



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: _____



LA REDUCCIÓN, RETIRADA O TERMINACIÓN VOLUNTARIA DE BENEFICIOS

Solicito que mis beneficios/solicitud para el siguiente programa sea(n) _____
efectivo _____ (mes/ día/año) _____ (terminado, retirado, reducido)

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
 Cobertura Médica Familiar (FMC)

Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)
 Asistencia Médica para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (MAABD)

Explique la razón:

Renuncio a mi derecho a la notificación previa requerida por del Período de Acción Adversa y la continuación de beneficios si es que una solicitud de audiencia ocurre por causa de esta acción en una fecha posterior.

Esta solicitud se hace de forma voluntaria, libre de amenazas o promesas de ningún tipo.

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

