



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

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)

