



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

CUENTA BANCARIA CONJUNTA

REF: _____
Nombre del banco Núm. de cuenta

Usted tiene el título legal de la cuenta bancaria conjunta indicada a continuación, y se considera que todos los fondos están a su disposición. Esto quiere decir que todo el dinero de la cuenta se considera un recurso suyo, y los depósitos efectuados en esta cuenta se consideran ingresos suyos.

Si no está de acuerdo con esto, puede proporcionar información para verificar quién es el dueño de los fondos en dicha cuenta.

- ESTOY DE ACUERDO** en que todos los fondos en dicha cuenta son míos.
- NO ESTOY DE ACUERDO** en que todos los fondos en la cuenta son míos y estoy de acuerdo en proporcionar la siguiente información:
1. Formulario 2615, DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO U OTRA PERSONA, (adjunto) completado por cada uno de los titulares de la cuenta explicando por qué se estableció esta cuenta conjunta, quién hizo los depósitos y retiros de la cuenta y la razón. Si uno de los titulares es menor de edad o una persona incompetente, el formulario puede ser completado en su nombre por un tercero familiarizado con las circunstancias.
 2. Comprobantes de depósitos y origen de los depósitos.
 3. Comprobantes de retiros y cómo se gastaron.
 4. Comprobante de que el acceso a la cuenta ha sido cambiado así que los fondos no están legalmente a su disposición.

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO AUNQUE ESTÉ DE ACUERDO CON QUE TODOS LOS FONDOS DE LA CUENTA SON SUYOS.

Firma del cliente	Nombre con letra de molde	Fecha	Número de teléfono
-------------------	---------------------------	-------	--------------------

