar buscando asistencia tal como los niños dependientes y/o un cónyuge. Sin embargo, si usted o una persona en su hogar esta buscando asistencia para ellos mismos y cumplen con "causa justa" para no proporcionar o solicitar un SSN, la asistencia puede ser aprobado si son elegibles por lo demás.

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.

Divulgación de Ciudadanía y/o Estatus Migratorio: Tendrá que proporcionar un comprobante de ciudadanía y/o estatus migratorio. Si usted u otro miembro de su familia o hogar no quieren beneficios de SNAP, entonces usted/ellos NO TIENEN que darnos información sobre la ciudadanía o estatus migratorio. Si está solicitando beneficios de asistencia monetaria -TANF, Medicaid o SNAP, podemos decidir que ciertos miembros de su familia son inelegible para beneficios porque no tienen el estatus migratorio correcto. Otros familiares o miembros de su hogar aún podrían recibir beneficios si son elegibles por lo demás. Si quiere que decidamos si otros miembros familiares son elegible para beneficios, usted todavía necesita decirnos sobre la ciudadanía y/o estatus migratorio. También necesita informarnos acerca de los ingresos de su familia y contestar las otras preguntas en este formulario.

No Envíe Solicitudes Aquí

No Discriminación: De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles. La información del programa se puede proporcionar en otros idiomas aparte del inglés. Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos para la comunicación para obtener información del programa (p ej. sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia de discriminación, el denunciante debe completar un Formulario AD-3027, el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, que está disponible en línea en:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, desde cualquier oficina del USDA, llamando al (833)620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del denunciante y una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completado debe ser enviado al:

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

fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

correo electrónico: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado); que se encuentran en línea en: <https://www.fns.usda.gov/contact-us>

No Envíe Solicitudes Aquí

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

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

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Aviso Importante: Si está solicitando para un niño que no es elegible para asistencia de Medicaid en esta solicitud, el Programa de Nevada Check-Up proporciona una cobertura de salud bajo costo, comprensivo para niños sin seguro de 0 a 18 años de edad que no son cubiertos por seguros privados o Medicaid. Para saber los requisitos de elegibilidad para este programa médico o para solicitar una solicitud, ir al <https://dss.nv.gov/Medical/NCUMAIN/>.

Los beneficios médicos empiezan desde el primer día del mes en que la elegibilidad es aprobado, con la excepción de algunos beneficiarios de Medicare.

Noticia 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.

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



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



Robert H. Thompson
Administrator

Complete las preguntas de la solicitud como le pertenece a la persona en necesidad de asistencia.

Si necesita más espacio para contestar, escribe en una hoja de papel por separado.

Raza (opcional) - por favor marque una de las casillas ☐ Hispano o Latiino ☐ No Hispano o Latino

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

Anote por favor el estado civil** para cada miembro del hogar: D- Divorciado; L- Legalmente separado; M- Casado; N- Nunca casado; P- Separado; W- Viudo

NOMBRE APELLIDO, PRIMER NOMBRE	PARENTESCO CON USTED	SEXO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE REGISTRACIÓN DEL EXTRANJERO (opcional, ver página de tapa))	Estado o país de nacimiento	¿Ciudadano de los EE.UU.? (S/N)	*RAZA/ ÉTNICO	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD	ÚLTIMO GRADO ESCOLAR COMPLETADO	AÑOS COMPLETADO	**ESTADO CIVIL	MAABD	SNAP	NINGUNO
	SI MISMO											☐	☐	☐
												☐	☐	☐
												☐	☐	☐
												☐	☐	☐
Dirección del establecimiento:				Ciudad:		Estado:		Código postal:						
Dirección de su domicilio:				Ciudad:		Estado:		Código postal:						
Dirección de correo:				Ciudad:		Estado:		Código postal:						
Teléfono del hogar:			Teléfono de día o mensajes:			Fecha de fallecimiento (si es aplicable):								

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

1. ¿Cuándo se mudó la persona(s) arriba nombrada a Nevada?	
2. ¿Tiene la intención de seguir viviendo en Nevada? ☐ Sí ☐ No	
3. ¿Alguna persona que solicita asistencia ha RECIBIDO algún tipo de asistencia pública en los últimos 90 días? ☐ Sí ☐ No	
Si la respuesta es Sí: Dónde: Cuándo:	
Nombre de la persona Ciudad Condado Estado Mes/Año	
Si está solicitando para Medicaid, usted puede solicitar un pago de cualquiera para gastos médicos que ha tenido en los últimos tres meses antes de esta solicitud médica. Esto se conoce como ASISTENCIA MÉDICA ANTERIOR.	
4. ¿Hay alguien que desea solicitar para asistencia médica anterior? ☐ Sí ☐ No	
¿quién?: Meses Solicitados:	
5. ¿Ha estado alguien, solicitando para asistencia, en un hospital, hogar de ancianos u otra institución médica durante los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No	
¿Está usted actualmente en un hospital, asilo de ancianos u otra institución médica? ☐ Sí ☐ No	
Si la respuesta es Sí: Fecha de ingreso: Fecha de salida:	
Nombre de la institución/Dirección:	
6. Es usted (marque CADA respuesta que aplica a usted) ☐ 65 años de edad o mayor ☐ Ciego ☐ Discapacitado	
7. Si está discapacitado, fecha que empezó la discapacidad más reciente	
Bajo pena de perjurio, yo juro que las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y exactas.	
Su Firma Fecha	

