

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



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



Robert H. Thompson
Administrator

Solicitud de Medicaid para Personas Involucrados en la Justicia

Esta solicitud puede ser utilizado para las Personas Involucradas en la Justicia para solicitar una determinación de elegibilidad de Medicaid para uno de los siguientes programas:

Cobertura de Medicaid de Reingresar	Medicaid Suspendida
<i>Personas deben cumplir con requisitos específicos del programa para ser considerados para este programa.</i> <i>Los centros de carcelario deben declarar que la persona esta cumpliendo con estos requisitos por someter a DSS la Forma 2971 completada, Solicitud para la Transición de Medicaid para los Involucrados en la Justicia</i>	<i>Las personas que no están actualmente en un programa de Medicaid pueden solicitar y tendrá a DSS para evaluarlos para un programa de Medicaid o CHIP.</i> <i>Si es determinado elegible, el individuo tendrá su elegibilidad suspendido hasta su liberación del centro de carcelario o sus circunstancias cambian, y ya no califican para Medicaid o CHIP.</i>

Información del Solicitante

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

¿Encarcelado actualmente? ☐ Sí ☐ No

¿Fecha esperada de liberación?

Nombre del establecimiento: Dirección del establecimiento: Ciudad: Estado: Código postal:

Lista de su dirección físico y de correo actual abajo.

Dirección física:	Número del Apartamento:	Dirección de correo:	Número del Apartamento:
Ciudad: Estado: Código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:

Número de teléfono de día: Ext.: Número de teléfono secundario: Ext.:

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

Actualmente, notificaciones se mandan por correo. En el futuro, si está disponible, quisiera recibir información por:

Correo electrónico: ☐ Sí ☐ No Dirección de correo electrónico:

Número de Seguro Social:

DSS necesita números de Seguro Social (SSNs) (si uno ha sido asignado) para las personas solicitando seguro de salud.

Por favor asegúrese de que el nombre sea el mismo que aparece en su Tarjeta de Seguro Social.

Número de Seguro Social/de Identificación de Impuestos (REQUERIDO):	Estado civil:	¿Embarazada? ☐ Sí ☐ No	Sexo:
_____		Fecha del parto: _____	☐ Masculino
		Si la respuesta es sí, ¿Cuántos bebés se esperan?	☐ Femenino

¿Es usted legalmente ciego o permanentemente discapacitado? ☐ Sí ☐ No

¿Planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?		☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es no, ¿lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos federales de otra persona?		☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, nombre del declarante de impuestos:		Parentesco con usted:
¿Es usted ciudadano de los EE.UU.?	☐ Sí ☐ No	¿Ha vivido usted en los EE.UU. desde 1996?
		☐ Sí ☐ No
Si no es ciudadano de los EE.UU., ¿tiene usted estatus migratorio como elegible?		☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:		Tipo: No. de identificación:
¿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
Si es menor de 26 años de edad, ¿ha estado alguna vez en cuidado temporal? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿cuál estado? _____		
¿Recibió cuidado de salud a través de un programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No		
¿Edad cuando salió del programa? _____		
Información de ingreso actual ☐ Sin empleo		
¿Recibe ingreso actualmente?		☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, ¿Qué tipo?		Cantidad en bruto: \$
¿Con que frecuencia te pagan? ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Bimensual ☐ Mensual ☐ Anual		
Información Étnico y de Raza		
¿Es usted Hispano/Latino o de origen Español? (opcional)		☐ Sí ☐ No
Raza (opcional) - Marque todas las que correspondan		
☐ 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: _____
Indio Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN) 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, 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 familias inscritas recibirán un manual explicándoles los beneficios del plan de salud.		
¿Es usted Indio Americano o Nativo de Alaska?		☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, ¿Cual tribunal?		
Información de Seguro de Salud		
¿Tiene actualmente seguro de salud?		☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, ¿Qué tipo?		Nombre de la compañía de seguro:

No Discriminación

Siguiendo la ley federal, discriminación no es permitido sobre las bases de raza, color, origen nacional, sexo, edad, 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: Centro de Respuesta del cliente: (800) 368-1019, Fax:(202)619-3818 (TDD):(800) 537-7697

por correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Programa de Medicaid de Recuperación de Patrimonio

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 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.)

