



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

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

AUTORIZACIÓN: Yo autorizo la divulgación de la información solicitada a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social.

Firma del cliente

Fecha

INFORMACIÓN DEL PATROCINADOR

Por favor proporcione la información solicitada a continuación y devuelva este formulario a la dirección arriba indicada. Su cooperación asegura la integridad del programa y mantiene la rendición de cuentas en la administración de los fondos públicos en Nevada. La información proporcionada se utiliza sólo en conjunto con las funciones oficiales de esta agencia y es confidencial.

Anote todas las personas incluidas como dependientes en la declaración de impuestos del patrocinador (no incluyendo la(s) persona(s) que está(n) solicitando):

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento mes/día/año	Número de Seguro Social
		/ /	
		/ /	
		/ /	

Anote todas las cuentas bancarias, acciones, bonos, vehículos, bienes raíces u otras propiedades que pertenecen a usted o a los dependientes arriba indicados:

Tipos de bienes	Ubicación	Valor o Saldo

Anote todos los ingresos y las fuentes (incluya propinas, intereses de ingresos, dividendos, etc.):

Fuente de ingresos	Cantidad	Frecuencia (mensual, semanal, etc.)



¿Le da una cantidad específica al hogar que usted patrocinó? Sí NO

En caso afirmativo, por favor indique la cantidad y la frecuencia (mensual, semanal, etc.):

A mi leal saber y entender toda la información anterior es correcta.

Firma del patrocinador

Nombre con letra de molde

Fecha

Teléfono

Dirección del patrocinador

POR FAVOR ADJUNTE COPIAS DE LO SIGUIENTE A ESTE FORMULARIO:

Formulario de "Declaración de Patrocinio" presentado ante Inmigración

Verificación de toda la información, como declaraciones de impuestos, talones de pago, estados de cuenta bancarios, etc.

