



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

TANF MEDICAID SNAP



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

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE GASTOS DE CUIDADO DE NIÑOS

La División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social del Estado de Nevada necesita que complete y devuelva la siguiente información para determinar correctamente la elegibilidad, los niveles de beneficios u otros servicios para:

Nombre del niño o del proveedor de cuidado de niños: _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Número de teléfono: () - _____

Nombre de la persona que paga los costos de cuidado de niños: _____

Número de teléfono: () - _____

¿Está subvencionada o pagada alguna porción de los costos de cuidado de niños por una agencia externa o un individuo? Sí NO

En caso afirmativo, anote quien subvenciona y la cantidad pagada de los costos de cuidado de niños por la agencia o el individuo:

Nombre: _____

Número de teléfono: () - _____ Cantidad: \$ _____

¿Cuándo se paga el cuidado de niños y cuál es la cantidad? (anote una cantidad o cantidades en la columna 1, 2, 3 o 4):

	(1) Semanal (una vez por semana)	(2) Quincenal (cada dos semanas)	(3) Mensual (una vez al mes)	(4) Dos veces al mes (dos veces (2) por mes)
El cliente paga	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Otra agencia o individuo paga	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____



¿Para quién se paga cuidado de niños?

Nombre del niño	Edad	No. de horas	Días	Nombre del niño	Edad	No. de horas	Días
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/

Firma	Nombre con letra de molde	Título/Parentesco	Fecha	Número de teléfono
-------	---------------------------	-------------------	-------	--------------------

