



Solicitud para Seguro de Salud

Puede utilizar esta solicitud para:

- Solicitar seguro gratuito o a costo reducido con Medicaid o Nevada Check-Up.
 - Usted puede solicitar y recibir Medicaid, incluso si usted ya tiene seguro.
- Si se determina que usted o miembros de su familia no son elegibles para Medicaid o Nevada Check-Up, aún puede ser que califiquen para recibir ayuda del gobierno federal para pagar por un seguro de salud. La información proporcionada será referida a Nevada Health Link. Para obtener información adicional, visite el sitio web al www.nevadahealthlink.com o llame al 855-768-5465.

Solicitar en línea.

Solicitar en línea

¿Sabía usted que puede solicitar, inscribirse y comenzar a utilizar sus beneficios de salud más pronto si somete su solicitud en línea?

- Dura como 45 minutos para un hogar típico
- Sigue las indicaciones y, al terminar, clic "SOMETER"
- Cuando crea una cuenta, usted puede revisar el estatus de sus beneficios en línea.

Ir a: dss.nv.gov

Reciba asistencia con su solicitud.

Asistencia Personal

Usted puede recibir asistencia personalizado para completar su solicitud en uno de las oficinas del distrito de la División o de un Centro de Recursos para la Familia.

Para encontrar una ubicación cercana a su domicilio:

Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-688 (TTY) o visite dss.nv.gov

Llene la solicitud en formato papel adjunto.

Una solicitud en formato papel, escrita a mano, es una opción para los que prefieren usar papel.

Por Correo

- Siga las instrucciones y complete TODAS las áreas que le apliquen a usted y a su familia.
- Envíe su solicitud a la Oficina local de Servicios Sociales o envíela por correo a:

DSS
PO Box 15400
Las Vegas, NV 89114

Necesita ayuda con su solicitud?

Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos en línea a <https://dss.nv.gov>

Información de contacto (Necesitaremos comunicarnos con un miembro adulto de la familia.)				
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Sufijo	Fecha de Nacimiento
Dirección de su domicilio:			Número de apartamento:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:	
<i>Si no tiene una dirección permanente, aún necesita dar una dirección de correo válida.</i>				
Domicilio de correo (Si es distinta a la dirección de su domicilio)			Número de apartamento:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:	
número de teléfono durante el día #		Ext.	número de teléfono secundario #	
			Ext.	
Actualmente, todas las notificaciones se mandan en formato papel. En el futuro, si está disponible, quisiera recibir información por:				
Correo electrónico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dirección de correo electrónico:				
Idioma preferido (si no es inglés): <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Información del hogar				
Sus ingresos y el tamaño de la familia nos ayudan a decidir por cuales programas califica. Con esta información, podemos asegurarnos de que todos reciban la más amplia cobertura posible.				
¿Quién debe ser incluido en esta solicitud?:				
<ul style="list-style-type: none"> • su cónyuge, si es Casado • sus hijos que viven con usted • su pareja que vive con usted (pero sólo si tienen hijos en común que necesitan seguro de salud) • cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos federal, sin importar que vivan con usted • Si usted no presenta una declaración de impuestos, debe aún incluir los miembros de la familia que viven con usted. 				
Cualquier otra persona que viva con usted tendrá que someter su propia solicitud si quiere seguro. Usted no tiene que presentar declaración de impuestos para solicitar seguro de salud.				
Complete las páginas Miembros Adicionales del hogar para cada persona en su familia. Comience con usted mismo. Si tiene más de 2 personas en su familia, tendrá que hacer una copia de las páginas “Miembros adicionales del hogar” y completarlas.				
Necesitamos los números de Seguro Social (SSN) de todos los que solicitan seguro de salud, si lo tienen. Un SSN es opcional para las personas que no solicitan seguro, pero el proporcionarlo puede acelerar el proceso de solicitud. Por favor, asegúrese de que el nombre en la solicitud sea el mismo que aparece en su tarjeta de Seguro Social.				
Los Indios Americanos y Nativos de Alaska (AI/AN) que se inscriban en Medicaid, Nevada Check-Up y los Mercados de Seguros de Salud Silver State también pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígena, programas de salud tribuales o los programas urbanos de salud indígena.				
Si usted o algún miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska, es posible que no tenga que pagar primas o costos compartidos y pueden recibir períodos especiales de inscripción mensuales. Haremos preguntas adicionales para asegurarnos de que usted y su familia reciban la mayor ayuda posible.				

Necesita ayuda con su solicitud?

Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos en línea a <https://dss.nv.gov>

2960-EGS (10/25)

Página 2 de 16

Información sobre el Jefe de Familia			
Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido & Sufijo	Estado civil	Si esta casado(a), ¿vive usted con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco con usted? SI MISMO
Número de Seguro Social (OPCIONAL) _____	Fecha de Nacimiento ____ _	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del parto: _____ Si la respuesta es sí, ¿cuántos bebés se esperan: ____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
¿Espera usted presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?			
<input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, conteste las preguntas 1 a 3 <input type="checkbox"/> No Si no, pase a la pregunta 3. Nota: Usted puede solicitar para seguro de salud incluso si no presenta una declaración de impuestos.. 1. ¿Espera presentar una declaración conjunta con su cónyuge/pareja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, nombre de su cónyuge/pareja: _____ 2. ¿Reclamará usted dependientes en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, listar el nombre(s) de los dependientes: _____ 3. ¿Lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, por favor anote el nombre del declarante: _____ ¿Qué parentesco tiene con el declarante? _____			
¿Esta usted solicitando para Medicaid, Nevada Check-Up o asistencia con sus primas de seguro de salud (Crédito fiscal anticipado para la prima (APTC))?			
Si la respuesta es sí, conteste todas las preguntas a continuación. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, pase a las preguntas de ingreso. Nota: Marcando 'Sí' indica que será evaluado para ayuda médica financiado con fondos federales.			
Número de Seguro Social - REQUERIDO si no está listado arriba _____	Si es un niño menor de 19 años, ¿tiene acceso a cobertura de empleado público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no es ciudadano de los EE.UU., ¿tiene estatus migratorio elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información Tipo: _____ Número de identificación: _____ ¿Es usted, su cónyuge, su pareja doméstica o su padre (si usted es menor de edad) un veterano retirado honorablemente o miembro activo de las fuerzas militares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es usted un estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted un Indio Americano o Nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿cuál tribu? _____			
Si es menor de 26 años de edad, ¿ha estado alguna vez en cuidado temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Edad cuando salió del programa? _____ ¿Recibieron cuidado de salud a través de un programa estatal de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es el padre o el pariente a cargo principal de cualquier niño, menor de 19, en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, quién? _____			
¿Necesita alguien ayuda con cuentas médicas de los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿para cuáles meses? _____			

Necesita ayuda con su solicitud?

Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos en línea a <https://dss.nv.gov>

2960-EGS (10/25)

Página 3 de 16

Información sobre el Jefe de Familia a continuación:					
¿Está legalmente ciego o permanentemente discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Está usted recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Necesita ayuda con actividades de la vida diaria a través de servicios de ayuda personal o un centro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Trabajo actual e Información de Ingresos <input type="checkbox"/> Sin empleo - Sigue a la sección 'Otro Ingreso'					
Trabajo actual					
En los últimos 3 meses, usted: <input type="checkbox"/> Cambió de trabajos <input type="checkbox"/> terminó de trabajar <input type="checkbox"/> trabaja menos horas <input type="checkbox"/> Ninguno					
Nombre del empleador: (Si tiene empleo por cuenta propia, escribe "S-Í MISMO")				Promedio de horas trabajadas cada semana	
Dirección del empleador:				Número de teléfono del empleador:	
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Ingresos en bruto/propinas recibidas por período de pago: \$		¿Con qué frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual			
Si tiene empleo por cuenta propia, por favor conteste las siguientes preguntas:					
Tipo de trabajo: _____					
¿Cuántos ingresos netos (ganancias cuando gastos se pagan) recibirás este mes? \$ _____					
OTROS INGRESOS: Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia con que usted la recibe.					
Nota: No es necesario que nos informe sobre la manutención de niños o pagos de veteranos discapacitados. Ciertos dineros recibidos se contará o no se contará para Medicaid y Nevada Check-Up. Danos saber si cualquier dinero recibido es considerado ingreso tribal.					
<input type="checkbox"/>	Ninguno				¿Ingreso Tribal?
<input type="checkbox"/>	Desempleado	\$	¿Con qué frecuencia?		
<input type="checkbox"/>	Jubilación	\$	¿Con qué frecuencia?		
<input type="checkbox"/>	Pensiones	\$	¿Con qué frecuencia?		
<input type="checkbox"/>	Beneficios de la Seguridad Social (RDSI)	\$	¿Con qué frecuencia?		
<input type="checkbox"/>	Intereses/Dividendos	\$	¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Anualidades	\$	¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Ingresos por alquiler o ingresos por regalías	\$	¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Ganancias sobre el capital	\$	¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Ingresos agrícolas o pesqueros	\$	¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Pensión alimenticia	\$	¿Con qué frecuencia?		
<input type="checkbox"/>	Subvenciones y becas	\$	¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Adelantos en efectivo	\$	¿Con qué frecuencia?		
<input type="checkbox"/>	Ganancias de juego	\$	¿Con qué frecuencia?		
<input type="checkbox"/>	Otro	\$	¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Necesita ayuda con su solicitud?

Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos en línea a <https://dss.nv.gov>

Información sobre el Jefe de Familia continuado:**DEDUCCIONES (Solamente indique las deducciones reportadas en el formulario 1040 del IRS): Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia.**

Si usted paga por ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federales, al informarnos podría reducir sus ingresos contables. **Nota:** No debe incluir un costo ya considerado en su respuesta anterior referente a sus ingresos netos de trabajo por cuenta propia.

<input type="checkbox"/>	Gastos de Educador	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Ahorros para la Salud account	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Gastos de mudanza	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Pensión alimenticia	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Deducciones de una Cuenta de retiro individual (IRA)	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Gastos comerciales de los reservistas artistas intérpretes o ejecutantes y funcionarios gubernamentales que perciben honorarios	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Multa pagada por retiro temprano de ahorros	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Intereses de préstamos estudiantiles	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Cargos de matrícula	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Actividades de producción nacional	\$	¿Con qué frecuencia?	

INGRESO ANUAL:

Si el ingreso listado por usted en esta página no es fijo de mes al mes, por favor díganos lo que espera que será su ingreso anual. **Por ejemplo,** algunas personas esperan su ingreso cambiar porque solo trabajan algunos meses del año. Si no espera un cambio a sus ingresos mensuales, pase esta pregunta.

Total de los ingresos anuales esperados este año \$ _____ total de ingresos esperados el próximo año year: \$ _____

Raza/Origen étnico

¿Es usted de origen hispano, latino o español? (Opcional) ☐ Sí ☐ No

Carrera (opcional) - marque todo lo que corresponda

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | <input type="checkbox"/> Indio Asiático |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro | <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Mediooriental o Norteafricano |
| <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otro Asiático | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Miembros adicionales del hogar y complétala.)			
Primer nombre, MI, Apellido & Sufijo	Estado civil	Si esta casado(a), ¿vive usted con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Parentesco con usted?
Número de Seguro Social (OPCIONAL) _____	Fecha de Nacimiento ____	¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del parto: _____ Si la respuesta es sí, ¿cuántos bebés se esperan: ____	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
¿Esperan ellos presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?			
<input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, conteste las preguntas 1 a 3 <input type="checkbox"/> No Si no, pase a la pregunta 3. Nota: Usted puede solicitar para seguro de salud incluso si no presenta una declaración de 1. ¿Espera presentar una declaración conjunta con su cónyuge/pareja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, nombre de su cónyuge/pareja: _____ 2. ¿Reclamará usted dependientes en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, listar el nombre(s) de los dependientes: _____ 3. ¿Lo declaran como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, por favor anote el nombre del declarante: _____ ¿Qué parentesco tiene con el declarante? _____			
¿Esta usted solicitando para Medicaid, Nevada Check-Up o asistencia con sus primas de seguro de salud (Crédito fiscal anticipado para la prima (APTC))?			
<input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, conteste todas las preguntas a continuación. <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, pase a las preguntas de ingreso. Nota: Marcando 'Sí' indica que será evaluado para ayuda médica financiado con fondos federales.			
Número de Seguro Social - REQUERIDO si no esta listado arriba	Si es un niño menor de 19 años, ¿tienen acceso a cobertura de empleado público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no es ciudadano de los EE.UU., ¿tiene estatus migratorio elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tipo:	
¿Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:		No. de identificación:	
¿Son ellos, su cónyuge o su padre (si usted es menor de edad) un veterano retirado honorablemente o miembro activo de las fuerzas militares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es usted un estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es usted un Indio Americano o Nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es sí, ¿cuál tribu?			
Si es menor de 26 años de edad, ¿ha estado alguna vez en cuidado temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿en qué estado? _____			
¿Edad cuando salieron del programa? _____		¿Recibieron cuidado de salud a través de un programa estatal de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es el padre o el pariente a cargo principal de cualquier niño, menor de 19, en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es sí, quién? _____			
¿Necesita alguien ayuda con cuentas médicas de los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es sí, ¿para cuáles meses?			

