



STEVE SISOLAK  
Governor

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

RICHARD WHITLEY, MS  
Director

STEVE H. FISHER  
Administrator

TANF       MEDICAID       SNAP

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

Número del Caso: \_\_\_\_\_



**DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO DESIGNANDO FONDOS DE ENTIERRO**

1. ¿En qué forma se mantienen los fondos? (contrato de entierro, cuenta bancaria, póliza de seguro de vida, etc.)  
\_\_\_\_\_

2. ¿Para quién son reservados estos fondos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Quién es el dueño de los fondos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es el valor actual de este recurso? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido estos fondos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. ¿Ha necesitado utilizar estos fondos en el pasado por otra razón?  SÍ  NO

En caso afirmativo ¿cuándo ocurrió y por que motivo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Firma del cliente      Nombre con letra de molde      Fecha      Número de teléfono

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Firma del Gerente del Caso      Nombre con letra de molde      Fecha      Número de teléfono

