



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: \_\_\_\_\_

## 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*