8. ¿Algún miembro de su hogar es un veterano?				☐ Sí ☐ No
Nombre	Rama o afiliación militar	Número de reclamo de VA	Número de Serie	Fechas de Servicio
9. ¿Ha trabajado para una compañía de ferrocarril o para el gobierno federal, estatal, condado o ciudad?				☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es Sí, complete abajo:				
Nombre del empleador:				
dirección del empleador:				
Fechas que fue empleado:		número de reclamo:		número de identificación:
10. ¿Algún miembro del hogar tiene beneficios médicos a través de Medicare (Parte A o B) o cobertura de Retiro Ferroviario?				☐ Sí ☐ No
¿quién?:		No. de reclamación:		
11. ¿Alguien tiene algún seguro médico o dental o está disponible para usted a través de cualquier otra fuente?				☐ Sí ☐ No
¿quién?:		Nombre de la compañía de seguro y dirección:		
Póliza en nombre de:		Dueño de Póliza Número de Seguro Social:		
Grupo o Póliza:		Fecha de vigencia de la cobertura:		
12. ¿Algún miembro del hogar se ha herido en un accidente?				☐ Sí ☐ No
¿quién?:		¿Cuándo?:		
13. ¿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?				☐ Sí ☐ No
b. ¿Asesinato?				☐ Sí ☐ No
c. ¿Explotación sexual y otro abuso de niños?				☐ Sí ☐ No
d. ¿Agresión sexual?				☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, lista el nombre(s):		Si la respuesta es "Sí," ¿Esta usted/ellos en cumplimiento con los términos de su sentencia?:		
		☐ Sí ☐ No		
Si hay algún miembro del hogar adicional que ha sido condenado, después del 7 de febrero de 2014, de cualquier de los siguientes crímenes: agravado abuso sexual, asesinato, explotación sexual u otro abuso de niños, y/o agresión sexual. Proporcione el nombre de la persona en su hoja por separado e incluirlo con su solicitud.				
14. ¿Ha recibido usted o alguien en su hogar dinero de una lotería de estado o ganancias de juego?				☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es "Sí," ¿quién recibió las ganancias? _____ ¿Cuánto ganó? _____				
Si hay algún miembro del hogar adicional que recibió dinero de una lotería de estado o de ganancias de juego. Proporcione el nombre de la persona en una hoja por separado e incluirlo con su solicitud.				
15. ¿Quiere que otra persona aparte de usted solicite beneficios o actúe en su nombre?				☐ Sí ☐ No
(Esto incluye obtener y utilizar SNAP para usted. Esta persona tiene que tener al menos 18 años y tener I.D.) Si la respuesta es Sí, complete abajo.				
¿quién?:		Dirección:		
Número de teléfono:		Edad:		

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA

16. Si usted o su cónyuge reside en una institución médica, independientemente del estado de salud, ¿tiene la intención de volver a su casa?		☐ Sí ☐ No
17. ¿Esta residencia está ocupada por un cónyuge comunitario, un pariente dependiente u otra persona?		☐ Sí ☐ No
18. ¿Recibe usted ingresos por alquiler de su casa?		☐ Sí ☐ No
19. ¿Qué es el valor justo de mercado por su casa? \$ _____		
20. ¿Qué cantidad se debe por su casa?	1º Hipoteca:	2º Hipoteca:

RECURSOS

21. Listar todos los recursos que usted o un miembro de su hogar tienen, tal como: cuentas bancarias/de asociación de crédito, acciones y bonos, bienes, seguro de vida y entierro, etc.

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Fondos fiduciarios disponibles | ☐ Cuentas individuales de dinero indígena (IIM) | ☐ Otras casas, terrenos o edificios |
| ☐ Fondos/Planes de entierro | ☐ Cuentas de retiro individuales (IRA) | ☐ Pagarés o contratos |
| ☐ Cuentas de cheques de negocio | ☐ Cuentas Keogh (401K) | ☐ Caja fuerte |
| ☐ Equipo de negocios/Inventario | ☐ Derechos sobre Tierra/Minerales | ☐ Cuenta de ahorros |
| ☐ Dinero en efectivo disponible | ☐ Herencia en vida/Arrendamientos en vida | ☐ Bonos de ahorros |
| ☐ Certificados de Depósito (CD) | ☐ Pólizas de seguro de vida | ☐ Acciones/Bonos |
| ☐ Cuentas de cheques | ☐ Ganado/Caballos | ☐ La casa donde vive |
| ☐ Club de Navidad | ☐ Reclamos mineros | ☐ Fondos Fiduciarios no disponibles |
| ☐ Cuentas de asociaciones de crédito | ☐ Otros tipos de cuentas | ☐ Ninguno |

Dueño(s)	Tipo de Recurso	Cuenta/Número de la póliza	Valor de cuenta	Cantidad debida

Otro:

22. ¿Cualquier de los recursos, en pregunta 21 son para COSTOS DE ENTIERRO? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, enumere el/los artículo(s):

23. Listar todos los automóviles, camionetas, vehículos de recreación, remolques, etc para todas las personas solicitando asistencia. INCLUYA VEHÍCULOS QUE NO FUNCIONAN

- | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|----------------------------------|
| ☐ Automóvil | ☐ Motocicleta | ☐ Casa Móvil | ☐ Remolque / Autocaravana | ☐ Ninguno |
| ☐ Camioneta/Van | ☐ Motonieve | ☐ Barcos/Motores | ☐ Otro Vehículo (dune buggy, ATV, etc) | |

