Las Vegas Urban League
Child Care Subsidy Division
Connecting Kids with a Network of Resources

ADMINISTRATION
2470 N. Decatur, Ste. 150
Las Vegas, NV 89108
Phone: (702) 473-9400
Fax: (702) 405-8583

CHILDREN'S CABINET
Statewide Child Care
Resource & Referral
Phone: (702) 823-2966
Fax: (702) 684-6553
(800) 753-5500

☐ 700 Belrose St.
Las Vegas, NV 89107
Phone: (702) 486-1585
Fax: (702) 486-1608

☐ 611 N. Nellis Blvd.
Las Vegas, NV 89110
Phone: (702) 486-4728
Fax: (702) 486-4737

☐ 1058 W. Owens Ave.
Las Vegas, NV 89106
Phone: (702) 410-9900
Fax: (702) 410-9906

☐ 3330 E. Flamingo Rd.
Las Vegas, NV 89121
Phone: (702) 486-9427
Fax: (702) 486-9401

☐ 520 S. Boulder Hwy.
Henderson, NV 89015
Phone: (702) 486-1285/1017
Fax: (702) 486-1265

☐ 1840 Pahrump Valley Blvd.
Pahrump, NV 89048
Phone: (702) 473-9400
Ext. 466 or 447
Fax: (702) 405-8583

APPLICACIÓN PARA AYUDA DE CUIDADO DE NIÑOS

La Elegibilidad Para Beneficios – Los siguientes elementos deben ser verificados para determinar si usted es elegible para Ayuda de Cuidado de Niños.

- Números de Seguridad Social de todos los miembros de hogar;
- Prueba de Ciudadanía para todos los niños aplicando para ayuda beneficial;
- Identificación para todos los adultos que son miembros de hogar;
- Propósito de la asistencia – Todos los adultos requeridos (y madre menor de edad) tienen la obligación de comprometerse en una actividad apropiada, como trabajando, buscando empleo, asistiendo la escuela o entrenamiento, participar en el Estado de Nevada División de Bienestar y Servicios Sostenedores (DWSS) actividades aprobadas en relacion con la preparación de empleo, O otra actividad autorizada por el Programa de Ayuda de Cuidado de Niños. La verificación de esta actividad debe ser entregado.
- Prueba de residencia de Nevada;
- Prueba de todos los ingresos;
- Documentación de necesidades especiales para los niños mayores de 13 años que necesitan cuidado de niños;
- Registros de vacunas para cada niño que solicita beneficios (si es menor de 6 años y no esta bajo una facilidad de cuidado de niños con licencia);
- Prueba de relación con el solicitante para todos los miembros de hogar;
- Prueba de custodia puede ser necesario;
- En acuerdo con el Programa de Manutención para Niños, si es necesario.

Selección de un Proveedor - Usted debe de seleccionar un proveedor de cuidado de niños con licencia que cumple las necesidades de su familia. Los padres deben visitar a varias facilidades antes de tomar una decisión. Para inscribir a sus hijos si su familia es elegible para los servicios, el proveedor de cuidado de niños que es elegido debe de cumplir con las siguientes guías:

- El Proveedor no debe de ser el padre natural o adoptivo o guardián, independiente de que viva on no viva en el hogar con el niño;
- El Proveedor no debe de vivir en la misma residencia del niño;
- El Proveedor no debe de tener su propio caso activo con el programa de cuidado de niños ;
- Los Proveedores deben de estar inscritos en el programa de Ayuda de Cuidado de Niños;
- Los Proveedores registrados (sin licencia) deben de cumplir con todos los requisitos de elegibilidad, deberán de entregar un pácete completo de proveedor, y deben de participar en una orientación y el entrenamiento necesario para poder recibir el pago del programa.