Necesita ayuda con su solicitud?

Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos en línea a <https://dss.nv.gov>

2960-EGS (10/25)

Página 6 de 16

Información Adicional de los Miembros a continuación:					
¿Está legalmente ciego o permanentemente discapacitado?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Necesita alguien ayuda con actividades de la vida diaria a través de servicios de ayuda personal o un centro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Trabajo actual e Información de Ingresos			<input type="checkbox"/> Sin empleo - Sigue a la sección 'Otro Ingreso'		
Trabajo actual:					
En los últimos 3 meses, usted: <input type="checkbox"/> Cambió de trabajos <input type="checkbox"/> terminó de trabajar <input type="checkbox"/> trabaja menos horas <input type="checkbox"/> Ninguno					
Nombre del empleador: (Si tiene empleo por cuenta propia, escribe "SÍ MISMO")				Promedio de horas trabajadas cada semana	
Dirección del empleador:				Número de teléfono del empleador:	
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Ingresos en bruto/propinas recibidas por período de pago: \$		¿Con qué frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual			
Si tiene empleo por cuenta propia, por favor conteste las siguientes preguntas:					
Tipo de trabajo: _____					
¿Cuántos ingresos netos (ganancias cuando los gastos son pagados) recibirás este mes? \$ _____					
OTROS INGRESOS: Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia con que usted la recibe.					
Nota: No es necesario que nos informe sobre la manutención de niños o pagos de veteranos discapacitados. Ciertos dineros recibidos se contará o no se contará para Medicaid y Nevada Check-Up. Danos saber si cualquier dinero recibido es considerado ingreso tribal.					
<input type="checkbox"/>	Ninguno				¿Ingreso Tribal?
<input type="checkbox"/>	Desempleado	\$	¿Con qué frecuencia?		
<input type="checkbox"/>	Jubilación	\$	¿Con qué frecuencia?		
<input type="checkbox"/>	Pensiones	\$	¿Con qué frecuencia?		
<input type="checkbox"/>	Beneficios de la Seguridad Social (RDSI)	\$	¿Con qué frecuencia?		
<input type="checkbox"/>	Intereses/Dividendos	\$	¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Anualidades	\$	¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Ingresos por alquiler o ingresos por regalías	\$	¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	ganancias sobre el capital	\$	¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Ingresos agrícolas o pesqueros	\$	¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	pensión alimenticia	\$	¿Con qué frecuencia?		
<input type="checkbox"/>	subvenciones y becas	\$	¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	adelantos en efectivo	\$	¿Con qué frecuencia?		
<input type="checkbox"/>	ganancias de juego	\$	¿Con qué frecuencia?		
<input type="checkbox"/>	Otro	\$	¿Con qué frecuencia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Necesita ayuda con su solicitud?

Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos en línea a <https://dss.nv.gov>

Información sobre el Jefe de Familia continuado:

DEDUCCIONES (Solamente indique las deducciones reportadas en el formulario 1040 del IRS): Marque todo lo que corresponda e indique la cantidad y la frecuencia.

Si usted paga por ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federales, al informarnos podría reducir sus ingresos contables. **Nota:** No debe incluir un costo ya considerado en su respuesta anterior referente a sus ingresos netos de trabajo por cuenta propia.

<input type="checkbox"/>	Gastos de Educador	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Ahorros para la Salud account	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Gastos de mudanza	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Pensión alimenticia	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Deducciones de una Cuenta de retiro individual (IRA)	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Gastos comerciales de los reservistas artistas intérpretes o ejecutantes y funcionarios gubernamentales que perciben honorarios	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Multa pagada por retiro temprano de ahorros	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Intereses de préstamos estudiantiles	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Cargos de matrícula	\$	¿Con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/>	Actividades de producción nacional	\$	¿Con qué frecuencia?	

INGRESO ANUAL:

Si el ingreso listado por usted en esta página no es fijo de mes al mes, por favor díganos lo que espera que será su ingreso anual. **Por ejemplo,** algunas personas esperan su ingreso cambiar porque solo trabajan algunos meses del año. Si no espera un cambio a sus ingresos mensuales, pase esta pregunta.

Total de los ingresos anuales esperados \$ _____ Total de ingresos esperados el próximo \$ _____
este año: _____ año: _____

RAZA/ ETNICIDAD

¿Es usted de origen Hispano, Latino o Español? (opcional) ☐ Sí ☐ No

Carrera (opcional): marque todo lo que corresponda

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Indio Asiático
<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Mediooriental o Norteafricano
<input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Necesita ayuda con su solicitud?

Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos en línea a <https://dss.nv.gov>

INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

Conteste todas las siguientes preguntas para todos las personas quien esta solicitando ayuda para pagar seguro de salud.

SEGUROS A TRAVÉS DEL EMPLEO: (Esto incluye la cobertura del trabajo de otro, como un padre, pareja doméstica o cónyuge, e incluye los planes privados de los empleados, así como TRICARE, planes para empleados federales o estatales y del Cuerpo de Paz.)

