

**Estado de Nevada
Departamento de Salud y Servicios Humanos
División del Bienestar y Servicios Sostenedores**

APLICACION PARA ASISTENCIA

**MEDICAID – ASISTENCIA MÉDICA PARA ANCIANOS, CIEGOS Y PERSONAS INCAPACITADAS
(MAABD)
EL PROGRAMA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTAL**

**SI USTED NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR CUALQUIER PARTE DE ESTA
SOLICITUD, DEJENOS SABER.**

Programas de Asistencia Publica por los que Usted puede aplicar:

★ **MEDICAID – Asistencia Médica para Ancianos, Ciegos y Personas Incapacitadas (MAABD)**

Asistencia Médica para personas de bajos ingresos que son elegibles bajo los siguientes programas:

- 65 Años de Edad y Mayores
- Ciegos
- Incapacitados
- Internados en Hospital, Hogar de Ancianos, Solicitud de Renuncia para Cuidado en Casa
- No-Ciudadanos que Califican Bajo Requisitos Específicos
- Beneficiarios Calificados de Medicare

★ **EL PROGRAMA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTAL**

El Programa de Nutrición Suplemental ayuda a hogares de bajos ingresos aumentar las compras de alimentos.

LEA ESTA PAGINA CON CUIDADO ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD

1. Lea cada página con cuidado y **conteste todas las preguntas**. Si no tiene ninguna respuesta, entonces escriba "NINGUNA".
2. Si necesita ayuda para completar esta forma, usted podría preguntarle a su familia, un amigo o a un trabajador de la División del Bienestar y Servicios Sostenedores (DWSS).
3. Recuerde, usted esta certificando que sus respuestas son correctas, sea que usted mismo esta completando esta forma, o lo esta haciendo por otra persona que no puede hacerlo por si mismo.

La División del Bienestar y Servicios Sostenedores verificara las respuestas que usted da en esta forma. Encubrimiento deliberado de ingresos y recursos puede resultar en cargos de proceso criminal.

4. Sus Derechos y Obligaciones como un receptor son anotados en el reverso de las páginas de esta solicitud.
5. Si usted esta aplicando por alguien que no es usted, marque las cajas o complete los espacios en blanco como aplican a la persona para quien la aplicación se hace.

Si usted solicita también el Programa de Nutrición Suplemental, nosotros debemos verificar la información que usted proporciona y tomar medidas en su solicitud del Programa de Nutrición Suplemental dentro de 30 días de la fecha en que usted somete su aplicación.

Si usted es elegible, los beneficios del Programa de Nutrición Suplemental serán proveídos desde la fecha que nos dio la primera página.

Si usted califica para obtener Nutrición Suplemental inmediatamente, nosotros debemos tomar medidas en su solicitud del Programa de Nutrición Suplemental dentro de 7 días de la fecha que usted nos da la primera página. Usted puede obtener Nutrición Suplemental inmediatamente si:

- ♦ Su renta/hipoteca mensual y pagos de utilidades son mas de los ingresos brutos del hogar; o
- ♦ Sus ingresos brutos mensuales son menos de \$150 y los recursos del hogar, tal como dinero en efectivo o cuentas bancarias de cheques/ahorros, son \$100 o menos.

Divulgación de Números de Seguro Social: Según el título 42 USC 1320b-7, enumeración de Seguro Social se requiere para todos los individuos recibiendo o aplicando para recibir asistencia para ellos(as). Si usted, u otra persona en su hogar, esta aplicando por asistencia y no quiere proveer o aplicar por un numero de Seguro Social, solamente la solicitud de esta persona será negada. Personas indocumentadas, o ciudadanos no calificados o inelegibles, y otras personas que no han aplicado o no son elegibles, no tienen que proveer o aplicar por un número del Seguro Social. Personas que no desean conseguir enumeración no son considerados en la solicitud, pero sus ingresos y recursos pueden todavía ser contados contra las otras personas en el hogar buscando asistencia, tal como niños dependientes o esposo(a). De cualquier modo, si usted u otra persona en su hogar que esta pidiendo asistencia personalmente, y tienen “buena causa” para no proveer o conseguir enumeración del seguro social, podría ser dada asistencia si es de otro modo elegible. El trabajador del caso le dará más información detallada en relación con las reglas de enumeración del Seguro Social.

Los Numeros de Seguro Social son utilizados para verificar las entradas de ingresos, recursos de su familia y para hacer comparaciones por computadora con otras agencias tal como la Administración de Seguro Social, la Division de seguridad de empleo, el Programa de Esforzar Manutención para Niños y el Servicio de Recaudción Interna. También se utilizan para captar información acerca de trabajadores, investigaciones para recaudar beneficios sobre pagados y para asegurar que no se obtenga beneficios duplicados.

Divulgación de Ciudadanía y/o Estado de Inmigración: Usted talvez no tendrá que contestar preguntas en esta solicitud relacionadas a su estado de ciudadanía o inmigración. Si usted, o alguien mas en su familia o hogar, no quieren Medicaid o Nutrición Suplemental, entonces usted o ellos/as NO TIENEN que darnos ninguna información acerca de su estado de inmigración o ciudadanía. Si usted esta aplicando por TANF (ayuda monetaria) Medicaid Programa de Nutrición Suplemental, nosotros podríamos decidir que ciertas personas en su familia no serán elegibles para beneficios por que no tiene el estado apropiado de inmigración. De toda forma, si eso sucede, otras personas en su hogar podrían ser elegibles para recibir beneficios si son de otro modo elegible. Si usted quiere que nosotros hagamos la decisión si otros miembros de su hogar son elegibles para beneficios, nos tiene que decir de todos modos cual es el estado de inmigración o ciudadanía de ellos. Usted también tiene que decirnos acerca de los ingresos de su familia y contestar las otras preguntas en este formulario.

No Discriminación: Segun la ley Federal y Departamentos EE. UU. de Agricultura y el policia del Departamento de Salud y Servicios Humanos esta prohibido discriminar sobre la base de raza, Origen Nacional, color sexo, edad, o discapacidad. Para someter una queja de discriminación, contacte el USDA o HHS. Escríbale al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). Escríbale al HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (202) 619-3257 (TDD). Para Braille, imprenta grande, o cinta magnética para audio, etc. Contacte el USDA's TARGET Center al (202) 720-2600 (voz y TDD). USDA y HHS son proveedores de beneficios y empleo de oportunidad igual.