No Discriminación – Cualquier persona puede aplicar para el programa de Ayuda de Cuidado de Niños para obtener beneficios para sus hijos. Ninguna persona será discriminada por cualquier razón (como raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad, opinión política o origen nacional) en cualquier programa administrado por el DWSS. Para presentar una queja, por favor de contactar el Jefe de Cuidado de Niños y Desarrollo localizado en 1470 College Parkway, Carson City, Nevada 89706. Los participantes también tienen derecho a solicitar una audiencia con el Estado de Nevada División de Bienestar y Servicios Sostenedores, y será dado la información sobre el proceso de apelación en cualquier momento que los beneficios sean reducidos, negados o cancelados, o si el participante lo requiere.

Información de Manutención para Niños – La cooperación de los padres/guardián en obtener el apoyo financiero a los hijos solicitando beneficios es un requisito de elegibilidad para recibir beneficios de Ayuda de Cuidado de Niños. Todos los aplacantes, que no son participantes del programa de la DWSS Nevada NEON, puede ser requerido aplicar por manutención para niños en la oficina local del programa de Manutención para Niños si uno o ambos padres viven fuera de la casa. Después de aprobación las familias deben de permanecer en cumplimiento con Manutención para Niños para mantenerse elegibilidad para ayuda de cuidado de niños. Si resulta que un padre o guardián no colabora con "buena causa" los beneficios de ayuda de cuidad de niños será terminado.

Información Importante – El Programa de Ayuda de Cuidado de Niños tal vez le enviar información que requiere que responda antes de una fecha determinada. Puede hacer arreglos con su correo si usted esta fuera de casa por un tiempo. Si no responde antes de la fecha determina y/o ha perdió contacto por no reportar cambios en su dirección puede resultar en la terminación de beneficios.

LLENE TODOS LOS ESPACIOS PARA TODOS LOS QUIÉN VIVEN EN SU HOGAR, SI USTED LOS CONSIDERA MIEMBROS DE SU HOGAR O NO. *Si necesita espacio adicional, utilice una seguna aplicación o un pedazo de papel separado.*

CÓDIGOS: Raza/Origen Étnico: Por Favor marque uno de los cuadros: ☐ Hispáno/Latino ☐ No-Hispáno/Latino ponga uno de los siguientes códigos de origen étnico por cada miembro de su hogar: A – Asiático; B – Africano Americano; H – Hispáno o Latino; I – Indígena Americano o Nativo de Alaska; N – Nativo de Hawai o Otra Isla Pacifica; W – Blanco; O – Otro

Estado Civil: S – Soltero; M – Casado; N – Separado; D – Divorciado; W – Enviudado

ADULTOS:

Nombre	Relación con Usted	SEXO	Fecha de Nacimiento	Estado O País Donde Nació	Numero De Seguro Social	Raza/ Origen Étnico	Estado Civil	Ultimo Grado Completado
	Usted							

NIÑOS (Menores de 18)

Nombre	Relación con Usted	SEXO	Fecha De Nacimiento	Estado O País Donde Nació	Ciudadano De Estados Unidos Si/No	Numero De Seguro Social	Raza/ Origen Étnico	¿Necesidades Especiales?	¿Necesidad de Cuidado De Niños?
								☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
								☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
								☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
								☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
								☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Dirección de Domicilio	Ciudad Estado	Código Postal
Dirección de Correo	Ciudad Estado	Código Postal
Teléfono de Casa / Teléfono de Día/Mensaje	Dirección de Correo Electrónico (E-mail)	

¿Alguien en su hogar ha recibió beneficios de TANF en los últimos seis (6) meses? ☐ **Si** ☐ **No**

Si respondió "Si", Quien_____ Cuando: _____ Donde: _____

¿Hay algún adulto (o padres menores de edad) en su hogar que no pueden trabajar y/o asistir entrenamiento? ☐**Si** ☐ **No**

