



FORMA PARA REPORTAR CAMBIOS

LA LEY INDICA QUE SI USTED RECIBE BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTAL (SNAP) USTED NOS TIENE QUE REPORTAR SUS CAMBIOS EN DIEZ (10) DÍAS DE LA FECHA EN QUE OCURRIÓ EL CAMBIO Y ANTES DE CINCO (5) DÍAS DEL SIGUIENTE MES PARA TANF (DINERO) Y/O MEDICAID.

Llene los espacios abajo. (Usted puede escribir una explicación en una hoja de papel separada.) Usted puede enviar esta forma por correo o traerla a la oficina.
POR FAVOR ENVIE COMPROBANTE DE SUS CAMBIOS.

NOMBRE	NO. DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN APT #	TELEFONO
CIUDAD/CODIGO POSTAL	E-MAIL (DIRECCIÓN ELECTRONICA)

Es una nueva DIRECCIÓN? SI NO
 DIRECCIÓN DE CORREO (Si es diferente) _____
 Si usted se mudo, haga favor de listar el nombre de todos los que viven en la nueva dirección abajo.

CAMBIOS EN PERSONAS: Alguien se mudo a su casa se fue de la casa o ¿tuvo un bebé?

NOMBRE	FECHA EN QUE SE MUDO O SE FUE	FECHA DE NACIMIENTO	NO. DE SEGURO SOCIAL	PARENTESCO

CAMBIOS DE TRABAJO U OTRO DINERO

¿Alguien empezó un trabajo nuevo o se le termino el trabajo? SI NO ¿Quien? _____ ¿Cuando? _____

¿Alguien cambió sus horas de trabajo o lo que le pagan por hora? SI NO

Lugar de su empleo _____ Horas trabajadas por semana _____ Cantidad por hora \$ _____ Fecha del primer cobro _____

Día de la semana que le pagan _____ ¿Le pagan por semana, cada dos semanas, por quincena o por mes? _____

¿Recibe propina? Si es así, ¿cuanto por mes? \$ _____

¿Tiene sueguro Medico disponible? SI NO Fecha efectivo: _____

OTROS CAMBIOS DE DINERO (Beneficios de Desempleo, Beneficios de Seguro Social, SSI, incapacidad, manutención para niños, etc.)
 Explique el tipo de entrada de dinero y cual es el cambio:

¿Cuanto recibe cada mes? \$ _____ ¿Quien recibe esta entrada? _____

CAMBIOS EN SUS GASTOS

¿Nuevo pago de renta/hipoteca? \$ _____ ¿Usted paga cuentas de utilidades? SI NO

¿Gastos por cuidado de su? \$ _____

¿Gastos médicos para personas de 60 años o mas o incapacitadas? _____

¿Alguien paga alguna parte de estos gastos? Explique: _____

¿Nueva cantidad de manutención para sus hijos que tiene que pagar? \$ _____

CAMBIOS EN SUS RECURSOS

Usted tiene que reportar todo cambio en sus recursos (cuentas de cheques, ahorros, bonos, casa, terreno, bote, seguro de vida, vehículos, etc.)
 Incluya información específica acerca de cuando abrió, cerró, compró, vendió o cualquier otro cambio en sus recursos. Explique:

Otros cambios no listados aquí, por ejemplo si alguien esta embarazada:

POR FAVOR LEA Y FIRME: "Yo entiendo las penalidades por ocultar o dar información falsa. Yo entiendo que tendré que devolver el valor de cualquier beneficio que yo reciba incorrectamente porque no reporte o falle de reportar un cambio a tiempo. Yo entiendo que puedo ser descalificado y no recibir beneficios. Yo puedo ser multado o juzgado o ambos si no digo la verdad. Yo estoy de acuerdo en proveer comprobantes de cualquier cambio si me lo piden. Mis respuestas en este formulario son verídicas, correctas y completas según mi conocimiento."

Su Firma _____ Fecha _____



SECRETARIO DE ESTADO BARBARA K. CEGAVSKE
ESTADO DE NEVADA
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA VOTAR

Núm. de Solicitud
HA

CASILLA 3 – NOMBRE Escriba su nombre tal como aparece en su licencia de manejar o tarjeta de identificación de Nevada o en su tarjeta del Seguro Social, indicado en la Casilla 8. Si no tiene ninguno de estos documentos de identidad, vea las instrucciones para la Casilla 8.

CASILLA 4 – DIRECCIÓN RESIDENCIAL Su dirección residencial es la dirección asignada al sitio en que realmente vive. Si vive en un lugar que no tiene una dirección asignada, tendrá que proporcionar una descripción del sitio donde vive. No debe poner un apartado postal como dirección residencial.

CASILLA 8 – REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN La ley federal y estatal requiere que usted proporcione el número de su licencia de manejar de NV o de su tarjeta de identificación de NV. Si no tiene ninguna de las dos, debe poner los últimos 4 dígitos de su número del Seguro Social. Si no tiene ninguno de estos tres documentos de identidad, llame al Secretario o Registrador de su condado después de llenar y entregar este formulario.

CASILLA 11 – INSCRIPCIÓN DE PARTIDO Marque su selección de un partido político calificado, "No Partidista" u "Otro." Si marca "Otro," puede poner el nombre de un partido no calificado. Si se inscribe en un partido político menor o como no partidista, recibirá una boleta no partidista para la elección primaria.

CASILLA 14 – AYUDANDO A LLENAR ESTE FORMULARIO Si ayuda a una persona a inscribirse para votar, debe llenar la Casilla 14. EL NO HACERLO ES UN DELITO MAYOR (FELONY).

