



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: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE VIVIENDA, INGRESOS Y RECURSOS DEL CÓNYUGE

Debido al mandato de las disposiciones de empobrecimiento conyugal de la Ley de Cobertura para Catástrofes de Medicare, una porción de sus ingresos y recursos en comunidad deben estar disponibles para el beneficio de su cónyuge. Por favor complete la siguiente información acerca de su cónyuge y proporcione comprobantes de ingresos, recursos y gastos de vivienda a más tardar el            EL NO PROPORCIONAR ESTA INFORMACIÓN PUEDE RESULTAR EN INELEGIBILIDAD PARA MEDICAID.

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

### Ingresos del cónyuge (mensuales)

Fuente de ingresos	Cantidad

Gastos del cónyuge (mensuales) por alquiler o hipoteca. Incluya el capital e intereses de la hipoteca, impuestos y seguro.

Tipo	Cantidad

¿Vive su cónyuge en la misma casa que un niño menor de edad o dependiente, padres dependientes o hermanos dependientes? (Reclamados como dependientes en la declaración de impuestos federales)  Sí  NO

En caso afirmativo, indique su(s) nombre(s) y el parentesco con usted o su cónyuge. ¿Cuáles son sus ingresos mensuales y sus fuentes?

Nombre	Parentesco	Cantidad de los ingresos	Fuente de ingresos