Noticia Importante: Si usted esta aplicando por un niño que no es elegible para asistencia de Medicaid en esta aplicación, el programa de Nevada Check Up provee comprensiva cobertura de salud a bajo costo para niños sin seguro medico, de 0-18 anos de edad, que no tienen seguro medico privado o Medicaid. Para averiguar acerca de los requisitos de elegibilidad de este programa o para pedir una solicitud, valla a <http://nevadacheckup.nv.gov> o llame al 1-877-543-7669.

Beneficios médicos empiezan el primer día del mes cuando la solicitud es aprobada, con la excepción de ciertos beneficiarios de Medicare.

División del Bienestar y Servicios Sostenedores

Complete las preguntas en la solicitud pertenecientes a todos los miembros de su hogar.
Si necesita mas espacio para contestar, escriba en un papel separado.

Raza o pertenencia étnica (esta pregunta es opcional) favor marque uno de los cuadros Hispánico/Latino o No-Hispánico o Latino. Por favor anote la raza o pertenencia étnica* de cada miembro del hogar: A- Asiático, B - Negro o Africano Americano, H - Hispánico o Latino, I - Indígena Americano o Nativo de Alaska, N - Nativo de Hawai o Otra Isla Pacifica, W - Blanco, O - Otro

Por favor anote el estado civil de cada miembro del hogar: D - Divorciado; L - Legalmente separado; M - Casado; N - Nunca Casado; P - Separado; W - Enviudado

NOMBRE APELLIDO, PRIMER NOMBRE	RELACION A USTED	SEXO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL O NUMERO DE INMIGRACION (opcional, vea la primera pagina)	ESTADO O PAIS DONDE NACIO	¿CIUDADANO DE UA? SIN	RAZA O PERTENENCIA ETNICA*	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ULTIMO GRADO COMPLETADO	ANO EN QUE LO COMPLETO	ESTADO CIVIL	M A B D	S N A P	N A D A
	<i>usted</i>													
Dirección de Facilidad				Ciudad				Estado		Código Postal				
Dirección de Correo				Ciudad				Estado		Código Postal				
Dirección de Domicilio				Ciudad				Estado		Código Postal				
Teléfono (Casa)			Teléfono (Día/mensaje)			Fecha de Fallecimiento (Si aplicable)								

MEMB	SPEC	INFORMACION DEL SOLICITANTE	AREP	INFC
-------------	-------------	------------------------------------	-------------	-------------

- ¿Cuando llegaron a Nevada las personas anotadas arriba? _____
- ¿Va a continuar viviendo en Nevada? SI NO
- ¿Recibió alguien que solicita ayuda cualquier tipo de asistencia publica en los últimos 90 días? SI NO

Si es así, Quien: _____ Donde: _____ Cuando: _____
Nombre de la Persona Ciudad Condado Estado Mes/año

Si usted esta solicitando Medicaid, Ud. puede solicitar pago para cualquier gasto medico que ha tenido en los últimos tres meses anteriores a cualquier solicitud conocida por ayuda medica. Esto se llama ASISTENCIA MÉDICA PREVIA.

- ¿Quiere alguien solicitar asistencia medica previa? Meses Solicitados _____ SI NO
¿Quién? _____
- ¿Ha estado alguien, solicitando asistencia, en un hospital, hogar de ancianos, u otra institución medica durante los últimos 3 meses? SI NO
¿Esta Usted actualmente en un hospital, casa de ancianos, u otra institución médica? SI NO

Si es así, Quien: _____ Fecha de Entrada: _____ Fecha de Salida: _____

Nombre/Dirección de Institución: _____

- Es Usted (marque CADA respuesta aplicable a usted) 65 Años de Edad o Mayor Ciego Incapacitado
- Si esta incapacitado, cual es la fecha mas reciente de la incapacidad: _____
¿Cuál es su incapacidad? _____

Bajo Penalidad de Perjurio, Yo juro que las declaraciones en esta solicitud son verdad y correctas.

Su Firma

Fecha

PHOTOCOPY AND DATE STAMP PAGE 1 TO ESTABLISH APPLICATION DATE.

8. ¿Alguien en su hogar es Veterano?

Nombre	Rama del Servicio	Numero de Demanda Del VA	Numero de Serie	Fechas de Servicio

9. ¿Ha trabajado por una compañía de ferrocarril o el gobierno federal, estado, condado o la ciudad? SI NO
Si contesto sí, complete la parte de abajo.

Nombre de Empleador		
Dirección del Empleador		
Fechas cuando fue empleado	Numero De Demanda	Numero de Identificación

10. ¿Alguien en el hogar tiene beneficios médicos de parte de Medicare (Part A o B) O esta cubierto bajo Pensión de Ferrocarriles? # Demanda _____ SI NO

11. ¿Alguien tiene seguro de salud/dental o lo tiene disponible de algún origen?
 Quien: _____
 Nombre de la compañía/dirección _____
 Póliza a nombre de: _____ No. De Seguro Social del dueño: _____
 Grupo o No. De Póliza: _____ Fecha efectiva de cobertura: _____

12. ¿Algún miembro del hogar ha sido lastimado en un accidente? SI NO
 Quien: _____ Cuando: _____

13. ¿Quiere Ud a alguien, aparte de usted, que aplique por sus beneficios o que actué en su nombre? SI NO
(Esto incluirá obtener y usar sus Nutrición Suplemental. Esta persona tiene que tener por lo menos 18 años y tener I.D.) Si contesto si, complete abajo.

