STATE OF NEVADA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES

STEVE SISOLAK
Governor

RICHARD WHITLEY, MS
Director

STEVE H. FISHER
Administrator

☐ TANF ☐ MEDICAID ☐ SNAP

Fecha: _____
Nombre del Caso: _____
Número del Caso: _____

NOTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA PARENTAL

La División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social ha completado una evaluación de sus ingresos para determinar su obligación financiera parental mensual para servicios proporcionados a su hijo discapacitado.

Basada en sus ingresos reportados y verificados, la cantidad de su reembolso parental mensual es de $_____ . Esta cantidad vence y es pagable al principio de cada mes en que su hijo esté participando en el programa de Medicaid.

Le informamos que debe reportar cualquier cambio en las circunstancias de su hogar en cuanto ocurra. La División volverá a evaluar sus circunstancias anualmente para determinar si se debe un reembolso parental.

Recibirá una notificación de la Unidad de Investigaciones y Recuperación referente a su plan de pagos.

Trabajando para el bienestar de TODOS los habitantes de Nevada