¿Le ofrecen cobertura de salud de un trabajo?

☐ Sí **Si la respuesta es sí**, conteste las siguientes ☐ No **Si la respuesta es no**, Siga a 'Otro preguntas seguro de salud'

Necesitamos saber sobre cualquier seguro de salud que puede recibir por parte de un trabajo. Puede utilizar este formulario para recibir información del empleador sobre la cobertura de salud que ofrece este trabajo. **Si hay más de un empleo, copiar está página.**

Nombre del empleado:	Empleados Número de Seguro Social
----------------------	-----------------------------------

Nombre del empleador:	Número de Identificación Personal (EIN)	Número de teléfono del empleador
-----------------------	---	----------------------------------

Dirección del empleador:	Ciudad	Estado	Código postal
--------------------------	--------	--------	---------------

¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?	Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
---	---------------------	----------------------------------

¿Es elegible actualmente el empleado para la cobertura ofrecida por su empleador?

☐ Sí **Si la respuesta es sí**, ¿ofrecerá este trabajo cobertura el PRÓXIMO AÑO? ☐ Sí ☐ No

☐ No Si el empleado NO es actualmente elegible, ¿Serán elegible en los PRÓXIMOS 3 MESES? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, proporcione la fecha: _____

¿A quién en la familia del empleado cubrirá el plan de salud? ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica ☐ Dependiente(s)

¿A quién se le ofrece cobertura? (Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel)

Persona nombrada (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Inscrito ahora, planes de inscribirse, o no inscrito	Cambios que espera hacer el próximo año
	<input type="checkbox"/> Inscribirse ahora <input type="checkbox"/> Planes de inscribirse <input type="checkbox"/> Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> No inscrito	<input type="checkbox"/> Planea discontinuarlo <input type="checkbox"/> Fecha: <input type="checkbox"/> Será elegible <input type="checkbox"/> Fecha de inicio:
	<input type="checkbox"/> Inscribirse ahora <input type="checkbox"/> Planes de inscribirse <input type="checkbox"/> Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> No inscrito	<input type="checkbox"/> Planea discontinuarlo <input type="checkbox"/> Fecha: <input type="checkbox"/> Será elegible <input type="checkbox"/> Fecha de inicio:
	<input type="checkbox"/> Inscribirse ahora <input type="checkbox"/> Planes de inscribirse <input type="checkbox"/> Fecha de inicio: <input type="checkbox"/> No inscrito	<input type="checkbox"/> Planea discontinuarlo <input type="checkbox"/> Fecha: <input type="checkbox"/> Será elegible <input type="checkbox"/> Fecha de inicio:

Necesita ayuda con su solicitud?

Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos en línea a <https://dss.nv.gov>

2960-EGS (10/25)

Página 9 de 16

SEGUROS A TRAVÉS DEL EMPLEO (a continuación)

¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar del valor mínimo*? ☐ Sí ☐ No

Para el plan más bajo que cumple con el estándar del valor mínimo* ofrecido **solo al empleado** (no incluye planes familiares)

Si el empleador tiene programas de bienestar, proporciona la prima que el empleador paga si él o ella recibió el descuento máximo para cualquier discontinuación de programas de tobacco, y no reciben otros descuentos basado en los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto pagará el empleado para las primas de este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanal ☐ Cada dos Semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Trimestral
☐ Anual

¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo plan para el próximo año (si es conocido)?

☐ Empleador no ofrece cobertura de salud

☐ Empleador empezará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiar la prima del plan al costo más bajo disponible solo para el empleador que cumple con el estándar del valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar.)

a. ¿Cuánto pagará el empleado para las primas de este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanal ☐ Cada dos Semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Trimestral
☐ Anual

c. Fecha del cambio (MM/DD/AAAA) _____

*Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el " estándar del valor mínimo " si el total de los costos de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es menos del 60 por ciento de esos costos (Sección 36B (c) (2) (C) (ii) del Código del Servicio de Impuestos Internos de 1986.)

OTRA INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

¿Alguien tiene otro seguro de salud, incluyendo seguro para veteranos, Medicaid / Nevada Check-Up, Medicare, COBRA, seguro privado u otro plan de salud para jubilados? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí proporcione la siguiente información:

¿Quién tiene otro seguro de salud?	¿Qué tipo tienen?	Nombre del Plan	Número de póliza
Nombre:			
Nombre:			

OTRA INFORMACIÓN**Renovación de Cobertura** (solo para hogares de APTC)

Para hacerlo más fácil para determinar mi elegibilidad para ayudar el pago para cobertura de salud en años futuros, yo acepto permitir que Nevada Health Link utilice mis datos de ingreso, incluyendo información para declaración de impuestos, por los próximo 5 años (el número máximo de años permitidos). El Nevada Health Link enviará una notificación, dejar me hacer cambios, y puedo optar por no hacerlo cualquier tiempo.

Dio permiso para acceder a la declaración de impuestos en tiempo de renovación para los próximos:

☐ Sí **Si la respuesta es sí, ¿Por cuantos años?** ☐ 0 año ☐ 1 año ☐ 2 años ☐ 3 años ☐ 4 años ☐ 5 años

☐ No **NO** renovar mi elegibilidad para ayuda de cobertura de salud.

Necesita ayuda con su solicitud?

Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos en línea a <https://dss.nv.gov>

Representante Autorizado

Puede dar permiso a un amigo o compañero de confianza para hablar sobre esta solicitud con nosotros, ver su información y actuar por usted en asuntos relacionados con esta solicitud. Esta persona es lo que se llama un "representante autorizado".

¿Desea nombrar a alguien como su representante autorizado? ☐ Sí ☐ No **Si la respuesta es no, omita esta sección**

Nombre del Representante Autorizado

Número de teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

En firmando, usted permite esta persona a firmar su solicitud, para recibir información oficial sobre esta solicitud y.

Su firma

Fecha

Programa de Medicaid de Recuperación de Patrimonio

Los beneficiarios de Medicaid que tienen 55 años o más de edad o están hospitalizados en un centro médico pueden ser responsables por el reembolso de los gastos pagados por ellos por Medicaid. Estos pagos hechos por parte del Programa de Medicaid pueden recuperarse del patrimonio del beneficiario después de su muerte o después de la muerte de su cónyuge sobreviviente. (Vea el Formulario 6160-AF, Operación del Programa.)