Dueño(s)	Año, Marca y Modelo	Valor	Revisar si está registrado	Dueño(s)	Año, Marca y Modelo	Valor	Revisar si está registrado
			☐				☐
			☐				☐

24. ¿Ha usted o su cónyuge ejecutado un fondo fiduciario, anualidades, orden judicial y/o comprado un pagaré, un préstamo, o herencia en vida? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, fecha dado: _____	valor del propiedad y/o regalos en efectivo \$ _____
descripción de: _____	precio total de venta \$ _____

25. ¿Ha usted o su cónyuge ejecutado un fondo fiduciario, anualidades, orden judicial y/o comprado un pagaré, un préstamo, o herencia en vida? ☐ Sí ☐ No

Tenga en cuenta que, en virtud de las disposiciones de la asistencia médica para el cuidado institucional, anualidades compradas a partir del 8 de febrero 2006 deben nombrar el Estado de Nevada como beneficiario restante.

Si la respuesta es Sí, adjunte una copia(s) del documento(s) con esta solicitud.

INFORMACIÓN DE INGRESOS

26. Listar el empleador actual Y último para TODOS los miembros del hogar.

Fechas de Empleo MM/AA	Dirección del Empleador o Capacitación	Frecuencia de Pago	Horas Trabajados	Pago por hora	Propina recibida por período de pago	Razones por dejar el trabajo
Nombre:						
Comienzo : - -						
Terminó : - -						
Nombre :						
Comienzo : - -						
Terminó : - -						
Nombre:						
Comienzo : - -						
Terminó : - -						
Nombre:						
Comienzo : - -						
Terminó : - -						

INGRESOS NO GANADOS

27. ¿Alguien en el hogar ha solicitado o recibe actualmente algún dinero que no sea de un trabajo?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ, complete las casillas abajo.

☐ Manutención de Niños/pensión alimenticia (padre ausente)	☐ Reclamos mineros	☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
☐ Contribuciones/Regalos	☐ TANF de Indios Nativos	☐ Asistencia de TANF
☐ Asistencia del condado / Asistencia general	☐ Pidiendo limosna	☐ Seguro de discapacidad temporal
☐ Asistencia educativo	☐ Pensiones/Pensión de jubilación	☐ Asistencia de Tribú/IGA
☐ pagos de condado temporal	☐ Retiro ferroviario	☐ Ingresos de fondos fiduciarios
☐ Liquidaciones de seguro	☐ Ganancias sobre el capital	☐ Seguro de Desempleo
☐ Intereses/Dividendos	☐ Beneficios de Seguro Social por Incapacidad	☐ Subvención de servicios públicos de vivienda
☐ Préstamos	☐ Beneficios de Seguro Social de Jubilación	☐ Cheque de reembolso de servicios públicos
☐ Pagos Únicos	☐ Beneficios de Seguro Social para Sobrevivientes	☐ Beneficios de Veteranos
☐ Asignación militar	☐ Beneficios a huelguistas	☐ Ganancias
		☐ Compensación de Trabajadores
☐ Otro:		

Tipo de Ingreso	Quién lo recibe	Cantidad	Frecuencia	Tipo de Ingreso	Quién lo recibe	Cantidad	Frecuencia

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

28. Complete lo siguiente sobre su cónyuge actual o más reciente. Si su cónyuge ha fallecido, complete toda la información que sea posible.

Nombre del cónyuge:

Dirección:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:		FECHA DE NACIMIENTO:		Fecha de fallecimiento:	
¿Veterano? ☐ Sí ☐ No		¿Divorciado? ☐ Sí ☐ No		¿Viudo? ☐ Sí ☐ No	
No. de reclamación:		Fecha:		Fecha:	
Nombre del empleador/Dirección:			Seguro médico:		¿Estás cubierto? ☐ Sí ☐ No
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno federal o local? ☐ Sí ☐ No					
Número de reclamo de RR o gobierno:			Años empleado:		
Nombre del cónyuge:					
Dirección:					
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:		FECHA DE NACIMIENTO:		Fecha de fallecimiento:	
¿Veterano? ☐ Sí ☐ No		¿Divorciado? ☐ Sí ☐ No		¿Viudo? ☐ Sí ☐ No	
No. de reclamación:		Fecha:		Fecha:	
Nombre del empleador/Dirección:			Seguro médico:		¿Estás cubierto? ☐ Sí ☐ No
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno federal o local? ☐ Sí ☐ No					
Número de reclamo de RR o gobierno:			Años empleado:		

SOLICITUD DEL PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE ASISTENCIA NUTRICIONAL

29. ¿Compra y prepara su comida normalmente con las demás personas en su hogar? ☐ Sí ☐ No		
¿Qué es la cantidad bruta TOTAL que su hogar espera recibir este mes de cualquier fuente?		\$
30. ¿Cuánto tienen todos los miembros del hogar en dinero en efectivo, cuentas de cheques y cuentas de ahorros? \$		
31. ¿Cuánto es su costo mensual actual de vivienda (alquiler/hipoteca) y servicios públicos?		\$
32. ¿Alguien en el hogar recibe beneficios de otro estado? ☐ Sí ☐ No		
¿Cuándo?		¿Dónde ;Ciudad; Condado;Estado?
33. ¿Algún miembro de su hogar está en huelga? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, complete abajo.		
Nombre de la persona en Huelga	Fecha que empezó y terminó la Huelga	Nombre del empleador, Dirección y Número de teléfono

