



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: _____

AUTORIZACION: Yo autorizo la divulgación de la información solicitada a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social.	
Firma del cliente	Fecha

VERIFICACIÓN DE CONTRIBUCIÓN MONETARIA

_____ ha solicitado asistencia. Para poder procesar la solicitud, se deben verificar todos los ingresos y cobertura de seguro. Por favor complete la información solicitada a continuación y devuélvala a la dirección arriba indicada.

1. ¿Contribuyó usted, o piensa contribuir, dinero directamente a la persona arriba nombrada durante los meses indicados a continuación?

SÍ NO

A. Por favor especifique cuánto dinero le dio, o piensa darle, a esta persona en los siguientes meses. **(Por favor proporcione recibos. Haremos copias de ellos y se los devolveremos.)**

	Cantidad actual pagada	Cantidad anticipada
MM/AAAA _____	\$ _____	\$ _____
MM/AAAA _____	\$ _____	\$ _____
MM/AAAA _____	\$ _____	\$ _____

B. ¿Esta persona tiene que reembolsarle a usted el dinero? SÍ NO

C. ¿Piensa seguir dándole dinero a esta persona? SÍ NO

2. ¿Le proporciona usted seguro médico y/ o dental a _____ ?

SÍ NO Si la respuesta es SÍ, por favor complete la siguiente información y proporcione a esta agencia el formulario de reclamación de seguro firmado.

Nombre, dirección y número de teléfono de la compañía de seguros _____

Número de póliza _____ Fecha de emisión _____

Titular de la póliza _____
Número de Seguro Social _____

Firma Nombre con letra de molde Título/Parentesco Fecha Número de teléfono

Dirección