Responsabilidad de terceros

Yo entiendo que lo siguiente 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.

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 su niño(s), que sean necesarias para determinar la elegibilidad para beneficios que usted o miembros de su hogar reciben o recibirán bajo programas administrados por DSS y Nevada Health Link. Información proveída a DSS puede ser verificada o investigada por oficiales federales, estatales y locales, incluyendo personas que trabajan en el control de calidad.

Si usted no coopera con la investigación, sus beneficios pueden ser negados o terminados. Si usted da una declaración falsa o información confusa; entrega documentos alterados; o encubre o retiene información necesario para que la agencia puede ser una determinación precisa de sus beneficios por lo cual usted puede ser elegible, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. Si usted recibe beneficios que no tiene derecho a recibir, tendrá que reembolsar a la agencia todo el dinero, servicios y beneficios que 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.

Póliza de Privacidad

Mantenemos su información privada como exige la ley. Sus respuestas en esta solicitud sólo se usarán para determinar la elegibilidad para la cobertura de salud y para proveer información adicional para servicios de salud disponibles a su hogar. Nevada Health Link, la 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 es igual, podremos pedir que envíe comprobantes. 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 (SSA), del Departamento de Seguridad Nacional (DHS), y/o una agencia de informe del consumidor.

DSS necesita esta información para comprobar su elegibilidad para la cobertura y para darle el mejor servicio posible. DSS también puede revisar su información posteriormente para asegurarse de que su información esté actualizada. DSS le notificará 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.

Opción de Mensaje de Texto Opt-In/Opt-Out

La información proporcionado en esta solicitud, incluyendo sus número(s) de teléfono, serán compartidos con la División del Departamento de Servicios Humanos (DHS), y la Organización de Atención Administrada (MCO), por lo cual se le asigna. Consentimiento autoriza llamadas y/o textos de DHS, MCO, o cualquier contratista actuando en su nombre, en cualquier número(s) de teléfono que proporcionó en su solicitud, ahora o en el futuro, incluyendo información sobre sus necesidades de salud o tratamientos, servicios de bienestar, planes de beneficios, elegibilidad, renovar y/o redeterminación, y para cualquier otra comunicación relacionado con DHS o MCO sobre su cobertura de salud. Estas llamadas/textos son hechos utilizando la tecnología automático, tal como con un sistema de marcación telefónica o artificial o mensaje de voz pregrabado. Tarifas de mensajes y datos estándares pueden aplicar.

(Marque uno de los siguientes;)

- ☐ Yo consiento a recibir mensaje de texto como descrito hacia arriba. Teléfono Preferido: _____
- ☐ No consiento a recibir mensaje de texto como se describe arriba. Iniciales: _____

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

Los miembros tribales que se inscriben en Medicaid, Nevada Check Up y a través de Nevada Health Link también pueden obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, los Programas de Salud Tribales o los Programas de Salud Urbana para Indígenas. Si usted o sus familiares son indígenas americanos o nativos de Alaska, es posible que no tengan que pagar primas ni compartir costos. Haremos preguntas adicionales para asegurarnos de que usted y su familia reciban la mayor ayuda posible. Se requieren tarjetas de afiliación tribal.

¿Cuál Opción Atención Administrada le Gustaría?	Condado Disponible	Teléfono de contacto	Sitio web (Visite para más información)		
☐ Anthem Blue Cross Blue Shield Healthcare Solutions	Urbano de Clark Urbano de Washoe	1-844-396-2329	mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.htm		
CareSource	Rurales Urbano de Clark Urbano de Washoe	1-833-230-2058	caresource.com/nv/plans/medicaid/		
☐ Health Plan of Nevada	Urbano de Clark	1-800-962-8074	myHPNmedicaid.com/Member		
☐ Molina Healthcare	Urbano de Clark Urbano de Washoe	1-833-685-2109	meetmolina.com/nv-medicaid		
☐ SilverSummit Healthplan	Rurales Urbano de Clark Urbano de Washoe	1-844-366-2880	silversummithealthplan.com		
☐ No 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 de MCO, visite https://dhcfp.nv.gov/Members/BLU/MCOMain/. 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