34. ¿Hay miembros no ciudadanos viviendo en el hogar? ☐ Sí ☐ No	
35. ¿Algún miembro del hogar que solicita asistencia actualmente es buscado por alguna agencia de la ley por algún motivo (incluido el interrogatorio)? ☐ Sí ☐ No	
36. ¿Alguien en su hogar solicitando asistencia actualmente sancionado por una violación intencional del programa? ☐ Sí ☐ No	

GASTOS

Si reclama y proporciona comprobante de vivienda, servicios públicos, cuidado de dependientes y/o gastos médicos, su cantidad de SNAP puede ser más. Si tiene alguno de estos gastos y no los reclama y/o no proporciona pruebas, sus beneficios de SNAP pueden ser menos de lo que recibiría si se reclamaran los gastos. Fallo de reclamar o proporcionar los gastos se mirará como una declaración de su hogar que no quiere recibir una deducción de ingreso para el gasto no reportado.

37. ¿Paga alguien en el hogar manutención por orden de corte a alguien que no vive con usted? ☐ Sí ☐ No	
38. ¿Alguien está pagando para o es acusado por el cuidado de un niño dependiente o adulto discapacitado para que alguien en el hogar puede trabajar, asistir la capacitación, la escuela, o buscar trabajo? ☐ Sí ☐ No	
39. ¿Alguien en el hogar espera cualquier cambio de ingreso, gastos u horas de trabajo? ☐ Sí ☐ No	
40. ¿Fue usted facturado o espera pagar costos médicos (facturas de hospitales/doctor, recetas, facturas dentales, etc.) para cualquier persona en su hogar que tiene 60 años o mayor o discapacitado? ☐ Sí ☐ No	

41. ¿Cuánto paga por los siguientes gastos del hogar?

Renta o Renta de espacio	\$	Electricidad	\$	Agua	\$
Hipoteca (incluyendo el 2º)	\$	Gas natural	\$	Basura	\$
Impuestos de propiedad	\$	Propano	\$	Drenaje	\$
Seguro de Propietario de vivienda	\$	Aceite para calefacción	\$	Teléfono	\$
Cuotas de Asociación	\$	Madera	\$	Otro	\$

42. ¿Paga alguien más una porción de su renta o servicios públicos?☐ Sí ☐ No

¿quién?

¿Cuánto?:

43. ¿Es la renta subvencionado por el gobierno (HUD, Sección 8, Vivienda Pública Federal, etc.)?☐ Sí ☐ No**44. Listar el nombre del propietario/compañía de renta, dirección y número de teléfono:**

Nombre del propietario

Dirección

Teléfono

FOR OFFICE USE ONLY - EXPEDITED SERVICE SCREEN - Household eligible for expedited service.☐ YES ☐ No

Expedited Service Screener's Signature:

Date:

FIRMA Y AFIRMACIÓN

La información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación o investigación por oficiales federales, estatales y locales. Si usted hace una declaración falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para obtener o mantener elegibilidad del programa, sus beneficios pueden ser reducidos, negados, o terminados. Si usted recibe beneficios a los que usted no tiene derecho, usted debe reembolsar todo el dinero, servicios y beneficios para los cuales no tenían legítimamente derecho a recibir.

A los individuos que sean encontrados culpables de una violación intencional del programa de SNAP se les prohibirá la participación en el programa por doce (12) meses por la primera violación, veinticuatro (24) meses por la segunda violación y PERMANENTEMENTE por la tercera violación.

El uso, transferencia, alteración, adquisición o posesión ilegal de SNAP se castiga con una multa hasta de \$250,000, encarcelamiento hasta por veinte (20) años o ambos. Usted es responsable de cualquier sobre pago que resulte de información errónea. Un juzgado también puede excluir una persona del programa por 18 meses adicionales. La persona también puede estar sujeto a cargos adicionales bajo las leyes federales.

El estatus de no ciudadano calificado se verificará con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) con respecto a la elegibilidad.

Yo deseo que los pagos bajo el programa de seguro médico (Parte B de título XVIII) se hagan directamente a los médicos y proveedores en cualquier factura en el futuro no pagado por servicios médicos y otros servicios de salud proporcionados mientras elegible para asistencia de beneficios sociales.

Información de elegibilidad y de ingresos se solicita regularmente del Departamento de Seguridad de Empleo del Estado de Nevada, la Administración del Seguro Social, y el Servicio de Impuestos Internos, y son utilizados para determinar su elegibilidad para y cantidad de asistencia pública.

Por lo presente, yo asigno a la División de Servicios Sociales, como condición de elegibilidad, todos los derechos al apoyo médico u otros pagos por la atención médica para mí mismo y para todas las personas por cual estoy solicitando/recibiendo asistencia. Cooperaré con la División para obtener beneficios y/o pagos de terceros para atención médica.

Entiendo que tengo la responsabilidad de informar la División de Servicios Sociales si yo, o alguien de mi parte, iniciar una acción legal contra alguien para recuperar dinero como reembolso por atención y tratamiento médicos pagados por el programa Medicaid Y que tengo que avisar a la División de Servicios Sociales si yo, o alguien de mi parte, solicita o recibe una oferta de un acuerdo de dinero como reembolso para la atención y tratamiento médicos pagados por el programa Medicaid. Entiendo que tengo que entregar cualquier dinero recibido a la División de Servicios Sociales.

