

*División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social*  
**Solicitud de Asistencia Pública**  
“Trabajando para el bienestar de TODOS los habitantes de Nevada”

**Puede solicitar beneficios de los siguientes programas:**

**Asistencia Nutricional** del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), para ayudar con la compra de alimentos.

**Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)**, para ayudar a familias con niños a satisfacer sus necesidades básicas con asistencia monetaria.

**Márgenes de tiempo**

- Beneficios de **SNAP** son procesados dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la solicitud. Si su hogar tiene pocos o ningunos ingresos, usted podría recibir beneficios de SNAP dentro de los 7 días siguientes a la fecha de su solicitud. Los beneficios de SNAP se pagan desde el día siguiente a la fecha de la solicitud.
- Beneficios de **TANF** son pagados desde el día siguiente a la fecha de la aprobación o 30 días siguientes a la fecha de la solicitud, lo que ocurra primero. Solicitudes para TANF son procesadas dentro de los 45 días siguientes a la fecha de la solicitud, a menos que existan circunstancias inusuales.

La negación de beneficios para un programa no afecta automáticamente la decisión de otros programas para los cuales usted ha solicitado.

**Reglas de servicio acelerado de SNAP**

Los siguientes hogares tienen derecho a servicio acelerado y deben recibir beneficios de SNAP dentro de 7 días:

- Hogares con menos de \$150 de ingresos mensuales en bruto y no más de \$100 de recursos líquidos;
- Hogares indigentes, con trabajadores agrícolas migrantes o estacionales, siempre que sus recursos líquidos no excedan \$100;
- Hogares con ingresos mensuales en bruto y recursos líquidos combinados menores a los gastos mensuales del hogar de renta o hipoteca y servicios públicos.

**Números de Seguro Social**

Se le pedirá que proporcione Números de Seguro Social (SSN) para todas las personas **que están solicitando asistencia** (incluyendo a usted), conforme al Título 42 USC 1320b-7 y autorizado según la Ley de Alimentación y Nutrición del 2008 (anteriormente, la Ley de estampillas de comida), enmendado por 7 U.S.C. 2011-2036. El proporcionar o solicitar un SSN es voluntario. Para SNAP, cualquier persona que quiere asistencia pero no quiere dar información de su SSN no será elegible para beneficios. Otros familiares o miembros de su hogar aún podrían recibir beneficios si son elegibles por lo demás. Para TANF, si uno de los miembros requeridos del hogar no proporciona o se niega a proporcionar sin causa justa un SSN, el hogar entero será inelegible para beneficios de TANF. Esto incluye a todos los individuos cuyos ingresos y necesidades se utilizan para determinar la elegibilidad para el programa TANF.

Los SSN se utilizan para verificar los ingresos y recursos del hogar y para realizar una comparación computarizada con otras agencias como la Administración del Seguro Social, la División de Seguridad de Empleo, los Programas de Cumplimiento de la Manutención de Niños y el Servicio de Impuestos Internos. También se utilizan para reunir información laboral, hacer investigaciones, recuperar el sobrepago de beneficios y asegurar que no se reciban beneficios duplicados.

**Ciudadanía/Estatus migratorio**

Será requerido a proporcionar información de ciudadanía y/o estatus migratorio para todas las personas **que están solicitando asistencia** (incluyendo a usted). Para SNAP, si cualquiera de estas personas no quiere dar información de su ciudadanía y/o estatus migratorio no será elegible para beneficios. Otros familiares o miembros de su hogar aún podrían recibir beneficios si son elegibles por lo demás. Para TANF, si uno de los miembros requeridos del hogar no proporciona o se niega a proporcionar verificación de su estatus, el hogar entero será inelegible para beneficios de TANF. El estatus de No Ciudadano Calificado se verifica con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) con respecto a la elegibilidad. No se compartirá con el USCIS la información acerca de los no solicitantes o los no ciudadanos no calificados.

**¿A dónde envió por correo mi solicitud completada?**

Envíe o entregue su solicitud completada y firmada a la dirección a continuación. La determinación de elegibilidad se hará basada en las reglas y los requisitos del programa que está solicitando. Le notificaremos si es elegible o no elegible o le daremos instrucciones adicionales para completar su solicitud.

State of Nevada  
Division of Welfare and Supportive Services  
P.O. Box 15400  
Las Vegas, NV 89114-5400

**¿Qué hago si necesito ayuda con esta solicitud?**

- Teléfono: 1-800-992-0900 ext 47200 • Sur de Nevada (702) 486-1646 • Norte de Nevada (775) 684-7200
- Correo electrónico: [welfare@dwss.nv.gov](mailto:welfare@dwss.nv.gov) • En línea: <https://dwss.nv.gov>
- En persona: Visite nuestro sitio web o llame al 1-800-992-0900 ext 47200 para encontrar una oficina local del distrito de DWSS
- Intérprete : Llame al 1-800-992-0900 ext 47200 o TTY 1-800-326-6888

*Información del solicitante, por favor guarde esta copia para sus archivos.*

## No Discriminación

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe, la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442: o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés),

escriba a: HHS Director,  
Office for Civil Rights, Room 515-F  
200 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20201,

o llame al: (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



STEVE SISOLAK  
Governor

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

RICHARD WHITLEY, MS  
Director

ROBERT THOMPSON  
Administrator

## **Notificación de verificación requerida**

Es posible que usted tenga que proporcionar pruebas de las circunstancias de su hogar para determinar cuáles beneficios recibirá su hogar. Estas pruebas se requieren para todas las personas en su hogar. El proceso de solicitud se facilitará si usted proporciona los comprobantes requeridos antes de o en su entrevista. La siguiente información muestra ejemplos de los comprobantes que posiblemente tenga que proporcionar para cumplir con este requisito.