Iniciales

Responsabilidad de terceros

Yo entiendo que lo que sigue es un requisito de elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid :

- 1) Si alguien en esta solicitud recibe beneficios de Medicaid, le doy a la agencia de Medicaid el derecho de perseguir y obtener dinero de otros seguros de salud, seguros, acuerdos legales, y cualquier otro tercero que pueda ser responsable por los servicios médicos pagados por Medicaid; y
- 2) Yo doy a la agencia de Medicaid el derecho de perseguir y obtener manutención de niños y médica de un cónyuge o un padre; y
- 3) Yo estoy de acuerdo en que los miembros de mi hogar cooperarán con la agencia de Medicaid para obtener dinero de las compañías de seguros, acuerdos legales y terceros y darán a DHHS aviso de cualquier acuerdo o acción legal.

Iniciales

Información de Referencias:

¿Cómo se enteró acerca de estos programas? Marque SÓLO uno:

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Recursos tribunales |
| <input type="checkbox"/> Amigo / Familia | <input type="checkbox"/> Clínica | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

No Discriminación

Siguiendo la ley federal, la discriminación no está permitida sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Usted puede presentar una queja: en línea en:

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>;

por correo: Director, U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, Centralized Case Management Operations, 200 Independence Ave, S.W. Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201;

por teléfono: Centro de Respuesta del cliente: (800) 368-1019, Fax: (202)619-3818 (TDD): (800) 537-7697;

por correo electrónico: ocrcomplaint@hhs.gov

Necesita ayuda con su solicitud?

Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos en línea a <https://dss.nv.gov>

(Por favor marque una de las Casillas)

☐ Sí ☐ No

Si usted no marca ninguna casilla, se considerará que usted decidió no registrarse a votar en este momento.

La Ley Nacional de Registro de VotantesAct le provee a usted la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud en privado.

NOTICIA IMPORTANTE: El hecho de registrarse o negarse a registrar para votar NO AFECTARÁ la cantidad de asistencia que se le proporcionará por esta agencia.

Su firma

Fecha

CONFIDENCIALIDAD: Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial..

SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partido político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretary of State, Capitol Complex, 101 N. Carson Street, Suite 3, Carson City, Nevada 89701.

Revisiones e Investigaciones

Al firmar esta solicitud, usted autoriza al Departamento de Servicios Humanos a hacer investigaciones acerca de usted, otros miembros de su hogar y/o de los padres legales o naturales de su niño(s), que sean necesarias para determinar la elegibilidad para beneficios que usted o miembros de su hogar reciben o recibirán bajo programas administrados por DSS y Nevada Health Link. Información proveída a DSS puede ser verificada o investigada por oficiales federales, estatales y locales, incluyendo personas que trabajan en el control de calidad.

Si usted no coopera con la investigación, sus beneficios pueden ser negados o terminados. Si usted da una declaración falsa o información confusa; entrega documentos alterados; o encubre o retiene información necesario para que la agencia puede ser una determinación precisa de sus beneficios por lo cual usted puede ser elegible, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. Si usted recibe beneficios que no tiene derecho a recibir, tendrá que reembolsar a la agencia todo el dinero, servicios y beneficios que no tenía derecho a recibir. También puede ser descalificado para recibir beneficios en el futuro y ser procesado criminalmente o penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Iniciales

Sus Derechos

Si usted piensa que hemos cometido un error o que no hemos actuado a tiempo en su solicitud puede apelar. Esto significa que usted puede pedirnos que revisemos su caso nuevamente. Usted debe solicitar una apelación por escrito dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la notificación. La notificación le dirá cómo apelar. Usted puede designar a un representante para que actúe en su nombre durante el proceso de apelación. Póngase en contacto con nosotros, le podemos ayudar con su apelación.

Iniciales

Sus Responsabilidades

Sé que tengo que avisarle al programa en el cual voy a estar inscrito si la información que enumeré en esta solicitud cambia. Sé que puedo hacer cambios llamando al servicio al cliente y que tengo que reportarme a más tardar el quinto (5º) día del mes siguiente. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar mi elegibilidad para miembro(s) de mi hogar.

Iniciales

Necesita ayuda con su solicitud?

Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos en línea a <https://dss.nv.gov>

Por lo presente autorizo y consiento a la divulgación de toda la información acerca de mí o de mis miembros del hogar al Departamento de Servicios Humanos por el titular de la información, tales como, pero no limitado a, información de salarios, la información hecha confidencial por ley, así como la información del paciente privilegiada bajo NRS 49.225, o cualquier otra disposición de la ley. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la liberación (divulgación) de la información requerida.

Si tengo 60 años de edad o más, doy mi consentimiento para la divulgación de mi identidad y renuncio a mi derecho como una persona mayor de tener mi identidad confidencial. Yo libero al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida.

Su firma

Fecha

Cooperación con Cumplimiento de la Manutención de Niños

Reconozco que voy a ser requerido a cooperar con la agencia para cobrar la manutención médica y establecer la paternidad de un padre ausente. Si pienso que el cooperar para cobrar la manutención médica podría causar daño a mí o a mis hijos, puedo decirle a la agencia y es posible que no tenga que cooperar.

Iniciales _____

¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre viviendo fuera del hogar? ☐ Sí ☐ No

Encarcelamiento

¿Está alguien que solicita un seguro de salud en esta solicitud encarcelado? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, escribe el nombre de la persona encarcelado aquí: _____

☐ Marque aquí si esta persona esta pendiente de la disposición de los cargos.

Política de privacidad

Mantenemos su información privada como exige la ley. Sus respuestas en esta solicitud sólo se utilizarán para determinar la elegibilidad para la cobertura de salud y para proporcionar información sobre servicios de salud adicionales disponibles para su hogar. Nevada Health Link, la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social y el Departamento de Salud y Servicios Humanos revisarán su elegibilidad utilizando nuestras bases de datos electrónicas y las bases de datos de otras agencias federales. Si la información no coincide, podemos pedirle que nos envíe pruebas. No haremos preguntas sobre sus antecedentes médicos. No se harán preguntas sobre la ciudadanía o estatus migratorio a los miembros del hogar que no quieren la cobertura.