Beneficiarios de Medicaid que son: 1) 55 años de edad o mayor; O 2) pacientes internados en un centro médico pueden ser

responsables del reembolso de los gastos de Medicaid pagados en su nombre. La recuperación se lograría del patrimonio del beneficiario después de su muerte o después de la muerte de su cónyuge sobreviviente. (Vea el Formulario 6160-AF, Operación del Programa.)

Cualquier persona que firma una solicitud para asistencia por el indigente médico y falla de reportar lo siguiente puede ser personalmente responsable de cualquier dinero pagado incorrectamente al beneficiario:

- 1) cualquier información requerida por la División de Servicios Sociales que la persona conocía al momento de firmar la solicitud; o
- 2) dentro el período permitido por la División de Servicios Sociales, cualquier información requerida a la División de Servicios Sociales que la persona obtuvo después de llenar la solicitud.

Yo entiendo que como padre de un hijo discapacitado menor de edad que recibe servicios bajo el programa de Medicaid:

- 1) Yo soy responsable por contribuir a la manutención de mi hijo, reembolsando a la División de Servicios Sociales del Estado de Nevada, por dichos servicios conforme al NR 125B.020 y NRS 422.310.
- 2) Yo estoy de acuerdo en cooperar con la División de Servicios Sociales y proporcionar al programa de Medicaid de la División de Servicios Sociales, toda la información acerca de ingresos, recursos y seguro médico, necesaria para determinar la cantidad del reembolso.
- 3) Yo entiendo que si no coopero o no proporciono la información solicitada, seré responsable por un pago de reembolso mensual de \$1,900.

Entiendo que el “período de uso intentado” para los beneficios de SNAP depositados en una cuenta EBT es de 274 días a partir de la fecha que estuvieron disponibles. Los beneficios de SNAP que no se hayan tocado en una cuenta EBT durante 274 días serán removidos de la cuenta y se devolverán a los Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS) según lo exigen las regulaciones federales. Las regulaciones federales permiten que los beneficios no utilizados se apliquen (acrediten) a cualquier reclamo (deuda) pendiente de SNAP en el que haya incurrido el hogar antes de ser devuelto a FNS. Por la presente doy permiso a la División de Servicios Sociales para aplicar cualquier beneficio EBT SNAP no utilizado a cualquier deuda SNAP o pendiente que yo o cualquier otro miembro adulto de mi hogar tenga con el Programa SNAP.

Opción opcional de inclusión/exclusión de mensajes de texto

La información proporcionada en esta solicitud, incluyendo sus números de teléfono, será compartida con cualquier División del 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.

(Check one of the following):

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

Teléfono preferido (____) _____ - _____ Inicial _____

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

Indio Americano o Nativo de Alaska:

Miembros de una tribu que se inscriben en Medicaid, 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 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.

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

Las familias que viven en los condados urbanos de Washoe o Clark 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, 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 miembros familiares ya están inscritos en uno de los MCOs actualizados, no podrá cambiarlo en este momento. Las personas 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 y 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		
☐ SilverSummit Healthplan	Rurales Urbano Clark Urbano Washoe	1-844-366-2880	silversummithealthplan.com		
☐ No Preferencia <i>(Nota: Si no escoge una opción de atención administrada, usted será asignado uno al azar por Medicaid)</i>					
Para más información en los planes diferentes de MCO, 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/Resources/SearchProviders/tabid/220/Default.aspx					
y buscar un proveedor o puede llamar uno de las oficinas del distrito local de Medicaid hacia abajo:					
Statewide Toll Free	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

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.

Yo entiendo las preguntas en esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa. Yo estoy de acuerdo en notificar a la División de Servicios Sociales de cualquier cambio de circunstancias en mi hogar que pueda afectar mis beneficios. Entiendo que no informar cambios en las circunstancias puede resultar en un cobro de pagos excesivos/cargos criminales.

Entiendo que los números de Seguro Social (SSN) se utilizan para verificar ingresos y recursos, para verificar que beneficios están disponibles, como números de casos en la computadora, reunir información laboral para investigación para ayudar los legisladores y agencias mejorar servicios a los habitantes de Nevada, investigar fraude, recuperar el sobrepago de beneficios, asegurar de que nadie reciba beneficios en más de un hogar (beneficios dobles) o mientras que están encarcelados o en prisión o fallecido y coincide con otros registros federales y estatales. Por ejemplo: Programa de Cumplimiento de la Manutención de Niños (CSEP), Beneficios del Seguro de Desempleo (UIB), Servicio de Impuestos Internos (IRS), de Medicaid y de la Administración del Seguro Social (SSA), y los registros policiales/de prisión. Al firmar este formulario, permito que la agencia utilice mi SSN con el propósito explicado en este formulario. Esto incluye a cualquier persona menor de 18 años para la que estoy solicitando.

Yo autorizo al Departamento de Servicios Humanos a realizar investigaciones acerca de mí o cualquier otro miembro de mi hogar que sean necesarias para determinar la elegibilidad para beneficios recibidos o por recibir bajo programas administrados por la División de Servicios Sociales. 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 del paciente privilegiada bajo NRS 49.225, o cualquier otra disposición de la ley. Esta información también debe incluir registros de educación (incluyendo registros de IEP) que se mantienen en el distrito escolar local, los cuales son necesarios para los reembolsos de Medicaid para servicios de salud proporcionados a mi hijo. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la liberación (divulgación) de la información requerida. UNA REPRODUCCIÓN DE ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERA LEGALMENTE COMO UNA COPIA ORIGINAL.

