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

JOE LOMBARDO
Governor

RICHARD WHITLEY, MS
Director

ROBERT THOMPSON
Administrator

☐ TANF ☐ MEDICAID ☐ SNAP

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

CONFERENCIAS/AUDIENCIAS

CONFERENCIA: *(Incluya a continuación el motivo y el resumen de la conferencia)*

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Estoy de acuerdo con las anotaciones anteriores.

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

AUDIENCIA: *(Marque uno de los siguientes)*
***Aviso:* Si pierde, abandona o retira su apelación, los beneficios ya recibidos pero a los cuales no tenía derecho deben ser reembolsados.**

☐ Solicito una audiencia. El motivo de esta petición es:

_____
_____
_____
_____

☐ He tenido una conferencia previa a la audiencia y deseo continuar con una audiencia.
☐ Retiro mi petición de audiencia sometida el _____
Fecha

Firma del cliente	Nombre con letra de molde	Fecha	Número de teléfono
Firma del testigo	Nombre con letra de molde	Fecha	Número de teléfono