



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
-------------------	---------------------------	-----	-------	--------------------