Yo me doy cuenta que tenemos que dar información completa y exacta, y que la ocultación deliberada de ingresos y bienes puede resultar en cargos criminales. Yo certifico que bajo pena de perjurio, mis respuestas son exactas y completas a mi leal saber y entender y habilidad.

Si esta solicitando para alguien más y no pueden firmar, firme su nombre en la línea de firma del solicitante (p ej. John Doe para Mary Doe).

Firma o marca del solicitante	Fecha	Firma o marca del CÓNYUGE del solicitante	Fecha
-------------------------------	-------	---	-------

TESTIGO: (UTLICE SI EL SOLICITANTE NO PUEDE LEER O ESCRIBIR O ES CIEGO)
La información contenido en está solicitud ha sido leído al solicitante y he sido testigo de lo anterior
Firma

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

EN CASO DE EMERGENCIA, NOTIFICAR:

Nombre	Relación	Dirección	Teléfono
--------	----------	-----------	----------

La persona solicitando asistencia TIENE QUE firmar abajo:

Yo certifico que bajo pena de perjurio, que al firmar mi nombre abajo, lo que he reportado es exacto del estatus de la ciudadanía para todos los miembros del hogar.	Ciudadano de los EE.UU. o Nacional	No Ciudadano Legalmente Admitido	Otro	Fecha
1.				
2.				

AVISO DE DERECHOS Y OBLIGACIONES

COMO UN SOLICITANTE/BENEFICIARIO PARA BENEFICIOS DE SERVICIOS SOCIALES DEL ESTADO DE NEVADA, POR LA PRESENTE SE LE INFORMA QUE:

Usted tiene los siguientes DERECHOS:

1. Tiene el derecho a una audiencia si su solicitud para asistencia o servicios es negado, reducido, terminado, o se ha tomado una decisión en un plazo razonable al menos que la ley estatal o federal requiere tal acción. Puede obtener una audiencia enviando por correo por escrito a la División de Servicios Sociales. Usted puede ser representado por consejo legal o por un pariente, amigo u otra persona representante o puede representarse a ti mismo.
2. La División de Servicios Sociales proporciona asistencia nutricional y médico y servicios sin discriminación sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles de acuerdo con las reglas y regulaciones federales. Cuando la División paga a otra agencia, institución o persona por servicios a los clientes de la División de Servicios Sociales, el proveedor no puede discriminar por ningún motivo de acuerdo con las reglas y regulaciones federales.
3. Si es casado pero viviendo por separado de su cónyuge, usted tiene el derecho de entrar en un acuerdo por escrito por cual divide igual sus ingresos y/o recursos en comunidad entre los dos. Si se hace esto, solo se contarán los ingresos o recursos que el acuerdo especifica como suyos para determinar la elegibilidad, a menos que su cónyuge ponga a su disposición una parte de sus ingresos o recursos. La porción a su disposición será contado para determinar/continuar su elegibilidad. El acuerdo escrito debe ser específico en cuanto a qué bienes se dividirán y como se dividirán entre ustedes. Se sugiere consultar asistencia legal si decide entrar en dicho acuerdo.
4. Cuando una orden de corte divide recursos comunitarios, excluyendo ingreso, entre usted y su cónyuge bajo las provisiones de las Leyes de 1987 de Capítulo 123 de Nevada, solo estos recursos disponibles se contarán para determinar/continuar su elegibilidad a menos que su cónyuge ponga a su disposición una parte de sus recursos. La porción a su disposición será contado para determinar/continuar su elegibilidad.

Usted tiene las siguientes OBLIGACIONES:

1. Las personas institucionalizados o las personas recibiendo cuidado de enfermería en su hogar (incluye beneficiarios de SSI y no SSI) pueden ser responsables por pagar una porción de su ingreso hacia el costo del cuidado. Esto se conoce como responsabilidad del paciente. La oficina del distrito debe ser notificado de inmediato de cualquier cambio de ingresos.
2. Todos los miembros del hogar deben proporcionar comprobante de su número de Seguro Social, o una solicitud para obtener uno. La autoridad de la División de Servicios Sociales de requerir los números de Seguro Social esta en la Sección 1137 de la Ley del Seguro Social. El número de Seguro Social se utiliza para determinar y verificar la elegibilidad para beneficios a través de comparación computarizada y para prevenir y detectar fraude y abuso.
3. Si está solicitando/recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), tiene que informar a la División inmediatamente de lo siguiente:
 - a. Comprobante escrito de su solicitud para SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario);
 - b. Comprobante de su determinación de elegibilidad de SSI;
 - c. Terminación de SSI;
 - d. **CUALQUIER CAMBIO DE DIRECCIÓN;**
 - e. Ingreso (si esta institucionalizado);
 - f. Cualquier otro cambio/información que pueda afectar su elegibilidad para recibir asistencia.
4. Si NO está recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), usted debe informar su gerente del caso inmediatamente de lo siguiente:
 - a. **CUALQUIER CAMBIO DE DIRECCIÓN;**
 - b. Cualquier cambio en bienes o propiedades;
 - c. Cualquier cambio de ingreso para usted afectando su elegibilidad debe se reportado. Esto incluye cualquier recibo de, aumento, reducción o terminación de cualquier forma de ingreso, incluyendo ganancias, desempleo, beneficios de Seguro Social, beneficios de veteranos, retiro ferroviario, ingreso, Seguro de Empleadores Compañía de Nevada (EICON), manutención de niños y contribuciones de parientes y amigos excluyendo ingreso;
 - d. Cualquier cambio/información que pueda afectar su elegibilidad para recibir asistencia.