Quien: _____
 Nombre Dirección
 Numero de Teléfono _____ Edad _____

- 14. Si usted o su esposo/a reside en una institución medica no importando su condición medica, ¿usted o su esposo/a intentan regresar a su hogar?** SI NO
- 15. ¿Esta residencia es ocupada por un esposo/a común, dependiente familiar u otra persona?** SI NO
- 16. ¿Recibe entrada de ingresos por rentar su casa?** SI NO
- 17. ¿Cuál es el valor de su casa? \$ _____**
- 18. ¿Qué cantidad se debe por su casa? Primera Hipoteca _____ Segunda Hipoteca _____**

BANCO	CARROS	RESO	RECURSOS	VIDA	PROP	TRAN
-------	--------	------	-----------------	------	------	------

19. Anote todos los recursos que Ud, o cualquier miembro de su hogar, tiene como: cuentas de banco/ unión de crédito, titulo de acciones de valores, bonos, propiedad, póliza de seguro de vida o entierro, etc.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fondos en Custodia Accesible _____ | <input type="checkbox"/> Cuenta de Dinero Indio (IIM) | <input type="checkbox"/> Otra clase De Cuentas |
| <input type="checkbox"/> Fondos/Plan para Entierro | <input type="checkbox"/> Cuenta de Retiro Individual (IRA) | <input type="checkbox"/> Otras Casas, Tierra o Edificios |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de Cheques del Negocio | <input type="checkbox"/> Cuenta Keogh (401K) | <input type="checkbox"/> Notas o Contratos Promisorios |
| <input type="checkbox"/> Equipo o Inventario de Negocio | <input type="checkbox"/> Derechos a Tierra/Minerales | <input type="checkbox"/> Cajas fuertes |
| <input type="checkbox"/> Dinero en Efectivo \$ _____ | <input type="checkbox"/> Patrimonio o Arrendamiento por Vida | <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros |
| <input type="checkbox"/> Certificados de Deposito (CD) | <input type="checkbox"/> Póliza de Seguro de Vida | <input type="checkbox"/> Bonos de Ahorros |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de Cheques | <input type="checkbox"/> Ganado/Caballos | <input type="checkbox"/> Acciones de Valores o Bonos |
| <input type="checkbox"/> Club de Navidad | <input type="checkbox"/> Reclamos de Minas | <input type="checkbox"/> La casa Donde Vive |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de Unión de Crédito | <input type="checkbox"/> Ninguno de Estos | <input type="checkbox"/> Fondos in Custodia Inaccesible |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

Dueño(s)	Tipo de Recurso	Numero de Cuenta/Póliza	Valor Total	Cantidad Debida

20. ¿Algunos de los recursos, en la pregunta 19, es DINERO PARA ENTIERRO?

SI NO

Si contesto si, que artículo(s): _____

21. Anote todos los autos, camiones, vehículos de recreación, trailers, etc., de todos los miembros del hogar que están aplicando por asistencia. INCLUYA VEHICULOS QUE NO FUNCIONAN.

Auto Motocicleta Casa Motor Coche para Acampar Ninguno
 Camión o Camioneta Auto para Nieve Botes/Motores Cualquier Otro Vehiculo (Coche de Arena, ATV, etc.) _____

Dueño(s)	Año, Marca & Modelo	Valor	Marque si Registrado	Dueño(s)	Año, Marca & Modelo	Valor	Marque si Registrado

22. ¿Alguien en su hogar ha vendido, intercambiado, o regalado dinero, vehículos, propiedad u otros recursos, han cerrado alguna cuenta bancaria o han comprado bienes/inversiones(tipo de aseguranza de por vida) en los últimos 60 meses SI NO

Si es asi, que fecha? _____ Valor de propiedad y/o regalo de dinero _____

Describe la propiedad/regalo _____ Valor total de venta _____

23. ¿Usted o su esposo/a ha abierto o cerrado una cuenta de fondos en custodia, cuenta de ingresos anuales, orden de la corte y/o comprado una nota promisorio, un préstamo, o un patrimonio de por vida? SI NO

Tenga cauto de que por virtud de la provisión de asistencia medica para el cuidado institucional bienes comprados/inversiones (tipo de seguro sobre su vida o de vida) que se compraron después o el 8 de Febrero, 2006 tiene que nombrar al Estado de Nevada como beneficiario restante.

Si contesto sí, adjunte una copia/s de los documentos con esta solicitud.

JINC	SELF	INFORMACION DE INGRESOS	OINC	QUIT
------	------	--------------------------------	------	------

24. Anote el presente Y previo empleador de TODOS los miembros del hogar.

Fechas de Empleo (Mes/Año)	Nombre y dirección del Empleador o Entrenamiento	Frecuencia De Pago	Horas Trabajadas	Pago Por Hora	Propinas recibidas	¿Por que dejo el trabajo?
Nombre: Empezó: Termino:						
Nombre: Empezó: Termino:						
Nombre: Empezó: Termino:						

25. ¿Alguien en su hogar ha aplicado o recibe en el presente algún dinero que no es de un trabajo?

SI NO

Si contesto Si, complete las cajas que correspondan abajo.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Manutención/Sustento por Divorcio (Padre/Madre ausente)
<input type="checkbox"/> Contribuciones/Regalos
<input type="checkbox"/> Asistencia General/Ayuda del Condado
<input type="checkbox"/> Asistencia para Educación
<input type="checkbox"/> Pagos por Crianza de Niños Ajenos
<input type="checkbox"/> Pagos de un Seguro
<input type="checkbox"/> Intereses/Dividendos
<input type="checkbox"/> Prestamos
<input type="checkbox"/> Pago en Suma Total
<input type="checkbox"/> Asignación Militar | <input type="checkbox"/> Ganancias de Minas
<input type="checkbox"/> Dinero por Mendigar
<input type="checkbox"/> Pensiones/Retiros
<input type="checkbox"/> Retiro de Ferrocarril
<input type="checkbox"/> Pagos por Derecho de Autor
<input type="checkbox"/> Seguro Social por Incapacidad
<input type="checkbox"/> Seguro Social por Retiro
<input type="checkbox"/> Seguro Social para Sobrevivientes
<input type="checkbox"/> Beneficios de Huelgas
<input type="checkbox"/> Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) | <input type="checkbox"/> Asistencia de TANF
<input type="checkbox"/> Seguro Temporal por Incapacidad
<input type="checkbox"/> Asistencia de Tribu/IGA
<input type="checkbox"/> Entrada de Fondos en Custodia
<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo
<input type="checkbox"/> Dinero para Utilidades del Gobierno
<input type="checkbox"/> Cheques de Descuento de Utilidades
<input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos
<input type="checkbox"/> Ganancias de Juegos
<input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores |
|--|---|---|

Otro: _____

Tipo de Ingreso	Quien lo Recibe	Cantidad	Frecuencia	Tipo de Ingreso	Quien lo Recibe	Cantidad	Frecuencia

INFORMACION DE ESPOSO/A	SHST
--------------------------------	-------------

26. Complete la información siguiente acerca de su presente o último esposo/a. Si el esposo/a ha fallecido, toda la información posible aun debe ser anotada.