IMPORTANTE: Como parte del proceso de solicitud, es posible que necesitemos recuperar sus datos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), del Seguro Social, del Departamento de Seguridad Nacional, y/o una agencia de informe del consumidor.

Necesitamos esta información para comprobar su elegibilidad para la cobertura y la ayuda para pagar la cobertura si usted la desea y para darle el mejor servicio posible. También podemos revisar su información posteriormente para asegurarnos de que su información esté actualizada. Le notificaremos si encontramos que algo ha cambiado.

Entiendo que mi información será usada y recuperada a través de fuentes de datos para esta solicitud. Tengo el consentimiento de todas las personas enumeradas en la solicitud que permite la recuperación y el uso de su información de las fuentes de datos anteriormente mencionadas.

Iniciales _____

Necesita ayuda con su solicitud?

Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos en línea a <https://dss.nv.gov>

2960-EGS (10/25)

Página 13 de 16

Selección del plan de salud/ Organizaciones de preferencia de atención administrada

Las familias que viven en los condados urbanos de Washoe County o Clark County están cubiertas por una organización de atención administrada (MCO). Se le pide que elija uno de los siguientes planes de salud. Si usted no indica una preferencia, le asignará un plan al azar. Su selección de plan de salud no garantiza la aceptación en los programas Nevada Medicaid o Nevada Check-Up. Si usted o miembros familiares ya están inscritos en uno de los MCOs actualizados, no podrá cambiarlo en este momento. Las familias inscritas recibirán un manual explicándoles los beneficios del plan de salud.

Por favor de hacer una selección:	Regiones disponibles	Número de Contacto:	Sitio web: (Visite para más información)
<input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions	Urban Clark Urban Washoe	1-844-396-2329	mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html
<input type="checkbox"/> Health Plan of Nevada	Urban Clark	1-800-962-8074	myHPNmedicaid.com/Member
<input type="checkbox"/> Molina Healthcare	Urban Clark Urban Washoe	1-844-327-7136	meetmolina.com/nv-medicaid
<input type="checkbox"/> SilverSummit Healthplan	Urban Clark Urban Washoe	1-844-366-2880	silversummithealthplan.com

☐ No Preferencia

(Nota: Si no escoge una opción de atención administrada, usted será asignado uno al azar por Medicaid)

Para más información en los planes diferentes, visite <https://dhcfp.nv.gov/Members/BLU/MCOMain/>. Si necesita buscar un proveedor, visite <https://www.medicaid.nv.gov/hcp/provider/Home/tabid/135/Default.aspx>, y buscar un proveedor o puede llamar uno de las oficinas del distrito local de Medicaid hacia abajo:

Llame gratis estatal	TTY	Carson City	Reno	Las Vegas	Elko
(800) 992-0900	(800) 326-6888	(775) 684-3651	(775) 687-1900	(702) 668-4200	(775) 753-1191

Opción de Mensaje de Texto Opt-In/Opt-Out

La información proporcionado en esta solicitud, incluyendo sus número(s) de teléfono, serán compartidos con la División del Departamento de Servicios Humanos (DHS), y la Organización de Atención Administrada (MCO), por lo cual se le asigna. Consentimiento autoriza llamadas y/o textos de DHS, MCO, o cualquier contratista actuando en su nombre, en cualquier número(s) de teléfono que proporcionó en su solicitud, ahora o en el futuro, incluyendo información sobre sus necesidades de salud o tratamientos, servicios de bienestar, planes de beneficios, elegibilidad, renovar y/o redeterminación, y para cualquier otra comunicación relacionado con DHS o MCO sobre su cobertura de salud. Estas llamadas/textos son hechos utilizando la tecnología automático, tal como con un sistema de marcación telefónica o artificial o mensaje de voz pregrabado. Tarifas de mensajes y datos estándares pueden aplicar.

(Marque uno de los siguientes;)

- ☐ Yo consiento a recibir mensaje de texto como descrito hacia arriba. Teléfono Preferido: _____ Iniciales: _____
- ☐ No consiento a recibir mensaje de texto como se describe arriba.

Necesita ayuda con su solicitud?

Llame a 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888 (TTY) o visítenos en línea a <https://dss.nv.gov>

Por favor, lea y firme esta solicitud.	
<ul style="list-style-type: none"> Yo firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas a mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a penalidades bajo las leyes federales si intencionalmente proporciono información falsa o incorrecta. Yo juro que he reportado honestamente mi estado de ciudadanía y de cualquier persona por la cual estoy solicitando 	
Firma o marca del solicitante	Fecha
Firma o Marca del Cónyuge/Pareja (Segundo padre de los niños) Fecha	
Testigo: (Utilice si el solicitante no sabe leer o escribir o si es ciego.) La información contenida en esta solicitud ha sido leída al solicitante y he sido testigo de la firma anterior.	
Firma del testigo	Fecha
Envíe por correo su solicitud completada.	
Envíe su solicitud a la Oficina de Servicios Sociales local o envíela por correo a: DSS PO BOX 15400 Las Vegas, NV 89114	Se acordó de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informarnos de todos en su familia y el hogar, incluso si ellos no necesitan un seguro? ✓ Preguntarle a su empleador sobre cualquier seguro relacionado con el empleo? ✓ ¿Firmar esta solicitud?



MEDICAID ESTATE RECOVERY

NOTIFICACIÓN DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA

Tenga en cuenta que si está solicitando o recibiendo beneficios del programa de Medicaid, ésta es información importante que podría afectar su decisión de recibir beneficios de Medicaid.

De acuerdo con la ley estatal y federal, el estado de Nevada administra un programa de recuperación de bienes de Medicaid mediante el cual la asistencia de Medicaid correctamente pagada es recuperada del estado indiviso de la persona que recibió los beneficios de Medicaid. Los beneficiarios de Medicaid de 55 años o más y ciertos pacientes hospitalizados en centros o instituciones de enfermería¹ están afectados por este programa. Cuando esos individuos pasan, Medicaid requiere que los Estados indivisos de esas personas paguen de vuelta cualquier beneficio pagado por Medicaid.

