



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: _____

NOTIFICACIÓN DE TRANSFERENCIA/DISPOSICIÓN DE BIENES – EXENCIÓN DE LOS SERVICIOS EN EL HOGAR

Estimado(a) _____

En _____ usted/su cónyuge o representante legal han dispuesto de bienes valorados en \$ _____
Mes/Año

Hemos determinado que la cantidad que recibió fue menos del valor de los bienes; por lo tanto, consideramos la diferencia como un valor no compensado. Debemos suponer que los bienes fueron dispuestos por una cantidad menor a su valor con el fin de ser elegible para la Exención de los Servicios en el Hogar. Esto lo hace inelegible para la Exención de los Servicios en el Hogar.

Si usted *no* está de acuerdo con lo antes mencionado, tiene hasta _____ para refutar esa presunción
O solicitar una exención por dificultades excesivas. Fecha

Si usted elige refutar esa presunción, debe proporcionar pruebas *convincentes* como comprobantes de los siguientes puntos:

1. Su razón por la transferencia de los bienes;
2. Sus intentos de disponer de los bienes a su valor justo de mercado;
3. Su documentación de que se recibió el valor justo de mercado si esa es su afirmación o las razones por aceptar menos del valor justo de mercado;
4. Su relación, si alguna, a la persona(s) a la que se transfirieron los bienes;
5. Sus planes para mantenerse después de la transferencia; y
6. Cualquier documentación relevante que desea proporcionar con respecto a la transferencia, como documentos legales, correspondencia, recibos, declaraciones de otros individuos, estados financieros, etc.

Si usted elige pedir una exención por dificultades excesivas, debe proporcionar pruebas *convincentes* de que el período de penalización causaría una dificultad excesiva. Su solicitud debe comprobar los siguientes puntos:

1. Usted es elegible para Medicaid de otra manera; Y
2. Usted no tiene fondos suficientes para cubrir el costo de la atención institucionalizada; Y
3. La persona(s) que tiene sus bienes se niega a hacérselos disponibles; Y
4. Usted ha ejercido todos los esfuerzos razonables y todos los medios posibles para recuperar y/o acceder a los bienes mediante la devolución de los bienes a su propiedad o el recibir compensación adicional; Y
5. Sin Medicaid, usted estaría forzado a estar sin atención médica de soporte vital según la determinación por una persona con licencia para ejercer la medicina en el Estado de Nevada.