Nombre de Esposo/a			
Dirección de Domicilio			
Numero de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	Fecha de Fallecimiento
¿Veterano?	Numero de reclamación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Rama del Servicio
Nombre/Dirección de Empleador		Seguro Medico	No. de Demanda
			¿Esta Cubierto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Empleado de Ferrocarril, o Gobierno Federal o Local?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
No. de Demanda de Ferrocarril o Gobierno		Años Empleado	

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTAL

COMPLETE ESTA PAGINA SOLAMENTE SI ESTA SOLICITANDO EL PROGRAMA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTAL COMO SOLICITANTE DE RENUNCIA PARA CUIDADO EN CASA, O EL ESPOSO/A DE ALGUIEN SOLICITANDO ASISTENCIA DE HOSPITAL, O CASA DE CUIDADOS.

27. ¿Por lo general, Ud compra y prepara la comida con las demás personas en su hogar? SI NO
28. ¿Qué cantidad de ingresos brutos TOTAL, de cualquier origen, esperan todos en su hogar, recibir este mes? \$ _____
29. ¿Que cantidad de dinero tienen todas las personas, sea en efectivo, cuentas de ahorro o cuentas de cheques? \$ _____
30. ¿Cual es su costo presente mensual de vivienda (renta/hipoteca) y utilidades? \$ _____
31. ¿Alguien en su hogar ha recibido beneficios en otro estado? SI NO
 ¿Cuando? _____ Ciudad/Condado/Estado: _____
32. ¿Algún miembro de su hogar esta en huelga? Si contesto SI complete abajo. SI NO

Nombre de la Persona en Huelga	Cuando Empezó y Termino la Huelga	Nombre, Dirección y Teléfono del Empleador

33. ¿Hay alguien en su hogar que no es ciudadano? SI NO
34. ¿Alguien en su hogar aplicando para asistencia es buscado por cualquier tipo de agencia de la ley por cualquier razón (incluyendo interrogación)? SI NO
35. ¿Ha sido cualquier miembro del hogar solicitando ayuda declarado culpable de un delito relacionado a las drogas? SI NO
36. ¿Alguien en su hogar aplicando para asistencia actualmente esta sancionado por una violación intencional del programa? SI NO

RENT	HOME	SUDE	MEDI	GASTOS	MINS	UTIL	DCEX	MEDX
------	------	------	------	---------------	------	------	------	------

Si Ud afirma y provee verificación de gastos de vivienda, utilidades, cuidado de dependientes y/o gastos médicos, sus Nutrición Suplemental podrán ser más. Si Ud tiene algunos de esos gastos y no los reclama, y/o no provee verificación, sus beneficios del Programa de Nutrición Suplemental podrán ser menos de los que Ud recibiera si diera la verificación. Al fallar de reclamar o proveer verificación de esos gastos será visto como declaración de que su hogar no quiere recibir la deducción en los ingresos por los gastos no reportados.

37. ¿Alguien en su hogar paga gastos de manutención, ordenada por la corte, a alguien que no vive con usted? SI NO/No quiero declarar
38. ¿Esta alguien pagando o recibiendo cobros por el cuidado de un dependiente o un adulto incapacitado, para que alguien en el hogar pueda trabajar, atienda entrenamiento, escuela o busque trabajo? SI NO
39. ¿Alguien en el hogar espera cualquier cambio en los ingresos, gastos o horas de trabajo? SI NO
40. ¿ Le han cobrado o espera tener que pagar por los gastos médicos (doctor/hospital, prescripciones, cuentas del dentista, etc.) por alguien en su hogar que es incapacitado o de 60 años o mayor? SI NO
41. Anote los costos mensuales de su vivienda.
- | | | | | | |
|-----------------------------|----------|-----------------------|----------|--------------|----------|
| Alquiler o Alquiler de lote | \$ _____ | Electricidad | \$ _____ | Agua | \$ _____ |
| Hipoteca | \$ _____ | Gas Natural | \$ _____ | Basura | \$ _____ |
| Impuestos de propiedad | \$ _____ | Gas Propano | \$ _____ | Alcantarilla | \$ _____ |
| Seguro casero | \$ _____ | Aceite de calefacción | \$ _____ | Telefono | \$ _____ |
| Honorario de la asociación | \$ _____ | Lena | \$ _____ | Otro | \$ _____ |
42. ¿Otra persona paga una parte de su renta o utilidades? SI NO
 Quien? _____ Cuanto? _____
43. ¿Esta su renta subvencionada por el gobierno (HUD, Section 8, Federal Public Housing, etc.)? SI NO
44. Anote el nombre, dirección y numero de teléfono del manejador/compañía de renta.

Nombre de Manejador	Dirección	Teléfono
FOR OFFICE USE ONLY - EXPEDITED SERVICE SCREEN - Household eligible for expedited service.		
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Expedited Service Screener's Signature:		Date:

FIRMA Y AFIRMACION

La información que usted provee en este formulario puede ser sometida a verificación e investigación por oficiales federal, estatal o local. Si usted hace declaraciones falsas o despistadas, representa incorrectamente, esconde, o no ofrece para establecer o mantener su elegibilidad para los programas, sus beneficios pueden ser reducidos, negados o terminados. Usted es responsable de repagar todo dinero, servicio o beneficio que usted no tenía derecho a recibir.

Individuos encontrados culpables de violación intencional del programa del Programa de Nutrición Suplemental no están permitidos a participar por seis doce (12) meses por la primera violación, veinticuatro (24) meses por la segunda violación y PERMANENTEMENTE por la tercera violación.