El "estado indiviso" se define ampliamente en Nevada. Incluye toda la propiedad real y personal y otros activos en o a los que una persona tenía algún título legal o interés en el momento de la muerte. Esto incluye bienes transmitidos a otra persona a través de tenencia conjunta, bienes de vida, fideicomisos, anualidad, Homestead u otro arreglo. Una reclamación de Medicaid no puede ser vencida por una exención de Homestead o por el funcionamiento de la bancarrota o la ley de la insolvencia.

Ciertas personas están protegidas contra la recuperación de Medicaid. Medicaid no puede recuperarse si el beneficiario de Medicaid tiene un cónyuge sobreviviente, un niño menor de 21 años, o un niño ciego y/o discapacitado de cualquier edad. Si se impide que Medicaid se recupere debido a un cónyuge sobreviviente, un niño discapacitado o un niño menor de edad, Medicaid puede poner un gravamen sobre el interés del beneficiario en la propiedad real y/o personal.

Sin embargo, Medicaid debe liberar el derecho de retención si el cónyuge, el niño discapacitado y/o el niño menor de edad venden la propiedad a un comprador de buena fe por el valor justo de mercado. Si el individuo eximido decide refinanciar la propiedad, Medicaid subordinará su derecho de retención.

Además, ciertos ingresos, recursos y propiedades de los Indios Americanos y de los Nativos de Alaska están exentos de la recuperación del estado de Medicaid. Por favor, consulte el manual de operaciones de Medicaid que se encuentra en www.dhcfp.nv.gov para una explicación detallada de la propiedad exenta de recuperación para estos grupos.

El idioma anterior se refiere a los beneficios que se pagan correctamente a los destinatarios de Medicaid elegibles. Cuando los beneficios son pagados a personas que no son elegibles de otra manera, esos beneficios se consideran como pagados incorrectamente. Medicaid puede recuperar beneficios pagados incorrectamente inmediatamente después del descubrimiento y sin las restricciones que se aplican a los beneficios correctamente pagados.

La recuperación de Medicaid puede ser renunciada, comprometida o retrasada si esto causaría una dificultad indebida para los herederos. Los herederos pueden presentar una exención de dificultad en el momento de la recuperación de Medicaid. La negación de una exención o compromiso de dificultad puede ser apelada a través del sistema legal apropiado. Medicaid proporcionará información de solicitud de exención de dificultades a los herederos conocidos en el momento de la recuperación.

Por favor comparta este formulario con la familia y los herederos.

Si tiene preguntas o necesita información adicional o aclaración, por favor comuníquese con el programa de recuperación de bienes de Medicaid al (775) 687-8416, correo electrónico: mer@nvha.nv.gov o visite su sitio web en www.dhcfp.nv.gov bajo "Programs."

¹Ciertos pacientes hospitalizados en centros o instituciones de enfermería se refieren a personas con respecto a las cuales el estado determina, después de la notificación y la oportunidad de audiencia, que el paciente no puede esperar razonablemente ser dado de alta de la institución médica y volver a casa.



SOLICITUD PARA INSCRIBIRSE COMO VOTANTE EN EL ESTADO DE NEVADA

Núm. de Solicitud

SÓLO USE TINTA NEGRA O AZUL – ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

ADVERTENCIA: PROVEER DATOS FALSOS CONSTITUYE UN DELITO MAYOR (FELONY) E INCLUYE UNA MULTA DE HASTA \$20,000.

Se requiere completar todas las casillas al menos que esté marcado Opcional. Si no provee toda la información requerida, su solicitud para inscribirse como votante no estará completa.

1.	¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? <div><div>Si usted marcó “No” a la pregunta anterior, no llene esta solicitud.</div><div>¿Tendrá usted por lo menos 18 años de edad para o antes del día de la elección?<div><div>Si usted marcó “No” a la pregunta anterior, pero tiene por lo menos 17 años de edad, usted desea preinscribirse para votar?<div><div>Si usted marcó “No” a las dos preguntas anteriores, no llene esta solicitud.</div></div></div></div></div></div>			<div><div><div><div></div></div>Sí</div><div><div></div></div>No</div> <div><div><div></div></div>Sí</div> <div><div></div></div> No
----	---	--	--	--

Sí

SÓLO PARA USO OFICIAL NO ESCRIBA EN LA SIGUIENTE ÁREA SOMBREADA.

DATE STAMP	<div><div><div></div></div>AGENCY</div> <div><div><div></div></div>FIELD REGISTRAR</div> <div><div><div></div></div>MAIL</div> <div><div><div></div></div>IN PERSON</div> <div><div><div></div></div>OTHER</div>	CANCELLED	APPLICATION NO.
		INACTIVE	RECEIVED BY:
		PRECINCT	
✂ Separe Aquí ✂		✂ Separe Aquí ✂	
NOMBRE DE LA PERSONA RETENIENDO ESTA SOLICITUD (Agency Stamp or Name of Agent, Election Official or Person Retaining Application)		OFICIAL ELECTORAL O DE AGENCIA (Contact Information, Address, Telephone, Fax)	RECIBO DE VOTANTE (Favor de Guardar su Recibo) <div>Su información de registro de votante ha sido enviada a su Oficina de Elecciones del Condado para procesamiento. Dentro de 10 días, después de recibir su información, su Oficina de Elecciones del Condado le enviará por correo una Tarjeta de Inscripción Como Votante de Nevada o un aviso si se requiere información adicional para completar su inscripción.</div>
			NUM. DE SOLICITUD

INSTRUCCIONES

Capilla 1 – PREINSCRIPCIÓN: Todo ciudadano de los EE.UU. que tiene 17 años de edad y más pero menos de 18 años de edad, y ha vivido continuamente en este estado por 30 días o más puede preinscribirse para votar por cualquier medio disponible para que una persona se inscriba para votar de acuerdo con la ley de Nevada. Si una persona se preinscribe para votar, él o ella será considerado un votante registrado desde el día que cumpla 18 años de edad para su cumpleaños de sus 18 años al menos que la preinscripción de la persona haya sido cancelada o él o ella no cumpla los requisitos de elegibilidad de votante.

