



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 SOBRE LA INSTITUCIÓN MÉDICA

Referente: _____ (Nombre) _____ (Fecha de nacimiento)

La siguiente información es necesaria para determinar la elegibilidad de Medicaid para la persona nombrada anteriormente.

Por favor, proporcione la siguiente información y envíela a la dirección arriba indicada. Su cooperación ayudará a asegurar la integridad y mantener la responsabilidad en la administración de los fondos públicos en Nevada. La información que nos proporciona será utilizada sólo en combinación con los deberes oficiales de este departamento y será considerada como confidencial.

Si nuestra información de identificación (nombre y fecha de nacimiento) no está de acuerdo con sus registros, por favor indique el cambio.

1. ¿Reside actualmente en la institución esta persona? SÍ NO

Nivel de Atención: _____

2. ¿Es esta persona beneficiario de asistencia pública del Condado? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿qué Condado? _____

3. Fecha de admisión más reciente: _____ Fecha de alta: _____

4. Saldo actual del Fondo Fiduciario del paciente: \$ _____ a partir de (Fecha) _____

5. Saldo menor del Fondo Fiduciario del paciente durante los siguientes meses:

MESES

SALDO DEL FONDO FIDUCIARIO DEL PACIENTE

6. Todos los recursos e ingresos (seguridad social, pensiones, etc.) anotados en sus registros: _____

¿Estos cheques llegan a la institución? SÍ NO



7. Nombres, direcciones y números de teléfono de los parientes más cercanos:

Nombre	Dirección	Número de teléfono

8. ¿Existe otro seguro de salud aparte de Medicaid?:

Nombre del Plan: _____

Número de la póliza: _____

Titular de la póliza: _____

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