El uso ilegal, transferencia, adquisición, alteración o posesión del Programa de Nutrición Suplemental se castiga con una multa de hasta \$250,000, encarcelamiento por hasta 20 años o ambos. Usted es responsable por cualquier sobrepago que sea resultado de de habernos dado información errónea. Un tribunal puede prohibir a un individuo participar en el programa por 18 meses más. La persona puede ser sometida a más acción judicial bajo las leyes federales.

El estado de las personas que no son Calificados ciudadanos/as será verificado por medio del Departamento de la Ciudadanía y Servicios de Inmigración (BCIS) para propósitos de elegibilidad.

Yo deseo que los pagos bajo el programa de seguro medico (Parte B del Título XVIII) sean hechos directamente a los doctores y subministradores médicos, en cualquier gastos no pago en el futuro por servicios médicos y otros relacionados a la salud, que yo reciba mientras sea elegible por asistencia del bienestar.

Elegibilidad e información de ingresos se pide regularmente del Departamento de Seguridad de Empleos del Estado de Nevada, la oficina de de Administración del Seguro Social, y el Servicio de Rentas Internas (IRS), y estos informes son utilizados para determinar su elegibilidad y la cantidad de sus beneficios.

Yo le cedo a la División del Bienestar y Servicios Sostenedores, como condición de mi elegibilidad, todo derecho a mi sostenimiento medico o cualquier otro pago que yo reciba por cuidado medico para mi o cualquier otro miembro de mi familia que reciba/este solicitando ayuda. Yo estoy de acuerdo en cooperar con la División del Bienestar y Servicios Sostenedores en conseguir información acerca de beneficios de una tercera entidad y/o pagos por cuidado medico.

Yo entiendo que tengo el deber de informar a la División del Bienestar y Servicios Sostenedores si yo o alguien por parte de mi, empieza acción legal en contra de alguien para recuperar dinero por pago de cuidado y tratamiento medico pagado por el programa de Medicaid, Y yo tengo que avisarle a la División del Bienestar y Servicios Sostenedores, si yo o alguien por parte de mi, solicita o recibe cualquier oferta o arreglo de dinero como reembolso de gastos por cuidado medico y tratamiento pagado por el programa de Medicaid. Yo entiendo que tengo que entregar cualquier pago recibido a la División del Bienestar y Servicios Sostenedores.

Personas que reciben Medicaid que son: 1) de 55 años de edad o mayores; 2) internadas en un hospital o asilo de convalecencia, pueden ser requeridos a pagar cualquier gasto de Medicaid hecho por ellos. Pagos serán recuperados de su herencia después de su fallecimiento, o después del fallecimiento del esposo/a sobreviviente. (Vea la Forma 6160-AF, Operación del Programa adjunta.)

Cualquier persona que firma una aplicación para asistencia para los indigentes médicos puede ser personalmente responsables por cualquier dinero pagado por error al solicitante si el o ella falla en reportar lo siguiente:

- 1) cualquier información requerida de reportar a la División del Bienestar y Servicios Sostenedores que esa persona sabia cuando firmo la solicitud; o
- 2) durante el periodo permitido por la División del Bienestar y Servicios Sostenedores, cualquier información requerida de reportar a la División del Bienestar y Servicios Sostenedores que el individuo obtuvo después de entregar la aplicación.

Yo entiendo que como el padre de un menor incapacitado que recibe servicios bajo el programa de Medicaid:

- 1) Yo soy responsable de contribuir al sostén de mi hijo/a reembolsando a la División del Bienestar y Servicios Sostenedores, programa de Medicaid, por esos servicios como requieren las leyes de Nevada. (NRS 125B.020; y NRS 422.310).
- 2) Yo estoy de acuerdo a cooperar con la División del Bienestar y Servicios Sostenedores y darle a la División del Bienestar y Servicios Sostenedores, programa de Medicaid, toda la información acercada de ingresos, recursos, y seguro medico necesaria para determinar la cantidad de dinero que se tiene que devolver al estado.
- 3) Yo entiendo que si fallo en cooperar o fallo en dar la información que me piden, yo soy responsable por devolverle al estado la cantidad mensual de \$1,900.

Yo autorizo por este medio al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nevada a hacer cualquier investigación necesaria acerca de mi u otros miembros de mi hogar, para determinar la elegibilidad para cualquier beneficio que hemos recibido o recibiremos, bajos los programas administrados por la División del Bienestar y Servicios Sostenedores. Yo, por este medio, autorizo y consiento a la divulgación de toda y cualquier información acerca de mi y los miembros de mi hogar, a la División del Bienestar y Servicios Sostenedores, por cualquier persona que tenga esta información, sin tener en cuenta la manera o forma en que esta información esta tenida, incluyendo sin limites, información hecha confidencial por la ley u otro modo y información de paciente medico, privilegiada bajo la ley de Nevada (NRS 49.225) o cualquier otra provisión de la ley u otro modo. Yo, por este medio, descargo la persona que tiene esta información de cualquier responsabilidad legal, si alguna, resultando de la divulgación de la información requerida. **UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACION CONSTITUYE LEGALMENTE UNA COPIA ORIGINAL.**

Si tengo 60 años de edad o mas, Yo, por este medio, consiento a la divulgación de mi identidad y renuncio mi derecho, como una persona de edad mayor, a mantener mi identidad confidencial. Yo, por este medio, descargo la persona que tiene esta información de cualquier responsabilidad legal, si alguna, resultando de la divulgación de la información requerida.

(CONTINUAR EN LA SIGUIENTE PAGINA)

Yo entiendo las preguntas en esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa. Yo estoy de acuerdo a notificar a la División del Bienestar y Servicios Sostenedores de cualquier cambio de circunstancia que puede afectar mi elegibilidad para asistencia. Yo entiendo que si fallo en reportar cambios en mi situación eso puede resultar en colección de sobre pagos o acción de procesamiento criminal.