5. Si está solicitando beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP):
Se requiere que reporte todos los cambios en su hogar a partir de la fecha en que presenta su solicitud hasta el día de su entrevista. Una vez que los beneficios de SNAP son aprobados, usted recibirá una notificación informándole de sus requisitos específicos.
Si su hogar se clasifica como un **Hogar de Reporte de Cambios de Condición** se requerirá que reporte cambios tal como su dirección física, gastos de vivienda, su porción del pago de vivienda subvencionada, estado civil, estado laboral, si usted o cualquier miembro del hogar esta entre las edades de 18 a 64 años y actualmente esta trabajando, debe reportar dentro de 10 días si las horas de trabajo bajan a menos de 20 horas por semana; para los propósitos de esta provisión, 20 horas a la semana en promedio mensual significa 80 horas por mes, y cualquier dinero que reciba o ingresos de cualquier fuente, bienes o recursos, cuantas personas viven en el hogar, el nacimiento de un niño en su hogar, asistencia a la escuela, la ausencia de algún miembro de su hogar aunque sea temporal (si es más de 30 días), y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios de su hogar.
- Si su hogar se clasifica como un **Hogar de Reporte Simplificado**, debe reportar cuando los ingresos de su hogar exceden el 130% del nivel federal de pobreza según el tamaño de su hogar. Si los beneficios de SNAP son aprobados se le notificará el nivel de ingreso según el tamaño de su hogar. Si usted o algún miembro del hogar esta entre las edades de 18 a 64 años y actualmente esta trabajando, debe reportar dentro de 10 días si las horas trabajadas bajan a menos de 20 horas por semana; para los propósitos de esta provisión, 20 horas a la semana en promedio mensual significa 80 horas por mes. Su gerente del caso puede solicitar comprobantes adicionales sobre el cambio. Usted será requerido a presentar comprobantes para una fecha determinada para continuar siendo elegible o para evitar un sobrepago o un pago insuficiente de sus beneficios.
6. SNAP permite utilizar como deducción ciertos gastos del hogar como renta, hipoteca, impuestos de propiedad, seguro de propietario de vivienda, gastos por servicios públicos, cuidado de niño/dependiente y manutención de niños pagados por el hogar para determinar la cantidad de beneficios de SNAP para los cuales su hogar es elegible, siempre y cuando el gasto sea reportado y verificado. Los gastos médicos de más de \$35.00 son permitidos si hay un anciano o una persona discapacitada solicitando beneficios. Si usted no reporta o verifica cualquiera de los gastos indicados en la solicitud, se considerará que no quiere tener una deducción por los gastos no reportados o no verificados.
7. Si usted, o alguien en su hogar, esta solicitando para el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) y son condenados de ciertas ofensas de condena, y han violado los términos y condiciones de su libertad condicional, o están huyendo de la justicia para evitar ser interrogados, acusados, detenidos o confinados después de ser condenados, no son elegibles para recibir beneficios de SNAP. Las personas condenadas después del 7 de febrero de 2014, de agravado abuso sexual, asesinato o explotación sexual y otro abuso de niños involucrando el abuso sexual no son elegible para recibir asistencia de SNAP si han violado los términos y condiciones de su libertad condicional.
8. Si usted o alguien en su hogar de SNAP recibe ganancias considerables de lotería o de juego. Se requiere a reportar esta información dentro de 10 días desde la fecha que se recibe las ganancias. Las reglas federales requiere reportar las ganancias considerables de lotería o de juego para que la agencia pueda verificar las circunstancias del hogar y determinar si cualquier ajuste sea necesario. Las ganancias considerables de lotería o de juego son basados en el límite de recurso de SNAP para un hogar anciano o discapacitado (incluso si su hogar no es anciano o discapacitado). Esta cantidad se actualiza cada año en el 1 de octubre.
9. Su caso puede ser verificado por la unidad de control de calidad por exactitud de beneficios pagados o asignados. Usted es requerido a cooperar con la evaluación.
10. Debe ayudar al Programa de Servicios de Cumplimiento de Manutención de Niños o al fiscal del distrito a establecer la paternidad de un niño nacido fuera del matrimonio y ayudar a obtener asistencia médica y pagos para todas las personas que solicitan o reciben asistencia.

AVISO ESPECIAL:

1. No cooperar o negarse de cumplir con lo anterior puede resultar en su terminación del programa de servicios sociales. La información anterior debe ser reportado a la División; reportando a otras agencias gubernamentales tal como el Seguro Social no cumple con su obligación como un beneficiario de servicios sociales. Periódicamente esta agencia puede enviarle correspondencia que requiere que usted responda antes de una fecha determinada. Si se encuentra fuera de casa, no esta excusado de su responsabilidad de responder para la fecha designada. Tome en consideración la posibilidad de hacer arreglos para su correo durante su ausencia.

2. Se solicitará regularmente información sobre elegibilidad e ingresos del Departamento de Seguridad de Empleo del Estado de Nevada, la Administración del Seguro Social, y el Servicio de Impuestos Internos, y se utilizará para determinar su elegibilidad para recibir asistencia.
3. Cambios deben ser reportados inmediatamente después de que haya presentado su solicitud y antes de que se aprueben sus beneficios. Una vez que sus beneficios de SNAP son aprobados, usted debe reportar dentro de 10 días a partir de la fecha que ocurrió el cambio, y una vez que sus beneficios de Medicaid son aprobados, comprobante del cambio tiene que tener el sello postal a más tardar el 5º día del mes siguiente. El gerente del caso podría solicitar comprobantes adicionales sobre el cambio. Usted será requerido a presentar comprobantes para una fecha determinada para continuar siendo elegible o para evitar un sobre pago o un pago insuficiente de sus beneficios.