Casilla 2 – NOMBRE: Requerido. Por favor escriba su nombre tal como aparece en su Licencia de Conducir de Nevada o Tarjeta de Identificación (ID) de Nevada o en su Tarjeta de Seguro Social.

Capítulo 3 – DIRECCIÓN RESIDENCIAL: Requerido. Su dirección residencial es la dirección asignada al sitio donde usted realmente vive. Si vive en un lugar que no tiene una dirección asignada, tendrá que proporcionar una descripción del sitio donde realmente vive. Un apartado postal no se puede declarar como dirección residencial.

Casilla 4 – DIRECCIÓN DE CORREO: Opcional. Incluya su dirección de correo si es diferente a su dirección residencial. Incluya el apartado postal o servicio de buzón privado, si es aplicable.

Casilla 8 – IDENTIFICACIÓN: Requerido. Incluya el número de su Licencia de Conducir de Nevada o su Tarjeta de Identificación (ID) de Nevada. Si no tiene ninguna de las dos, debe proporcionar los últimos 4 dígitos del número de su Seguro Social. Si no tiene una Licencia de Conducir de Nevada o Número de Seguro Social, usted será contactado por el Departamento de Elecciones del Condado para más información cuando se reciba su inscripción.

Casilla 9 – MILITAR: Requerido, si es aplicable. Marque la casilla aplicable.

Casilla 12 – AFILIACIÓN DE PARTIDO POLÍTICO: Requerido. Marque su selección de un partido político calificado, "No Partidista" u "Otro Partido." Si marca "Otro Partido," usted puede imprimir el nombre de un partido político no listado. Si se inscribe en un partido político menor o como no partidista, usted recibirá una boleta no partidista para la Elección Primaria.

Casilla 13 – DECLARACIÓN: Requerido. Firme y Fecha. Los derechos al voto son inmediatamente restituidos después de cumplir su sentencia por delito mayor.

Casilla 14 – ACTUALIZACIÓN DE DATOS: Opcional. Usted puede incluir la última dirección en donde estaba registrado para votar. Esto ayuda al Secretario del Condado / Registrador de Votantes identificarlo a usted como el solicitante.

Casilla 15 – ASISTENCIA: Requerido, si es aplicable. Si usted ayuda a una persona preinscribirse o inscribirse como votante, usted debe llenar la Casilla 15. FALTA EN CUMPLIR PUEDE SER UN DELITO MAYOR.

FECHAS LÍMITES PARA ENTREGAR SU SOLICITUD:

- ❖ Por Correo – Matasellado pare el cuarto martes antes de la elección primaria o general.
- ❖ En la Oficina del Secretario del Condado o Registrador de Votantes – Para el tercer martes antes de la elección primaria o general.
- ❖ En línea – Para el jueves antes de empezar el primer día del periodo de la votación anticipada.
- ❖ Para Elecciones Especiales /de Revocación – Comuníquese con el Secretario del Condado o el Registrador de Votantes.

REGISTRACIÓN PARA VOTAR EL MISMO DÍA: Votantes elegibles en Nevada pueden registrarse y votar o actualizar su registro existente en persona en cualquier sitio de votación durante la votación temprana o el día de elección.

¿INTERESADO EN SER TRABAJADOR ELECTORAL? Por favor comuníquese con la Oficina del Secretario del Condado o Registrador de Votantes.

AVISO: Se le recomienda que entregue su solicitud al Secretario del Condado o Registrador de Votantes en persona o por correo. Si opta entregar su solicitud completa a otra persona para entregarla al Secretario del Condado o Registrador de Votantes de su parte, y la persona falla en entregar su solicitud al Secretario del Condado o Registrador de Votantes, usted no será preinscrito o registrado para votar, como corresponde. Por favor retenga la copia duplicada o el recibo de votante de su solicitud para preinscribirse o inscribirse para votar.

CONDADO	DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ELECCIONES	CONDADO	DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ELECCIONES
Carson City Clerk (775) 887-2087	885 East Musser Street, Suite 1025, Carson City, NV 89701	Lincoln Clerk (775) 962-8077	181 North Main Street, Suite 201, Pioche, NV 89043
Churchill Clerk (775) 423-6028	155 North Taylor Street, Suite 110, Fallon, NV 89406	Lyon Clerk (775) 463-6501	27 South Main Street, Yerington, NV 89447
Clark Registrar (702) 455-8683 (702) 455-3666	965 Trade Drive, Suite A, North Las Vegas, NV 89030 P.O. Box 3909, Las Vegas, NV 89127 en español	Mineral Clerk (775) 945-2446	105 South A Street, Suite 1, Hawthorne, NV 89415 P.O. Box 1450, Hawthorne, NV 89415
Douglas Clerk (775) 782-9014	1616 8 th Street, 2 nd Floor, Minden, NV 89423 P.O. Box 218, Minden, NV 89423	Nye Clerk (775) 482-8127	101 Radar Road, Tonopah, NV 89049 P.O. Box 1031, Tonopah, NV 89049
Elko Clerk (775) 753-4600	550 Court Street, 3 rd Floor, Elko, NV 89801	Pershing Clerk (775) 273-2208	398 Main Street, Lovelock, NV 89419 P.O. Box 820, Lovelock, NV 89419
Esmeralda Clerk (775) 485-6309	233 Crook Avenue, Goldfield, NV 89013 P.O. Box 547, Goldfield, NV 89013	Storey Clerk (775) 847-0969	26 South B Street, Drawer D, Virginia City, NV 89440
Eureka Clerk (775) 237-5263	10 South Main Street, Eureka, NV 89316 P.O. Box 540, Eureka, NV 89316	Washoe Registrar (775) 328-3670	1001 E. 9th Street, Reno, NV 89512
Humboldt Clerk (775) 623-6343	50 West 5 th Street, #207, Winnemucca, NV 89445	White Pine Clerk (775) 293-6509	1786 Great Basin Blvd., Suite 3, Ely, NV 89301
Lander Clerk (775) 635-5738	50 State Route 305, Battle Mountain, NV 89820		



FIRST CLASS
STAMP
NECESSARY
FOR MAILING
