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: _____

LA REDUCCIÓN, RETIRADA O TERM INACIÓN VOLUNTARIA DE BENEFICIOS

Solicito que mis beneficios/solicitud para el siguiente programa sea(n) _____ (terminado, retirado, reducido)
efectivo _____ (mes/ día/año)

☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
☐ Cobertura Médica Familiar (FMC)
☐ Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)
☐ Asistencia Médica para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (MAABD)

Explique la razón:

Renuncio a mi derecho a la notificación previa requerida por del Período de Acción Adversa y la continuación de beneficios si es que una solicitud de audiencia ocurre por causa de esta acción en una fecha posterior.

Esta solicitud se hace de forma voluntaria, libre de amenazas o promesas de ningún tipo.

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