

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



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



Robert H. Thompson
Administrator

TANF

MEDICAID

SNAP

Fecha:

Nombre del Caso:

Número del Caso:



INFORMACIÓN INSUFICIENTE

Necesitamos la siguiente información para completar su caso. Tenemos que recibirla EN nuestra oficina a más tardar el **SI NO PROPORCIONA ESTA INFORMACIÓN, PUEDE DEJAR DE SER ELEGIBLE PARA TANF/MEDICAID Y/O SNAP.**

VERIFICACIÓN POSPUESTA (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP))

Para seguir siendo elegible, necesitamos la siguiente verificación pospuesta a más tardar el **Si no recibimos esta información para esta fecha, su caso se dará por terminado a partir del**
No se emitirán beneficios adicionales hasta que vuelva a presentar su solicitud y nos proporcione la verificación pospuesta requerida o que la nueva solicitud se procese conforme a los márgenes de tiempo normales.
Esto sirve como aviso de que su solicitud de SNAP está todavía pendiente. Tiene que proporcionar la siguiente información a más tardar el o su solicitud será negada.

OTRO:

Documentos adjuntos, si son aplicables:

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, NECESITA AYUDA O NO PUEDE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA, POR FAVOR LLAME AL SERVICIO AL CLIENTE ANTES DE LA FECHA LÍMITE.

Nevada del Sur	Nevada del Norte	Teléfono sin cargo
(702) 486-1646	(775) 684-7200	(800) 992-0900

***SI NO PUEDE VERIFICAR UN GASTO RECLAMADO, LA AGENCIA CALCULARÁ UN PRESUPUESTO SIN PERMITIR LA DEDUCCIÓN DE ESE GASTO. EEN ESTE CASO, SU HOGAR PUEDE NO SER ELEGIBLE O NO RECIBIR TODOS LOS BENEFICIOS A LOS QUE TIENE DERECHO.**

Firma del cliente	Nombre con letra de molde	Fecha	Número de teléfono
☐ N/A (Mailed)			

