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

STEVE SISOLAK
Governor

RICHARD WHITLEY, MS
Director

STEVE H. FISHER
Administrator

☐ TANF ☐ MEDICAID ☐ SNAP

Fecha:

Nombre del Caso:

Número del Caso:

☐ **INFORMACIÓN INSUFICIENTE**

Necesitamos la siguiente información para completar su caso. Tenemos que recibirla EN nuestra oficina a más tardar el **SI NO PROPORCIONA ESTA INFORMACIÓN, PUEDE DEJAR DE SER ELEGIBLE PARA TANF/MEDICAID Y/O SNAP.**

☐ **VERIFICACIÓN POSPUESTA *(Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP))***

Para seguir siendo elegible, necesitamos la siguiente verificación pospuesta a más tardar el
Si no recibimos esta información para esta fecha, su caso se dará por terminado a partir del
No se emitirán beneficios adicionales hasta que vuelva a presentar su solicitud y nos proporcione la verificación pospuesta requerida o que la nueva solicitud se procese conforme a los márgenes de tiempo normales.

☐ Esto sirve como aviso de que su solicitud de SNAP está todavía pendiente. Tiene que proporcionar la siguiente información a más tardar el o su solicitud será negada.

OTHER:

Documentos adjuntos, si son aplicables:

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, NECESITA AYUDA O NO PUEDE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN SOLICITADA, POR FAVOR LLAME AL SERVICIO AL CLIENTE ANTES DE LA FECHA LÍMITE.

Nevada del Sur	Nevada del Norte	Teléfono sin cargo
(702) 486-1646	(775) 684-7200	(800) 992-0900

***SI NO PUEDE VERIFICAR UN GASTO RECLAMADO, LA AGENCIA CALCULARÁ UN PRESUPUESTO SIN PERMITIR LA DEDUCCIÓN DE ESE GASTO. EEN ESTE CASO, SU HOGAR PUEDE NO SER ELEGIBLE O NO RECIBIR TODOS LOS BENEFICIOS A LOS QUE TIENE DERECHO.**

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

☐ N/A (Mailed)