Si respondió "Si", Quien:_____ Razón: _____

¿Alguno de los niños que apunto tienen necesidades especiales? ☐ **Si** ☐ **No**

Si respondió "Si", Nombre del niño: _____ Necesidades: _____

¿Hay algún miembro del hogar, incluyendo a un menor de edad, temporalmente fuera del hogar? ☐ **Si** ☐ **No**

Si respondió "Si", Quien:_____ Razón: _____ Fecha de regreso:_____

¿Alguien en su hogar esta embarazada? ☐ **Si** ☐ **No**

Si respondió "Si", Quien:_____ Fecha de Parto: _____

¿Hay alguien en su hogar descalificado de un programa de DWSS por una Violación Intencional de Programa (IPV)? ☐ **Si** ☐ **No**

Si respondió "Si", Quien:_____ Programa:_____ Fecha de Inicio: _____

¿Espera usted algunos cambios dentro de su hogar en los próximos seis (6) meses? ☐ **Si** ☐ **No**

Si respondió "Si", por favor explique:_____

EMPLEO: *Por Favor de hacer lista de los empleos en que se encuentra usted o miembros de su hogar trabajando actualmente y empleos que ha trabajado desde su última aplicación por beneficios de ayuda de cuidado de niños. Esto incluye empleo por cuenta propia, actividades pagadas o trabajos raros.*

Miembros de Hogar	Fecha de Inicio	Nombre del Empleo Dirección y Teléfono	Horas por Semana	Sueldo por Hora	¿Cada Cuánto le Pagan?	Horarios/Turnos
		( )			☐ Semanal ☐ Dos Veces por Semana ☐ Cada Dos Semanas ☐ Mensual ☐ Comisión	**Turnos:** ☐ Varía ☐ Jue ☐ Lun ☐ Vie ☐ Mar ☐ Sáb ☐ Mié ☐ Dom **De:** **Hasta:**
		( )			☐ Semanal ☐ Dos Veces por Semana ☐ Cada Dos Semanas ☐ Mensual ☐ Comisión	**Turnos:** ☐ Varía ☐ Jue ☐ Lun ☐ Vie ☐ Mar ☐ Sáb ☐ Mié ☐ Dom **De:** **Hasta:**

MANUTENCIÓN PARA NIÑOS:

¿Alguno de los niños en su hogar tiene un padre(s) que no vive en el hogar? ☐ **Si** ☐ **No**

Si respondió "Si", por favor complete la información listado abajo. Adjunta páginas adicionales, si es necesario.

Nombre del Niño	Nombre y Dirección de Padre Que No Vive En El Hogar	¿Recibe Manutención Para Niños?	Cantidad	¿Con qué Frecuencia?	¿Recibido a través de qué medio?
		☐ Si ☐ No		☐ Semanal ☐ Dos Veces por Semana ☐ Cada Dos Semanas ☐ Mensual	☐ Oficina de Abogados Distritos ☐ Acuerdo Judicial ☐ Acuerdo Privado
		☐ Si ☐ No		☐ Semanal ☐ Dos Veces por Semana ☐ Cada Dos Semanas ☐ Mensual	☐ Oficina de Abogados Distritos ☐ Acuerdo Judicial ☐ Acuerdo Privado
		☐ Si ☐ No		☐ Semanal ☐ Dos Veces por Semana ☐ Cada Dos Semanas ☐ Mensual	☐ Oficina de Abogados Distritos ☐ Acuerdo Judicial ☐ Acuerdo Privado

OTROS INGRESOS:

Por Favor, adjunte verificaciones de los ingresos obtenidos en los últimos 30 días.

