



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: \_\_\_\_\_

<b>AUTORIZACION:</b> 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

