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

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO U OTRA PERSONA

Nombre del Caso: _____ Número del Caso: _____

Nombre de la persona que hace la declaración: _____

Relación con el solicitante/beneficiario: _____

Número de Teléfono: _____

Dirección: Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Asunto: *(Por favor escriba con letra legible)*

Comentarios: _____

Sé que debo proporcionar información completa y exacta. Yo entiendo que si no mis beneficios pueden ser terminados y/o puedo ser multado o procesado criminalmente. JURO QUE MIS DECLARACIONES SON VERDADERAS.

Firma	Nombre con letra de molde	Título/Parentesco	Fecha	Número de teléfono