



JOE LOMBARDO
Governor

STATE OF NEVADA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES

RICHARD WHITLEY, MS
Director

ROBERT THOMPSON
Administrator

Fecha: _____
Nombre del Caso: _____
Número del Caso: _____

AUTORIZACIÓN: Yo autorizo la divulgación de la información solicitada a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social.	
Firma del cliente	Fecha

SNAP - DECLARACIÓN DE HOGAR SEPARADO

Por favor proporcione la información solicitada a continuación y devuelva este formulario a la dirección arriba indicada. Su cooperación asegura la integridad del programa y mantiene la rendición de cuentas en la administración de los fondos públicos en Nevada. La información proporcionada se utiliza sólo en conjunto con las funciones oficiales de esta agencia y es confidencial. Se agradecería una respuesta inmediata.

Si nuestra información de identificación (nombre y dirección) es diferente a la suya, por favor indique el cambio.

REF: _____
Nombre _____ Calle/Dirección _____

Para determinar si el solicitante/beneficiario arriba nombrado es elegible como alguien que compra y prepara alimentos por separado, se solicita la siguiente información. Por favor complete este formulario y devuélvalo a más tardar el undefined.

- ¿Cuál es su parentesco con el solicitante/beneficiario arriba nombrado? _____
- ¿Compra y prepara usted sus alimentos por separado del solicitante/beneficiario arriba nombrado? SÍ NO
- ¿Qué cantidad (marque uno) cobra o paga al solicitante/beneficiario de SNAP arriba nombrado por **separado por alquiler**? Anote la cantidad \$ _____. (Si no cobra/paga, escriba "nada")
- ¿Qué cantidad (marque uno) cobra o paga al solicitante/beneficiario de SNAP arriba nombrado por **separado por servicios públicos**? Anote la cantidad \$ _____. (Si no cobra/paga, escriba "nada")
 ¿Cuáles servicios públicos están incluidos en la cantidad cobrada? (por favor marque todo lo aplicable)
 Calefacción Aire acondicionado/Refrigeración Teléfono Agua Alcantarilla Basura Iluminación Gas para cocinar
- Si usted no cobra o paga una cantidad por separado por alquiler o servicios públicos (las preguntas número 3 y 4), ¿qué **cantidad total** se le cobra o se le paga al solicitante/beneficiario de SNAP arriba nombrado por alquiler o servicios públicos combinados? Anote la cantidad \$ _____. (Si no cobra/paga, escriba "nada")
- Por favor proporcione la porción de la factura de electricidad o gas más actual que muestra la dirección en donde se reciben los servicios públicos que el solicitante/beneficiario de SNAP arriba nombrado desea que tomemos en cuenta.

Firma de la persona llenando el formulario _____ Parentesco _____

La persona llenando el formulario _____
Dirección _____ Fecha _____ Teléfono _____

