

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

 \Box TANF

RICHARD WHITLEY, MS *Director*

ROBERT THOMPSON Administrator

SNAP

MEDICAID

		Fecha:							
	7 (20) 7 (20) 1 (20) 1 (20)			Nombre del Caso:					
				Número del Caso:					
				AUTORIZACIÓN: Yo autorizo					
				información solicitada a la Divis Servicios de Apoyo Social.	sión de Bienestar y				
				Convicios do Apoyo Cosia					
				Firma del cliente	Fecha				
AI QU	ILER/COMPOSICIÓ	N DEL HOGAR							
	La siguiente información es necesaria para completar su caso y debemos recibirla EN nuestra oficina a más tardar el								
undefi		STA INICODIANCIÓN	I DUEDE DESUUTA	R EN INELEGIBILIDAD PARA TA	ANT V CNAD				
EL IVC	PRPURCIONAR ES	STA INFURMACION	I PUEDE RESULTA	K EN INELEGIBILIDAD PARA 17	ANF Y SNAP.				
DEBE	COMPLETARSE PO	OR: □ Sólo el prop	ietario o administra	ador □ Un amigo o vecino					
EN NI	NGÚN CASO DEBE	COMPLETARSE E	ESTE FORMULARIO	O POR ALGUIEN QUE VIVE EN	I EL HOGAR O POR				
UN PA	ARIENTE.								
				formulario a la dirección arriba indi cuentas en la administración de					
				unto con las funciones oficiales					
confid	encial. Se agradeceri	ía una respuesta inn	nediata.						
Si nue	stra información de i	dentificación (nombr	e v dirección) es dife	erente a la suya, por favor indique	el cambio				
0			o y a o o o, o o a	oremo a la caya, per larer malque					
REF:									
	(No	mbre)		(Dirección residencial/número y calle	e)				
1.	Anote el nombre co arriba indicada:	ompleto de TODAS la	as personas (INCLU	YENDO la arriba nombrada) que	viven en la dirección				
	arriba iridicada.								
2.			:	a vivir en esta dirección?					
	¿Cuándo comenzó		·	(mes/día/año)					
					_				
3.	Si ya no vive en esa (mes/día/año)	dirección, fecha en	que se mudó						
	Nueva dirección								
		Calle	Ciudad	Estado	Código postal				



4.	¿PROPORCIONA UNA VIVIENDA O PAGA UNA PORCIÓN DEL ALQUILER DEL CLIENTE ARRIBA NOMBRADO UNA ENTIDAD GUBERNAMENTAL?								
		SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUIÉN?							
	Redeterminación/Fecha de revisión (mes/día/año)								
	¿Bajo qué programa? 🔲 Programa de vivienda pública convencional de HUD 🔲 Sección 8								
	Vivienda para indígenas de HUD: Ayuda mutu	ua O ∐Ayud	la con alquiler	☐ Ayuda con a	Iquiler de FmHA 🔲 Otro				
5.	Alquiler mensual total o valor de mercado estin	,(Nombre de	paga \$						
	Cantidad del pago de reembolso de servicios \$			Fecha de inicio					
6.	¿Está al corriente el pago de alquiler? ☐SÍ ☐ NO	Fech pago (mes	s/día/	Alquiler	del primer mes _\$				
7.	¿Cómo se paga el alquiler (en efectivo, cheque personal, giro bancario/postal, cheque de sueldo, etc.)?								
8.	Anote todas las partes interesadas responsables por el contrato de arrendamiento.								
9.	¿Paga alguien fuera del hogar alguna porción del alquiler?			□sí□	□NO				
	Si la respuesta es SÍ, especifique ¿quién?			Cantidad	\$				
10.	¿El alquiler incluye calefacción y refrigeración?	?	□sí□no	Cantidad	\$				
	¿Hay cargos por alquiler de electrodomésticos	/muebles?	□sí□no	Cantidad	\$				
11.	¿Trabaja alguien en el hogar a cambio de alqu	ıiler?	□sí□no)					
	Si la respuesta es SÍ, ¿quién?								
	Fecha de inicio		Cantidad	\$					



12.	Por favor verifique la cantidad de la subvencion de servicios públicos								
	que recibe el cliente mensualmente	\$	Fecha de inic (m	io del pago es/día/año)					
	¿Se le paga al cliente?	□sí□no							
	Firma	Nombre con letra de molde	Título/Parentesco	Fecha	Número de teléfono				
Dire	ección								
Non	nbre de la agencia								
Con	nplejo de apartamentos								