☐ 01 – TANF
☐ 02 – SNAP
☐ 03 – Asistencia de Hogar
☐ 04 – Pagos para niños acogidos
☐ 05 – Beneficios de Veteranos
☐ 06 – Pago de suma global
☐ 07 – Ingreso Militar
☐ 08 – Compensación para Trabajadores
☐ 09 – Seguro por Incapacidad
☐ 10 – Ayuda educacional/ préstamos para estudiante
☐ 11 – Desempleo
☐ 12 – Contribuciones de Vivienda
☐ 13 – Retiro de Ferrocarril
☐ 14 – Seguro de Asentamientos
☐ 15 – Propinas
☐ 16 – Préstamos
☐ 17 – Dividendos
☐ 18 – Regalías
☐ 19 – Intereses
☐ 20 – Ganancias de Apuestas
☐ 21 – Manutención por divorcio o separación
☐ 22 – Entrada de Seguro Suplementario (SSI)
☐ 23 – Beneficios de Seguro Social por Incapacidad
☐ 24 – Beneficios de Seguro Social de los sobrevivientes
☐ 25 – Beneficios del Seguro Social (RSDI)
☐ 26 – Pensiones/ Jubilación de Ingresos de Fideicomiso
☐ 27 – Suvbenciones de Adopción

☐ Other:

Numero de Tipo de Ingresos	Quien Recibe los Ingresos	Cantidad	Con que Frecuencia	Numero de Tipo de Ingresos	Quien Recibe los Ingresos	Cantidad	Con que Frecuencia

¿Hay alguien que paga todo o parte de sus gastos (renta, servicios públicos, cuidado de niños, etc.) para usted? ☐ **Si** ☐ **No**

Si respondió "Si", Quien: _____ Cantidad pagado: _____ Frecuencia: _____

¿Si se espera que usted devuelva este dinero? ☐ **Si** ☐ **No**

ENTRENAMIENTO/EDUCACION: *Si alguno de los adultos en el hogar son estudiantes en participando en un entrenamiento o asistiendo a la escuela, por favor complete lo siguiente. Además, por favor complete la verificación de su horario.*

Nombre de Estudiante	El Sito del Entrenamiento/ Nombre del Escuela y Dirección	Fecha de Inicio	Fecha de Cumplimiento	Horario

INFORMACIÓN DE ESCUELA DEL NIÑO:

Nombre del Niño	Nombre del Escuela	Horario del Escuela	Grado Actual

PROVEEDOR DE CUIDADO DE NINOS:

Nombre de Proveedor Elegido	Dirección de Proveedor	Numero de Teléfono

El Programa de Cuidado de Niños es fundado por el estado, y subvenciones federales y locales. Cualquier información anotado en este forma es sujetada a verificación y investigación. Si usted hace una declaración falsa, representaciones falsas, o si oculta datos para mantener la elegibilidad del programa, sus beneficios pueden ser reducidos/ negado/ terminado. Usted es responsable de pagar todos los dineros, servicios y beneficios que no estabas intitulada. Además, también pueden ser excluidos de la particiación en el programa, sometido a un proceso penal o penalizado con los leyes del estado y federales. La infromación que a sido prestendada es estrictamente confidencial y sólo se utiliza para determinar la elegibilidad para la ayuda de cuidado de niños.

¿SI USTED NO ESTÁ REGISTRADO PARA VOTAR DONDE VIVE AHORA, LE GUSTARÍA INSCRIBIRSE PARA VOTAR AQUÍ HOY?

(Por Favor Marque Uno de las Cuadras)

☐ SI ☐ NO

Si no marco ningun cuadro, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento.

El ACTO NACIONAL DE REGISTRACION DE VOTANTES le provee a usted la oportunidad de registrarse a votar en este localización. Si usted desea ayuda para llenar la aplicación para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. Usted puede llenar la aplicación en privado.

NOTICIA IMPORTANTE: Su aplicación para registrarse o decir que no a registrarse NO AFECTARA la cantidad de asistencia que le proveerá esta agencia.

Firma **Fecha**

CONFIDENCIALIDAD: Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial.

SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partida político o su preferencia política, usted puede hacer una queja con la oficina del oficina de Secretario Del Estado, Capital Complex, Carson City, Nevada 89710.