Yo entiendo que los números de Seguro Social (SSNs) son usados para verificar ingresos y recursos, para ver que beneficios son disponibles, como numero de casos en la computadora, para captar información acerca de trabajadores para estudios que le ayudan a los legisladores y agencias mejorar los servicios para la gente de Nevada, para investigar fraude, para recaudar sobre- pagos, para asegurar que nadie obtenga beneficios duplicados o mientras están encarcelados o fallecidos y para conducir comparaciones con otros registros federales y estatales. Por ejemplo: el programa de Manutención de Niños (CSEP), beneficios de Seguridad de Empleo (UIB), Servicio de Recaudación Interna (IRS), Medicaid y la Administración de Seguro Social (SSA), registros de policía y prisión. Firmando esta aplicación, Yo permito a la agencia usar mi SSN, por los propósitos explicados en este formulario. Este permiso incluye cualquier menor de 18 años por el cual estoy aplicando.

Yo entiendo que el “periodo de uso proyectado” para los beneficios del Programa de Nutrición Suplemental depositados en una cuenta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) son 365 días de la fecha cuando son hechos disponibles. Beneficios del Programa de Nutrición Suplemental en una cuenta EBT que no se utilizan por 365 días serán quitados de la cuenta y devueltos al “Food and Nutrition Services” (FNS) como es requerido por regulaciones federales. Estas regulaciones le dejan aplicar (abonar) beneficios no usados a lo que usted debe de una reclamación (deuda) del Programa de Nutrición Suplemental que usted o cualquier otra persona en su hogar debe antes de ser devueltos al FNS. Yo, de este modo, le doy permiso a la División de Bienestar y Servicios Sostenedores para que aplique cualquier beneficio del Programa de Nutrición Suplemental no usado en la cuenta EBT a cualquier deuda o balance que yo, o cualquier otro adulto en mi hogar, le debe al programa de Nutrición Suplemental.

Yo comprendo que le tengo que dar información completa y correcta y que el cubrimiento deliberado de ingresos y recursos puede resultar en cargos criminales contra usted. Yo certifico, bajo penalidad de perjurio y mi mejor conocimiento y habilidad, que mis respuestas son completas y correctas.

Si usted esta aplicando por alguien más que no puede firmar, firme su nombre por ellos en la línea de firma del solicitante, (por ejemplo, Juan Doe por Maria Doe).

Firma o marca del Solicitante Fecha Firma o marca del Esposo/a del Solicitante Fecha

TESTIGO: (FIRME AQUÍ SI EL SOLICITANTE NO PUEDE LEER, ESCRIBIR O ES CIEGO/A)

La información contenida en este formulario ha sido leída al solicitante y yo testifico que lo he visto firmar arriba.

Firma del Testigo Dirección Fecha

EN CASO DE EMERGENCIA, NOTIFIQUE:

Nombre Parentesco Dirección No. Teléfono

La persona aplicando por asistencia DEBE FIRMAR abajo.

Yo certifico bajo penalidad de perjurio, firmando mi nombre abajo, que he reportado el estado de ciudadanía correcto de todos los miembros de mi hogar.	U.S. Ciudadano o Nacional	No-Ciudadano Entrado Legalmente	Otro	Fecha
1.				
2.				

FOR OFFICE USE ONLY	
Case Manager Signature	Date

DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PARTICIPANTE

COMO UN SOLICITANTE /RECEPTOR DE BENEFICIOS DEL BIENESTAR DEL ESTADO DE NEVADA, DE ESTE MODO USTED ESTA NOTIFICADO QUE:

Usted tiene DERECHO a lo siguiente:

1. A cualquiera cuya solicitud para asistencia ha sido negada, no se ha tomado decisión en un tiempo razonable, o cuyos beneficios han sido reducidos o terminados puede pedir una conferencia o una audiencia. Usted puede pedir una conferencia o audiencia escribiéndole La División del Bienestar y Servicios Sostenedores a su oficina local de bienestar o a la oficina de administración. Usted puede ser representado por consejo legal o alguien relacionado, amigo u otra persona, o se puede representar Ud. mismo.
2. El Departamento del Bienestar y Servicios Sostenedores provee asistencia medica y servicios sin discriminación de ninguna causa (como raza, edad, color, religión, sexo, defecto, incapacidad [incluyendo SIDA y condiciones relacionadas al SIDA], credo político o origen nacional) de acuerdo a las reglas y regulaciones federales. Cuando la División le paga a otra agencia, institución o persona por servicios para clientes de La División del Bienestar y Servicios Sostenedores, del proveedor no es permitido a discriminar por cualquier razón (como raza, edad, color, religión, sexo, defecto, incapacidad [incluyendo SIDA y condiciones relacionadas al SIDA], credo político o origen nacional) de acuerdo a las reglas y regulaciones federales.

Violaciones de este proviso deberán ser reportadas inmediatamente a la oficina del distrito mas cercana , a la División de Bienestar yel Administrador de Servicios Sostenedores, 1470 College Parkway, Carson City, Nevada 89706-7924, (775) 684-0500, al U.S. Office for Civil Rights (OCR), Department of Health and Human Services, 50 United Nations Plaza, San Francisco, California 94102, (415) 437-8310, TDD (415) 437-8311 o llame gratis al 1-800-368-1019 o el Secretary of Agriculture, Washington, D.C. 20250.

3. Si usted es casado/a, y viviendo separado y aparte de su esposo/a, usted tiene el derecho de entrar a un acuerdo escrito donde separa igualmente entre ustedes sus ingresos y/o recursos comunales. Si usted hace eso, solamente el ingreso y recursos que el acuerdo dicta como suyo será contado en la determinación de elegibilidad, al menos que su esposo/a hace disponible una parte de sus ingresos/recursos a usted. Esa parte disponible para usted será contada cuando se hace su determinación/continuación de elegibilidad. El acuerdo escrito debe ser especifico en cuales bienes son divididos y como serán divididos entre ustedes. Es sugerido que usted consulte asistencia legal si decide entrar en tal acuerdo.
4. Cuando hay una orden de corte dividiendo sus recursos comunales, excluyendo ingresos, entre usted y su esposo/a bajo las provisiones del Estatuto de Nevada de 1987, Capitulo 123. Solamente esos recursos dado a usted serán contado cuando se determina/continua la elegibilidad, al menos que su esposo/a hace disponible una parte de sus ingresos/recursos a usted. Esa parte disponible para usted será contada cuando se hace su determinación/continuación de elegibilidad.