Solicitante/Beneficiario	Fecha	Firma del administrador de casos	Fecha
--------------------------	-------	----------------------------------	-------

Si tiene problemas entendiendo o completando estos formularios, pregúntale a un pariente, amigo o comuníquese con su oficina local de la División de Servicios Sociales.

SI USTED NO ESTA REGISTRADO A VOTAR DONDE USTED VIVE AHORA, ¿desea registrarse a votar aquí hoy? (Por favor marque una de las casillas) ☐ Sí ☐ No	
Si usted no marca ninguna casilla, se considerará que usted decidió no registrarse a votar en este momento. La LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES le provee la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud en privado.	
NOTICIA IMPORTANTE: El hecho de registrarse o negarse a registrar para votar NO AFECTARÁ la cantidad de asistencia que se le proporcionará por esta agencia.	
Firma	Fecha
CONFIDENCIALIDAD: Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial. SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partido político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretary of State, Capitol Complex, 101 N. Carson Street, Suite 3, Carson City, Nevada 89701.	

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

No Envíe Solicitudes Aquí

No Discriminación

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.

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

1. correo:
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o
2. fax:
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; o
3. Correo electrónico:
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

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

<https://www.fns.usda.gov/contact-us>

No Envíe Solicitudes Aquí

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

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

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

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Sus Derechos

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

Sus Responsabilidades

Si está solicitando beneficios de Medicaid:

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

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

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

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

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

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

Individuals convicted after February 7, 2014, of Aggravated Sexual Abuse, Murder or Sexual Exploitation and other abuse of children involving sexual assault are not eligible to receive SNAP assistance if they are in violation of terms and conditions of their parole. Individuals must attest to whether they or any member of the household has been convicted of one or more of those crimes and whether the convicted member is complying with the terms of their sentence. This attestation is binding in the State of Nevada.

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

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

Utilizando fondos de TANF, DSS, por intermedio de la Fundación de Salud Pública de Nevada (NPHF), ha desarrollado una clase con enfoque hacia adolescentes embarazadas y padres adolescentes que reciben asistencia de dinero de TANF. Los padres adolescentes que reciben beneficios y servicios de TANF se conocen como participantes de STARS (Respaldando a los Adolescentes para que Logren Éxito en la Vida Real). Esta clase se ha ampliado para incluir otras embarazadas y padres adolescentes que reciben otras formas de asistencia como SNAP y Bienestar Infantil. Esta clase de un día pone énfasis en conseguir empleo, el éxito en el lugar de empleo, como tomar decisiones, la administración de dinero y la salud, como métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual.

Además, Equipos de Acción Comunitaria (Community Action Teams), una entidad de la Fundación de Salud Pública de Nevada, realiza evaluaciones del embarazo en adolescentes y su prevención, e identifica métodos posibles para reducir el embarazo en adolescentes por medio de programas de abstinencia. Se promueve la participación de jóvenes, padres, empresas, iglesias, proveedores de atención de salud, cuerpos policiales, escuelas y otras organizaciones a prestar servicio en los Equipos de Acción Comunitaria. También se anima a los hombres de todas las edades para servir como ejemplos positivos, reforzando el mensaje de posponer las actividades sexuales.

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

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

Visite nuestro sitio web <http://dss.nv.gov/>

Esta es su copia; guárdela para sus archivos.

Esta página 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.

Ciertas 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. Si el individuo eximido decide refinanciar la propiedad, Medicaid subordinará su derecho de retención.

Además, ciertos ingresos, recursos y propiedades de los Indios Americanos y de los Nativos de Alaska 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 proporcionará información de solicitud de extensión 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.

Necesita ayuda con su solicitud?

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

**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 <i>Si usted marcó "No" a la pregunta anterior, no llene esta solicitud.</i> ¿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 <i>Si usted marcó "No" a las dos preguntas anteriores, no llene esta solicitud.</i>					
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. <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: ☐ 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		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.		
		☐ Partido Demócrata (Democratic Party)		↓ FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA) ↓ (MM/DD/AAAA)		
		☐ 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				
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		☐ 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 información de registro de votante ha sido enviada a su Oficina de Elecciones del Condado para procesamiento. Dentro de 10 días, después de recibir su información, su Oficina de Elecciones del Condado le enviará por correo una Tarjeta de Inscripción Como Votante de Nevada o un aviso si se requiere información adicional para completar su inscripción..	
					NUM. DE SOLICITUD	

INSTRUCCIONES

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

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

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

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

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

Casilla 9 – MILITAR: Requerido, si es aplicable. Marque la casilla aplicable.

Requerido. Marque su selección de un partido

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

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

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

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

FECHAS LÍMITES PARA ENTREGAR SU SOLICITUD:

❖ Por Correo – Matasellado para el cuarto martes antes de la elección primaria o general.
❖ En la Oficina del Secretario del Condado o Registrador de Votantes – Para el tercer martes antes de la elección primaria o general.

❖ En línea – Para el jueves antes de empezar el primer día del periodo de la votación anticipada.

❖ Para Elecciones Especiales /de Revocación – Comuníquese con el Secretario del Condado o el Registrador de Votantes.

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

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

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

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



**FIRST CLASS
STAMP
NECESSARY
FOR MAILING**