AUTORIZACIÓN/ RESPONSABILIDAD

Yo autorizo el programa de Ayuda de Cuidado de Niños y/o el Estado de Nevada División de Bienestar y Servicios Sostenedores que hagan cualquier investigación acerca de mí o de otros miembros de mí familia o del padre(s) legal de mis hijos que es necesario para determinar la elegibilidad para los beneficios de cuidado de niños que ha recibido o voy a recibir administrado por el programa de Ayuda de Cuidado de Niños.

Yo autorizo y consenso a soltar cualquier y toda información sobre mi o los miembros de mi hogar al la programa de Ayuda de Cuidado de Niños por el tenedor de información desatento de la manera o forma tenido, incluyendo, sin limitación, información de salarios, la información que se considera confidencial por ley o de otra información del paciente privilegiado en NRS 49.225 o cualquier otra deposición de ley o de otra manera. Yo por la presente, soltó el información por responsabilidad, y cualquier información pude resultar en un revelación de la información requerida. Una copia reproducida de la autorización constituye legalmente una copia original.

Yo entiendo las preguntas en esta aplicación y las penales por ocultar información o proporcionar información falsa. Además, entiendo que si hago una declaración falsa o engañosa, ocultar o negar los hechos para establecer o mantener la elegibilidad del programa, mis beneficios pueden ser reducidos, negados o terminados, yo puedo ser descalificado de participar en el programa, sometido a un proceso penal o de otra manera puedo ser penalizado con leyes estatales y federales.

Además, entiendo que el proveedor(es) alistados reflejan la selección ha sido hecha por mí, el padre o el guardián, y al firmar este documento, estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne al Estado de Nevada, del Programa de Ayuda de Cuidado de Niños, sus funcionarios, agentes, consejeros y empleados de todas las reclamaciones, litigios, cotas, gastos y obligaciones que surjan de, o relacionados de alguna manera con el proveedor elegido por mi.

Yo certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son verdaderas, correctas y completas a mi mejor conocimiento y capacidad.

Firma O Marca del Solicitante (Padre/Guardián)	Fecha	Firma O Marca de Esposo(a)/ Segundo Padre/Guardián de Niño(s)	Fecha

Núm. de Solicitud
HA

SECRETARIO DE ESTADO ROSS MILLER
ESTADO OF NEVADA
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA VOTAR

CASILLA 3 – NOMBRE Escriba su nombre tal como aparece en su licencia de manejar o tarjeta de identificación de Nevada o en su tarjeta del Seguro Social, indicado en la Casilla 8. Si no tiene ninguno de estos documentos de identidad, vea las instrucciones para la Casilla 8.

CASILLA 4 – DIRECCIÓN RESIDENCIAL Su dirección residencial es la dirección asignada al sitio en que realmente vive. Si vive en un lugar que no tenga una dirección asignada, tendrá que proporcionar una descripción del sitio. No debe poner un apartado postal como dirección residencial ni una dirección de empresa a menos que realmente viva allí.

CASILLA 8 – REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN La ley federal y estatal requiere que usted proporcione el número de su licencia de manejar de NV o de su tarjeta de identificación de NV. Si no tiene ninguna de las dos, debe poner los últimos 4 números de su número del Seguro Social. Si no tiene ninguno de estos tres documentos de identidad, llame al Secretario o Registrador de su condado después de llenar y entregar este formulario.

CASILLA 10 – INSCRIPCIÓN DE PARTIDO Marque su selección de un partido calificado, "No Partidista" u "Otro." Si marca "Otro," puede poner el nombre de un partido no calificado. Si se inscribe en un partido político menor o como no partidista, recibirá una boleta no partidista para la elección primaria.

CASILLA 13 – AYUDA PARA LLENAR ESTE FORMULARIO Si ayuda a una persona a inscribirse para votar, debe llenar la Casilla 13. EL NO hacerlo ES un delito mayor.