Usted tiene las siguientes OBLIGACIONES:

1. Personas institucionalizadas o personas recibiendo cuidado de convalecencia en el hogar (incluye SSI y no-SSI receptores) pueden ser responsables por pagos de una parte de sus ingresos por el costo de su cuidado. **Esto es llamado responsabilidad del paciente.** La oficina del distrito de la División tiene que ser notificada inmediatamente de cualquier cambio en los ingresos.
2. Todos los miembros del hogar tiene que proveer comprobante de su Número de Seguro Social o la solicitud para obtener un número. La autoridad de La División del Bienestar y Servicios Sostenedores para pedir números del Seguro Social es la Sección 1137 del Acto del Seguro Social. El numero del Seguro Social es usado para determinar y verificar la elegibilidad de los beneficios por medio de comparaciones de registros de computadoras y para prevenir y encontrar fraude y abuso.
3. Si usted esta aplicando/recibiendo Seguro de Ingreso Suplementario (SSI), usted debe informarle a su trabajador inmediatamente de lo siguiente:
 - a. Comprobante escrito de su aplicación para SSI (Seguro de Ingreso Suplementario);
 - b. Comprobante de su determinación de elegibilidad del SSI;
 - c. Terminación del SSI;
 - d. **CUALQUIER CAMBIO DE DIRECCION;**
 - e. Ingresos (si esta usted institucionalizado);
 - f. Cualquier otro cambio/información que puede afectar su elegibilidad para asistencia.

4. Si usted **NO** esta recibiendo Seguro de Ingreso Suplementario (SSI), usted tiene que informar su trabajador Inmediatamente de lo siguiente:
 - a. **CUALQUIER CAMBIO DE DIRECCIÓN;**
 - b. Cualquier cambio en recursos o propiedades;
 - c. Cualquier cambio de sus ingresos que afectan su elegibilidad tienen que ser reportados. Esto incluye cualquier recibo, aumento, reducción o terminación de cualquier forma de ingreso, incluyendo ganancias, desempleo, beneficios del Seguro Social, beneficios de Veteranos, retiro de ferrocarril, ingreso, beneficios del Empleadores de Seguro Compañía de Nevada (EICON), manutención de niños y contribuciones de familiares y amigos otro que ingreso;
 - d. Cualquier cambio/información que pueda afectar su elegibilidad para asistencia.
5. El Programa de Nutrición Suplemental deja ciertos pagos de la casa como pagos de renta, pagos hipotecarios, impuestos de propiedad, seguro de casa, utilidades, cuidado de niños/dependientes, y pagos de mantenimiento pagados por el hogar para determinar la cantidad de Asistencia de Nutrición que su hogar será elegible con tal que usted tenga gastos que reportar y verificar. Gastos Médicos arriba de \$35.00 son permitidos si hay una persona anciana o incapacitada que esta aplicado por beneficios. Si usted no declara o verifica algún gasto que puso en la aplicaación, esto será considerado que usted no quiere recibir una deducción por lo que no declaro o no verifico de gastos.
6. Su caso puede ser verificado por la ofcina de control de calidad para ver la exactitud de los beneficios pagados o asignados. Usted esta requerido a cooperar con la verificación.
7. Usted tiene que asistir el programa de Esforzar Manutención para Niños o el abogado del distrito para establecer paternidad de un niño nacido fuera del matrimonio y para asistir en obtener sostén medico y pagos por todas las personas solicitando o recibiendo asistencia.

NOTICIA ESPECIAL:

1. Fallar o negarse a acceder con lo anotado arriba puede resultar en la terminación del programa del bienestar. La información arriba tiene que ser reportada a su trabajador/a; reportando esto a otra agencia del gobierno, como el Seguro Social, no satisface su obligación como un participante del programa del bienestar. Periódicamente, esta agencia puede enviarle correspondencia a la cual usted necesita responder por una cierta fecha. Si usted esta fuera de su casa, esto no lo excusa de su responsabilidad para contestar por esta fecha. Usted debería hacer arreglos para que alguien le ponga cuidado a su correo en su ausencia.
2. Elegibilidad e informes de los ingresos serán pedidos regularmente del Departamento de Seguridad del Desempleo del Estado de Nevada, la Administración del Seguro Social y el Servicio de Tarifas Internas (IRS), y será usada en la determinación de su elegibilidad para asistencia.
3. Cambios den ser reportados inmediatamente después de que usted aplica y antes de que usted se aprobado por beneficios. Ya que su asistencia de Nutrición Suplemental sea aprobada, usted debe reportar entre 10 dias del día que el cambio ocurrió, y ya que su beneficiarios de Medicaid son aprobados, comprobante del cambio debe tener un sello del coreo postal en día 5 del siguiente mes. Su trabajador/trabajadora pude pedir información adicional como comprobante del cambio. Usted será requerido en entregar los comprobantes en un cierto día para continuar su elegibilidad o para evitar sobrepago o insuficiente beneficios.

Solicitante/Participante

Fecha

Firma Trabajador

Fecha

- Si Ud. tiene problema entendiendo o completando este formulario, pídale ayuda a sus parientes, amigos, o dirijase a la oficina local del bienestar.

SI USTED NO ESTA REGISTRADO A VOTAR DONDE USTED VIVE AHORA,
¿Desea registrarse a votar aquí hoy?
(Por favor marque uno)

SI NO

Si usted no marca ningún cajón, se considerara que usted no desea registrarse a votar en este momento.

EI ACTO NACIONAL DE REGISTRACION DE VOTANTES le provee a usted la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted desea ayuda para llenar la aplicación para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. Usted puede llenar la aplicación en privado.

NOTICIA IMPORTANTE: Su aplicación para registrarse o decir que no a registrarse NO AFECTARA la cantidad de asistencia que le proveerá esta agencia.

Firma

Fecha

CONFIDENCIALIDAD: Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial.

SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partida político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del oficina del Secretario Del Estado, Capitol Complex, Carson City, Nevada 89710.