FECHAS LÍMITES PARA ENTREGAR LA SOLICITUD

- ★ Por Correo—con sello postal para el sábado, 31 días antes de una elección.
- ★ En Persona en el DMV—para el sábado, 31 días antes de una elección.
- ★ En Línea—el martes, 21 días antes de una elección.
- ★ En Persona en la oficina del Secretario Registrador del Condado—para el martes, 21 días antes de una elección (para elecciones municipales, en persona en la Secretaría Municipal).
- ★ Elecciones Especiales o de Destitución—comuníquese con el Secretario o Registrador de su Condado.

AVISO Se le exhorta entregar su solicitud de inscripción para votar en persona o por correo al Secretario o Registrador del Condado. Si decide dar su solicitud a otra persona para que la entregue al Secretario o Registrador del Condado y esa persona no la entrega al Secretario o Registrador del Condado, no estará inscrito para votar. Favor de guardar la copia o recibo de su solicitud de inscripción para votar.

¿LE INTERESA TRABAJAR EN LAS MESAS ELECTORALES? Favor de llamar a la Oficina de su Secretario o Registrador del Condado local. Vea el reverso de esta página.

MARQUE ESTA CASILLA PARA RECIBIR UNA BOLETA DE MUESTRA EN LETRA MÁS GRANDE.

USE TINTA NEGRA – ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE				ADVERTENCIA: PONER DATOS FALSOS ES UN DELITO MAYOR QUE CONLLEVA UNA MULTA CIVIL DE HASTA \$20,000.			
1	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tendrá por lo menos 18 años de edad para el día de la elección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "no" en respuesta a cualquiera de estas preguntas, no llene este marco.	2	Marque las casillas que le correspondan y llene las casillas 3-14 <input type="checkbox"/> Nueva Inscripción <input type="checkbox"/> Cambio de Partido <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre <input type="checkbox"/> Cambio de Dirección				
3	Apellido (solamente)	Primer nombre (solamente)	Segundo nombre (solamente)	Jr. Sr. II III IV			
4	Dirección Residencial (No Apartado Postal ni Dirección de Empresa. Vea las Instrucciones.)			Núm. de Apto.	Ciudad	Estado	Código postal
5	Dirección Postal—Si es diferente a la de arriba. (Apartado Postal o Dirección de Reenvío de Correo)		6	Fecha de nacimiento (mes/día/año)		7	Lugar de nacimiento (estado o PAIS)
8	Núm. de Licencia de Manejar/ID de NV/los últimos 4 dígitos de su número del Seguro Social	9	Núm. de Teléfono (Opcional)		10	Correo Electrónico (Opcional)	
11	Inscripción de Partido—Marque sólo uno <input type="checkbox"/> Partido Demócrata (Democratic Party) <input type="checkbox"/> Partido Americano Independiente (Independent American Party) <input type="checkbox"/> Partido Libertario (Libertarian Party) <input type="checkbox"/> No Partidista (ninguna afiliación de partido) <input type="checkbox"/> Partido Republicano (Republican Party) <input type="checkbox"/> Otro partido político – Escriba abajo	12	"Yo juro o afirmo que: Soy ciudadano de los EE.UU. • Habré cumplido 18 años para la fecha de la próxima elección • He vivido continuamente en Nevada por lo menos 30 días en mi condado y por lo menos 10 días en mi distrito electoral antes de la próxima elección • La dirección actual anotada aquí es mi único domicilio legal y no reclamo otro lugar como mi domicilio legal • No estoy sujeto a ninguna condena por delito mayor ni otra pérdida de derechos civiles que haría ilegal que yo votara. Declaro bajo pena de perjurio que todo lo anterior es verdadero y correcto". ↓ FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA) ↓ ↓ FECHA (REQUERIDA) ↓ <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> (MM / DD / AAAA)				
13	Su nombre y dirección residencial de su última inscripción para votar. (Nombre, Calle, Núm de apto., Ciudad, Estado y código postal de la dirección anterior)						
14	¡Importante! Si usted ayuda a una persona a inscribirse para votar y no ha sido designado funcionario encargado de inscripciones ("field registrar") por el Secretario o Registrador del Condado, ni es empleado de una dependencia de inscripción electoral, TIENE QUE llenar esta casilla. Se requiere su firma. El no hacerlo es un delito mayor.						
Nombre		Dirección Postal		Ciudad/Estado/Código postal		Firma	

SÓLO PARA USO DE LA DEPENDENCIA DE VALIDACIÓN. NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS A CONTINUACIÓN.

DATE STAMP	<input type="checkbox"/> AGENCY <input type="checkbox"/> FIELD REGISTRAR <input type="checkbox"/> MAIL <input type="checkbox"/> OTHER	CANCELLED INACTIVE PRECINCT	APPLICATION NO. HA RECEIVED BY:
------------	--	-----------------------------------	---

↑ Separe Aquí ↑

↑ Separe Aquí ↑

↑ Separe Aquí ↑

NOMBRE DE LA PERSONA RETENIENDO ESTA SOLICITUD <small>SELLO DE AGENCIA O NOMBRE DEL AGENTE, FUNCIONARIO ELECTORAL, O NOMBRE DE LA PERSONA LA SOLICITUD</small> <hr/> <small>NOMBRE DE LA PERSONA EN LETRA DE MOLDE RETENIENDO LA SOLICITUD</small>	FUNCIONARIO ELECTORAL O DEPENDENCIA <small>Información de Contacto, Dirección, Teléfono, Fax</small>	RECIBO DE SOLICITUD PARA EL VOTANTE <i>(Guarde Su Recibo)</i> <small>Si no recibe una Tarjeta de Inscripción como Votante de Nevada por correo dentro de 10 días, llame o visite a su Departamento de Elecciones del Condado.</small> Núm. de Solicitud: HA
---	--	--