FECHAS LÍMITES PARA ENTREGAR LA SOLICITUD

- ★ Por correo—con sello postal para el sábado, 31 días antes de una elección.
- ★ En persona en el DMV—para el sábado, 31 días antes de una elección.
- ★ En persona en la oficina del Secretario o Registrador del condado—para el martes, 21 días antes de una elección (para elecciones municipales, en persona en la Secretaría Municipal).
- ★ Elecciones especiales o de destitución—comuníquese con el Secretario o Registrador de su condado.

AVISO Se le exhorta entregar su solicitud de inscripción para votar en persona o por correo al Secretario o Registrador del condado. Si decide dar su solicitud a otra persona para que la entregue al Secretario o Registrador del condado y esa persona no la entrega al Secretario o Registrador del condado, no estará inscrito para votar. Favor de guardar la copia o recibo de su solicitud de inscripción para votar.

¿LE INTERESA TRABAJAR EN LAS MESAS ELECTORALES? Favor de llamar a la oficina de su Secretario o Registrador del condado local. Vea el reverso de esta página.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA PARA RECIBIR UNA BOLETA DE MUESTRA EN LETRA MÁS GRANDE**

USE TINTA NEGRA — ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

ADVERTENCIA: PONER DATOS FALSOS ES UN DELITO MAYOR QUE CONLLEVA UNA MULTA CIVIL DE HASTA $20,000.

1 ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América? ☐ Sí ☐ No
¿Tendrá por lo menos 18 años de edad para el día de la elección? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "no" a cualquiera de estas preguntas, no llene este formulario.

2 Marque las casillas que le correspondan y llene las casillas 3-13
☐ Nueva inscripción ☐ Cambio de partido
☐ Cambio de nombre ☐ Cambio de dirección

3 Apellido (solamente) | Primer nombre (solamente) | Segundo nombre (solamente) | Jr. Sr. II III IV

4 Dirección residencial (No ponga un apartado postal ni dirección de empresa. Vea las instrucciones.) | Núm. de apto. | Ciudad | Estado | Código postal

5 Dirección postal—Si es diferente a la de arriba. (Apartado postal o dirección de reenvío de correo)

6 Fecha de nacimiento (mes/día/año)

7 Lugar de nacimiento (estado o PAÍS)

8 Núm. de licencia de manejar o ID de NV (si no tiene ninguna, las últimas 4 cifras de su número del Seguro Social)

9 Núm. de teléfono (opcional)

10 Inscripción de partido—Marque solo uno
- ☐ Partido Demócrata (Democratic Party)
- ☐ Partido Americano Independiente (Independent American Party)
- ☐ Partido Libertario (Libertarian Party)
- ☐ Partido Republicano (Republican Party)
- ☐ Otro partido político – Escriba abajo
- _____
- ☐ No Partidista (No afiliado con ningún partido)

11 "Yo juro o afirmo que: Soy ciudadano de EE.UU. • Habré cumplido 18 años para la fecha de la próxima elección • 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 • La dirección actual anotada aquí es mi único domicilio legal y no reclamo otro lugar como mi domicilio legal • No estoy sujeto a ninguna condena por delito mayor ni otra pérdida de derechos civiles que haría ilegal que yo votara. Declaro bajo pena de perjurio que todo lo anterior es verdadero y correcto".

⬇ FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA) ⬇ ⬇FECHA (REQUERIDA)⬇

___/___/___

12 Su nombre y dirección residencial de su última inscripción para votar. (Nombre, calle, núm de apto., ciudad, estado y código postal de la dirección anterior)

13 ¡Importante! Si usted ayuda a una persona a inscribirse para votar y no ha sido designado funcionario encargado de inscripciones ("field registrar") por el Secretario o Registrador del condado, ni es empleado de una dependencia de inscripción electoral, TIENE QUE llenar esta casilla. Se requiere su firma. El no hacerlo es un delito mayor.

Nombre | Dirección postal | Ciudad/Estado/Código postal | Firma

SÓLO PARA USO DE LA DEPENDENCIA DE VALIDACIÓN. NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS A CONTINUACIÓN.