No-Discriminacion

“De acuerdo con la poliza de las leyes Federales y U.S. Department of Agriculture (USDA) y U.S. Department of Health and Human Services (HHS), se prohíbe en esta institución la discriminación a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad o incapacidad. Bajo la Acción del Programa de Estampillas y la poliza de USDA, la discriminación está prohibida también sobre la base de religión o creencias políticas.”
“Para someter una queja de discriminación, pongase en contacto con el USDA o HHS, Escriba USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY). Escriba HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame (202) 619-0403 (voz) (202) 619-3257 (TTY). USDA y HHS son proveedores de beneficios y empleo de oportunidad igual.”

Sus Derechos

Cualquier persona cuya solicitud para asistencia ha sido negada, no se ha tomado decisión en un tiempo razonable, o cuyos beneficios han sido reducidos o terminados, puede pedir una conferencia o una audiencia. Usted puede pedir una conferencia o audiencia escribiéndole a su oficina local de DWSS o a la oficina de administración. Para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP), usted puede pedir una audiencia llamando a su oficina local de DWSS. Usted también puede pedir una audiencia para los programas de Asistencia de Nutrición Suplemental o Medicaid no más tarde de 90 días de la fecha de su noticia. Para programas de Servicios Sociales tiene que pedir una audiencia no más tarde de 13 días de la fecha de su noticia.

Usted será notificado en escrito diez (10) días antes de la fecha de su audiencia con la fecha, hora y lugar. Usted puede ser representado en su conferencia/audiencia por cualquiera a quien usted le ha dado permiso por escrito y a presentado a la oficina de DWSS antes de la conferencia/audiencia. Usted puede pedir información acerca de los varios servicios legales gratis que pueden existir en su comunidad; haga favor de ponerse en contacto con nosotros para esta información. Si no está satisfecho con la decisión de la audiencia, usted puede apelar su caso a la Corte Local del Distrito en el Estado de Nevada.

Sus Responsabilidades

Si usted está aplicando para Medicaid:

Usted tiene que reportar cambios de su dirección de correo inmediatamente. Cambios adicionales tienen que ser reportados inmediatamente después de su aplicación y antes de que le aprueben sus beneficios. Ya que sus beneficios sean aprobados usted debe reportar los siguientes cambios y los cambios deben ser reportados antes del 5 del siguiente mes. Usted tiene que reportar cambios como su dirección física, sus gastos de vivienda, el valor de la subsidia de gastos de casa, estado matrimonial, estado de empleo, cualquier dinero que usted recibe o entrada de cualquier tipo, bienes/recursos, dirección de padres ausentes, el número de personas que viven en su hogar, el nacimiento de un niño de su hogar, si atienden escuela, ausencia de algún miembro del hogar aunque sea temporal (si es más de 30 días), y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios de su hogar.

Si usted está aplicando para el Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP):

Se requiere que usted reporte todos los cambios ocurridos en su hogar desde la fecha en que entregó su aplicación hasta la fecha de su entrevista.

Ya que sea aprobado/a para SNAP, usted tiene que reportar en diez (10) días de la fecha en que un cambio ocurra basado a los requisitos específicos de su hogar para reportar cambios. Usted recibirá una notificación informándole de sus requisitos.

Si su hogar a sido designado como un Hogar de Reportar Cambios se requiere que reporte los mismos cambios mencionados bajo los requisitos de TANF y Medicaid.

Si su hogar a sido designado como un Hogar de Reportador Simplificado usted solo tendrá que reportar si se mueve fuera del Estado o si sus entradas de dinero exceden 130% del nivel federal de pobreza para el tamaño de su hogar.

Su trabajador del caso puede pedir comprobante adicional del cambio. Usted será requerido enviar comprobante antes de cierta fecha para continuar su elegibilidad o prevenir un sobrepago o pago de menos de sus beneficios.

El Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental permite ciertos gastos de su hogar como renta, hipoteca, impuestos de propiedad, aseguración de casa, gastos de utilidades, el cuidado de su niño(s)/dependiente y manutención para un niño(s) pagados por su hogar como una deducción para determinar la cantidad de beneficios del Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental que su hogar es elegible a recibir siempre y cuando el gasto sea reportado y verificado. Gastos médicos más de \$35.00 son permitidos si hay un anciano(a) o una persona incapacitada aplicando para beneficios. Si usted no reporta o verifica cualquiera de estos gastos mencionados en esta aplicación, esto será considerado que usted no quiere recibir una deducción para los gastos no reportados y/o no verificados.

Utilizando los fondos de TANF, DWSS por medio de Nevada Public Health Foundation (NPHF), ha desarrollado una clase de crianza y jóvenes embarazadas recibiendo asistencia de dinero (TANF). Padres adolescentes recibiendo beneficios TANF y servicios son conocidos como participantes de STARS (Supporting Teens Achieving Real-life Success). Esta clase se ha extendido para incluir otras jóvenes embarazadas y de crianza recibiendo otro tipo de asistencia como SNAP y bienestar de niño(s). Esta clase de un día se da énfasis en el empleo, éxito, en el lugar de empleo, hacienda de decisiones, el manejo de dinero y salud, anticonceptivo y enfermedades transmitidas sexualmente. En adición, Community Action Teams, parte de una identidad de Nevada Public Health Foundation, conduce una evaluación de la comunidad de jóvenes embarazadas y la prevención y identifica métodos para reducir embarazo de jóvenes por medio de programas de abstinencia. Jóvenes, padres, negocios, iglesias proveedores del cuidado de salud, ejecución de leyes, escuelas y otras organizaciones se animan a ser parte del equipo de Community Action Teams. Hombres de todas las edades también se animan a ser un modelo ejemplar positivo, dando refuerzo al mensaje sobre el posponimiento de participación sexual.

Después que entregue su aplicación usted puede llamar a nuestra línea de respuesta telefónica en sistema (VRU) para averiguar si su caso fue aprobado, negado, terminado o si sigue pendiente. El sistema (VRU) le dejará saber cuando sus beneficios son emitidos y la cantidad.

Para el Sur de Nevada, llame (702) 486-1646; para el Norte de Nevada llame a (775) 684-7200; para el área rural de Nevada llame al (800) 992-0900, extensión 47200.

Su número de identificación personal (PIN) para el sistema VRU es _____.

Usted puede ponerse en contacto con su trabajador _____ al _____ entre las horas de _____ y _____.

