



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: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE VIVIENDA, INGRESOS Y RECURSOS DEL CÓNYUGE

Debido al mandato de las disposiciones de empobrecimiento conyugal de la Ley de Cobertura para Catástrofes de Medicare, una porción de sus ingresos y recursos en comunidad deben estar disponibles para el beneficio de su cónyuge. Por favor complete la siguiente información acerca de su cónyuge y proporcione comprobantes de ingresos, recursos y gastos de vivienda a más tardar el                      EL NO PROPORCIONAR ESTA INFORMACIÓN PUEDE RESULTAR EN INELEGIBILIDAD PARA MEDICAID.

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

### Ingresos del cónyuge (mensuales)

Fuente de ingresos	Cantidad

Gastos del cónyuge (mensuales) por alquiler o hipoteca. Incluya el capital e intereses de la hipoteca, impuestos y seguro.

Tipo	Cantidad

¿Vive su cónyuge en la misma casa que un niño menor de edad o dependiente, padres dependientes o hermanos dependientes? (Reclamados como dependientes en la declaración de impuestos federales)  Sí  NO

En caso afirmativo, indique su(s) nombre(s) y el parentesco con usted o su cónyuge. ¿Cuáles son sus ingresos mensuales y sus fuentes?

Nombre	Parentesco	Cantidad de los ingresos	Fuente de ingresos



Marque la casilla para cada uno de los recursos que pertenecen a su cónyuge, individualmente o en conjunto con otra persona:

- a. Seguro de vida .....  SÍ  NO
- b. Fondos designados para entierro .....  SÍ  NO
- c. Certificados de Depósito (CD) .....  SÍ  NO
- d. Cuenta de retiro individual (IRA) .....  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. Otro (especifique) \_\_\_\_\_

---

Firma del cliente | Nombre con letra de molde | / / Fecha | Número de teléfono