AGENCY STAMP HERE	☐ AGENCY ☐ FIELD REGISTRAR ☐ MAIL ☐ OTHER	CANCELLED INACTIVE PRECINCT	**APPLICATION NO.** HA RECEIVED BY:

↑ Separe Aquí ↑ ↑ Separe Aquí ↑ ↑ Separe Aquí ↑

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE ESTA SOLICITUD

SELLO DE AGENCIA O NOMBRE DEL AGENTE, FUNCIONARIO ELECTORAL, O NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LA SOLICITUD

NOMBRE DE LA PERSONA EN LETRA DE MOLDE QUE RECIBE LA SOLICITUD

FUNCIONARIO ELECTORAL O DEPENDENCIA
Información de contacto, dirección, teléfono, fax

RECIBO DE SOLICITUD PARA EL VOTANTE
(Guarde su recibo)

Si no recibe una *Tarjeta de Inscripción como Votante de Nevada* por correo dentro de 10 días, llame a su Departamento de Elecciones del Condado.

Núm. de Solicitud: HA

(Revised 8.2012)

SECRETARIOS Y REGISTRADORES DE LOS CONDADOS DE NEVADA Envie por correo o presente su solicitud en la oficina del condado donde usted reside.		
CARSON CITY CLERK 885 East Musser Street, Suite 1025 Carson City, Nevada 89701-4475 (775) 887-2087	CHURCHILL COUNTY CLERK 155 North Taylor Street, Suite 110 Fallon, Nevada 89406-2748 (775) 423-6028	CLARK COUNTY REGISTRAR 965 Trade Drive Suite A P.O. Box 3909 Las Vegas, Nevada 89127-3909 (702) 455-VOTE (8683)
DOUGLAS COUNTY CLERK 1616 8th Street, 2nd Floor P.O. Box 218 Minden, Nevada 89423-0218 (775) 782-9023	ELKO COUNTY CLERK 550 Court Street 3rd Floor Elko, Nevada 89801-3700 (775) 753-4600	ESMERALDA COUNTY CLERK Corner of Crook & Euclid P.O. Box 547 Goldfield, Nevada 89013-0547 (775) 485-6367
EUREKA COUNTY CLERK County Courthouse, Main Street P.O. Box 677 Eureka, Nevada 89316-0677 (775) 237-5262	HUMBOLDT COUNTY CLERK 50 West 5th Street, #207 Winnemucca, Nevada 89445-3199 (775) 623-6343	LANDER COUNTY CLERK 315 South Humboldt Street Battle Mountain, Nevada 89820-9998 (775) 635-5738
LINCOLN COUNTY CLERK 181 North Main Street, Suite 201 P.O. Box 90 Pioche, Nevada 89043-0090 (775) 962-5390	LYON COUNTY CLERK 27 South Main Street Yerington, Nevada 89447-2571 (775) 463-6501	MINERAL COUNTY CLERK 105 South "A" Street, Suite 1 P.O. Box 1450 Hawthorne, Nevada 89415-0400 (775) 945-2446
NYE COUNTY CLERK 101 Radar Road P.O. Box 1031 Tonopah, Nevada 89049-1031 (775) 482-8127	PERSHING COUNTY CLERK 398 Main Street P.O. Box 820 Lovelock, Nevada 89419-0820 (775) 273-2208	STOREY COUNTY CLERK 26 South "B" Street Drawer "D" Virginia City, Nevada 89440-0139 (775) 847-0969
WASHOE COUNTY REGISTRAR 1001 East Ninth Street, Room A135 P.O. Box 11130 Reno, Nevada 89520 (775) 328-3670	WHITE PINE COUNTY CLERK 801 Clark Street #4 Ely, Nevada 89301-1994 (775) 293-6509	

OFFICIAL ELECTION MAIL
Authorized by the U.S. Postal Service