



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: _____

PETICIÓN DE EVALUACIÓN DE RECURSOS

Por favor, conteste todas las preguntas completamente. La División evaluará y calculará el valor de todos los recursos contables que pertenecen a usted y su cónyuge basándose en la información proporcionada.

El nombre del cónyuge institucionalizado: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

La fecha en que él/ella se internó en el centro médico: _____

El nombre y la dirección del centro médico: _____

Marque la casilla para cada uno de los recursos que pertenecen a usted o a su cónyuge, individualmente o en conjunto con otra persona, a partir de la fecha en que se internó su cónyuge en el centro médico.

- a. Seguro de vida SÍ NO
- b. Fondos de entierro SÍ NO
- c. Certificados de Depósito (CD) SÍ NO
- d. Cuenta de retiro individual SÍ NO
- e. Acciones o Bonos SÍ NO
- f. Cuentas bancarias/de asociación de crédito SÍ NO
- g. Caja de seguridad SÍ NO
- h. Dinero en efectivo disponible SÍ NO
- i. Ganado SÍ NO
- j. Maquinaria o equipo SÍ NO
- k. Bienes raíces (ubicados en cualquier lugar) SÍ NO
- l. Vehículos (de todos tipos) SÍ NO
- m. Cualquier otra cosa no arriba indicada
(especifique) _____



