



JOE LOMBARDO
Governor

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

RICHARD WHITLEY, MS
Director

ROBERT THOMPSON
Administrator

TANF MEDICAID SNAP

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



DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO DESIGNANDO FONDOS DE ENTIERRO

1. ¿En qué forma se mantienen los fondos? (contrato de entierro, cuenta bancaria, póliza de seguro de vida, etc.)

2. ¿Para quién son reservados estos fondos? _____

3. ¿Quién es el dueño de los fondos? _____

4. ¿Cuál es el valor actual de este recurso? _____

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido estos fondos? _____

6. ¿Ha necesitado utilizar estos fondos en el pasado por otra razón? SÍ NO
En caso afirmativo ¿cuándo ocurrió y por que motivo? _____

COMENTARIOS: _____

Firma del cliente	Nombre con letra de molde	Fecha	Número de teléfono
Firma del Gerente del Caso	Nombre con letra de molde	Fecha	Número de teléfono