Sus Derechos	
Puede apelar, si usted piensa que hemos hecho un error o no avisamos con tiempo adecuado sobre su solicitud. Esto indica que nos puede pedir a revisar su caso una vez mas. Usted tiene que pedir una apelación por escrito dentro de 90 días desde la fecha de la notificación. La notificación le dice como apelar. Usted puede nombrar un representante para actuar en su favor durante el proceso de apelaciones. Comuníquese con nosotros, y le podremos ayudar con su apelación.	
Sus Responsabilidades	
Sé que tengo que reportar cambios al programa donde estoy inscrito si la información ha cambiado en esta solicitud. Sé que puedo ser cambios al llamar al servicio al cliente y que tengo que reportar para el quinto día (5th) del mes siguiente. Yo entiendo que un cambio en mi información puede afectar mi elegibilidad para los miembros de mi hogar.	
Divulgación de Información	
Por lo presente autorizo y consiento a la divulgación de toda la información acerca de mí o de mis miembros del hogar al Departamento de Servicios Humanos por el titular de la información, tales como, pero no limitado a, información de salarios, la información hecha confidencial por ley, así como la información 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.	
Por favor lea y firme esta solicitud.	
- Estoy firmando esta solicitud bajo pena de perjurio, que dice que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas según entiendo. Sé que puedo ser sujeto a penalidades bajo la ley federal si doy información falsa intencionalmente o falsa información. - Yo juro que he reportado honestamente el estatus de mí ciudadanía y de cualquier persona por la cual también solicito servicios.	
Firma o marca del solicitante: Fecha:	Firma o Testigo*: Fecha: (Utiliza si el solicitante no puede leer, escribir o es ciego.) <i>*La información en esta solicitud fue leída al solicitante y he sido testigo a su firma o marca.</i>
Somete esta solicitud por:	
Enviar por correo electrónico al: justicemed@dss.nv.gov , o; Fax 702-631-3387	Se acordó de: ☒ ¿Firmar esta solicitud?
Descargo de responsabilidad:	
Al pedido de la institución pública, usted debe proporcionar la dirección de donde tiene intención de vivir. Todos los documentos importantes, tal como las determinaciones de elegibilidad, tarjeta de Medicaid, etc, serán enviadas a la última dirección que usted proporcionó.	

Designación del Representante Autorizado

Los solicitantes pueden designar a una persona o establecimiento para actuar de forma responsable en su nombre. Esto incluye asistiendo las personas con la solicitud de asistencia, renovaciones de elegibilidad y otras comunicaciones continuos con la agencia. Esta designación debe incluir la firma del solicitante. Para una designación válida, el designado representante autorizado también debe estar de acuerdo a escribir que actuarán responsable en nombre del solicitante/beneficiario. Yo entiendo que mis obligaciones y responsabilidades son los mismos como si fuera el solicitante/beneficiario en la medida de la capacidad financiera del solicitante/beneficiario de hacer pagos.

¿Quiere nombrar alguien que sea su representante autorizado? ☐ Sí ☐ No **Si no, saltar esta sección.**

Nombre del Representante Autorizado:

Número de teléfono:

Dirección de correo: (Requerido)

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Al firmar, usted acepta permitir que esta persona actúe y hable en su nombre con todos los asuntos de DSS relacionados con su elegibilidad de Medicaid. Esta persona recibirá copias de todas las notificaciones oficiales sobre su caso con DSS. AVISO: La autorización es válida solo durante el periodo actual de elegibilidad de Medicaid a menos que usted le informe a DSS que cancele la autorización antes de tiempo.

Su firma

Fecha

Si desea designar un establecimiento como su representante autorizado, la sección a continuación debe ser completado y firmado por el solicitante y un miembro de personal del centro:

Yo, _____, pido que la siguiente persona/agencia:
(NOMBRE CON LETRA DE MOLDE DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO) (CIRCULE UNO)

_____ sea mi:
(NOMBRE CON LETRA DE MOLDE DE LA PERSONA O AGENCIA)

- ☐ El representante principal (recibe todas las solicitudes por información junto con cualquier adjuntos más todas las notificaciones. Ellos tienen la misma responsabilidad que tiene el cliente de obtener información para determinar la elegibilidad, responsabilidades de reportar y son los únicos autorizados de firmar en nombre del cliente. Los representantes principales tienen el mismo acceso a la información del como el cliente.)
- ☐ El representante secundario (recibe los mismos solicitudes para información y notificaciones como el cliente pero no son responsables de obtener o reportar información; sin embargo, si deciden hacerlo, pueden obtener y reportar la información solicitado a DSS. Un representante secundario tiene el mismo acceso a información del caso, pero no puede firmar en nombre del cliente.)

Yo entiendo que puedo cancelar esta designación en cualquier momento por escrito y que la autorización del establecimiento que actué como un representante autorizado se terminará hacia la liberación de la institución pública.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE DESIGNADO

Yo creo que el solicitante/cliente nombrado arriba entiende la naturaleza y las consecuencias de sus actos y es capaz de ejercer su propia voluntad. Yo certifico que el solicitante/cliente nombrado arriba tomó la decisión de designarme como su representante bajo ningún tipo de amenaza o presión.

☐ Como representante principal, estoy de acuerdo actuar de forma responsable en nombre del solicitante/beneficiario proporcionando toda la información necesaria para determinar la elegibilidad para asistencia. Yo entiendo que mis derechos y obligaciones son los mismos como si fuera el solicitante/beneficiario en la medida de la capacidad financiera del solicitante/beneficiario de hacer pagos.

☐ Como representante secundario, yo entiendo que recibiré todas las notificaciones en nombre del solicitante/beneficiario nombrado arriba, sobre el inicio y curso de su elegibilidad y puedo proveer información para asistir en el proceso de la elegibilidad.
Entiendo que no tengo autoridad para firmar en nombre del solicitante/cliente nombrado arriba.

Yo certifico bajo pena de perjurio, que la información que yo proporciono es correcta y completa a mi mejor conocimiento y habilidad.

FIRMA DEL REPRESENTANTE

(NOMBRE CON LETRA EN MOLDE)

CARGO/PARENTESCO

FECHA

DIRECCIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO



MEDICAID ESTATE RECOVERY

NOTIFICACIÓN DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA

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

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

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

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

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

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

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

La recuperación de Medicaid puede ser renunciada, comprometida o retrasada si esto 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 exención de dificultades a los herederos conocidos en el momento de la recuperación.

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

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

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



SOLICITUD PARA INSCRIBIRSE COMO VOTANTE EN EL ESTADO DE NEVADA

Núm. de Solicitud

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? 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? Si usted marcó “No” a la pregunta anterior, pero tiene por lo menos 17 años de edad, ¿usted desea preinscribirse para votar? Si usted marcó “No” a las dos preguntas anteriores, no llene esta solicitud.				☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No			
2.	Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Sufijo	
3.	Dirección Residencial de Nevada – Vea las Instrucciones al Reverso (No Apartado Postal/Dirección de Negocio)				Apto. #	Ciudad	Estado NV	Código Postal
4.	Dirección de Correo – Si es Diferente de la Anterior (Apartado Postal o Servicio de Buzón Aceptable)				Apto. #	Ciudad	Estado	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–XX–_____ ☐ 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 UNA BOLETA 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-NoPolitical 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 redamo 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. ↓ FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA) ↓ (MM / DD / AAAA)				
14.	Su nombre y dirección residencial de su última inscripción como votante (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.					
DATE STAMP		☐ AGENCY ☐ FIELD REGISTRAR ☐ MAIL ☐ IN PERSON ☐ OTHER	CANCELLED	APPLICATION NO.	
			INACTIVE	RECEIVED BY:	
			PRECINCT		
✂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.

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

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

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

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

FECHAS LÍMITES PARA ENTREGAR SU SOLICITUD:

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

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

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

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

CONDADO Carson City Clerk (775) 887-2087	DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ELECCIONES 885 East Musser Street, Suite 1025, Carson City, NV 89701	CONDADO Lincoln Clerk (775) 962-8077	DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ELECCIONES 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 (702) 455-3666	965 Trade Drive, Suite A, North Las Vegas, NV 89030 P.O. Box 3909, Las Vegas, NV 89127 en español	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 8 th Street, 2 nd 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
p	550 Court Street, 3 rd 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	10 South Main Street, Eureka, NV 89316 P.O. Box 540, Eureka, NV 89316	Washoe Registrar (775) 328-3670	1001 E. 9th Street, Reno, NV 89512
Humboldt Clerk (775) 623-6343	50 West 5 th 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