Los documentos que nos proporciona deben cubrir un período de 30 a 60 días antes de su fecha de solicitud de beneficios. Su gerente del caso le proporcionará más información referente a los períodos de tiempo.

Si tiene problemas obteniendo la información requerida, podemos ayudarle. Comuníquese con nosotros al 702-486-1646 o 775-684-7200, si necesita ayuda. También puede consultar nuestro sitio web, <https://dwss.nv.gov/>, para información general.

### **Identificación/Ciudadanía**

- Pasaporte de los Estados Unidos
- Licencia de Conducir/Tarjeta de Identificación emitida por el gobierno
- Tarjeta Militar de los EE.UU. (activo, dependiente, retirado)
- Verificación de Ciudadanía del USCIS
- Acta de Nacimiento de los EE.UU. certificada

### **Ingresos no ganados y otros ingresos**

Copia de la carta de concesión u otra verificación para:

- Beneficios de la Seguridad Social (RSDI)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Compensación de Trabajadores
- Beneficios del Seguro de Desempleo
- Beneficios de Veteranos (jubilación, discapacidad, educación)
- Pensiones/Beneficios de jubilación
- Pagos de manutención de niños - Copia de la orden de corte
- Pensión alimenticia
- Contribuciones monetarias/Préstamos
- TANF u otros pagos del gobierno
- Asistencia general del condado o para Indios Americanos
- Ingresos para la educación (subvenciones del gobierno, préstamos estudiantiles, becas, etc.)
- Cualquier otro ingreso recibido por cualquier miembro del hogar

### **Ingresos ganados**

- Talones de cheque del sueldo o Declaración del empleador
- Si su empleo terminó en los últimos 90 días, comprobantes de terminación de trabajo y de la remuneración final
- Si no puede trabajar, una declaración médica
- Comprobantes de empleo por cuenta propia/Declaraciones de impuestos

### **Residencia en Nevada**

- Contrato actual de arrendamiento o de alquiler
- Licencia de Conducir de Nevada
- Declaración con respecto a la situación de personas sin hogar

### **Beneficios de otro estado**

- Pruebas de beneficios recibidos de otro estado
- Verificación de que los beneficios del otro estado han terminado

### **Recursos**

- Estado de cuenta de banco o asociación de crédito
- Bonos de ahorro
- Registros de vehículos
- Pólizas de seguro de vida
- Estados de cuentas de jubilación
- Documentos de fondos fiduciarios
- Comprobantes de acciones y bonos
- Títulos de casas o propiedades

### **Gastos**

#### **Gastos de vivienda**

- Recibo de alquiler o hipoteca
- Factura de servicios públicos actual
- Declaración de propietario - Firmada y Fechada
- Comprobantes de impuestos y seguro de propiedad

#### **Gastos de Educación**

- Declaración de ayuda financiera de la escuela
- Recibos

#### **Cuidado de dependientes**

Recibo o declaración del niño o la guardería con la siguiente información:

- Nombre del niño o la guardería
- Pago mensual
- Nombres y edades de las personas bajo cuidado
- Razón por la cual se necesita el cuidado

#### **Manutención de niños por orden de corte**

- Copia de la orden de corte
- Verificación de pagos

## SOLICITUD DE ASISTENCIA PÚBLICA

Por favor enumere todos los que viven en la residencia con usted, si los considera miembros de su hogar o no. Si alguien está embarazada, anote también los niños no nacidos como miembros del hogar. Por favor anote primero al jefe de familia; usted puede elegir quién será este individuo. El nombre del caso será el de la persona elegida. Complete lo más posible de esta solicitud; puede pedir ayuda si la necesita. **Usted puede completar sólo su nombre, dirección y firma para iniciar el proceso de solicitud de Asistencia Nutricional. El resto de la solicitud puede entregarse antes de o en su entrevista. Solamente tiene que contestar las preguntas que corresponden a los programas que está solicitando.** Las páginas restantes pueden ser entregadas o enviadas por correo o fax a la oficina del distrito.

Apellido	Primer nombre	Inicial del Segundo nombre Sufrío (Jr./Sr., etc.)	Parentesco con usted	Género	Fecha de nacimiento	Edad	Estado civil **	Número de Seguro Social	Estado o país de nacimiento	Ciudadano de los EE.UU. Sí/No	*Raza/Origen étnico	Último grado escolar completado	Mcs/Año completado	ALIMENTOS	TANF	NINGUNO
			Sí mismo											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
														<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Hay más personas que viven en su residencia?  SÍ  NO Si la respuesta es "SÍ", enumérelas en una hoja por separado.

Raza - Por favor marque la casilla que mejor describe su hogar-  Hispano/Latino o  No Hispano o Latino

**\*Origen étnico (Opcional)** - Por favor elija uno de los siguientes códigos de origen étnico para cada miembro del hogar: A-Asiático; B-Negro o Afroamericano; I-Indio Americano o Nativo de Alaska; J-Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco; L-Asiático y Blanco; M-Negro o Afroamericano y Blanco; N-Indio Americano o Nativo de Alaska y Negro o Afroamericano; U-Nativo de Hawái u Otro isleño del Pacífico; W- Blanco; Z-2 o más combinaciones de la lista anterior.

**\*\*Estado civil** - Por favor elija uno de los siguientes códigos de estado civil para cada miembro del hogar: D-Divorciado; L-Legalmente separado; M-Casado; N-Nunca casado; P-Separado; W-Viudo

Dirección de su domicilio (Proporcione instrucciones si no tiene una dirección.)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección en donde recibe correo (Si es distinta a la dirección de su domicilio.)	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del hogar	Teléfono Celular/Mensajes/Durante el día	Dirección de correo electrónico	

**Si usted está solicitando Asistencia Nutricional, por favor conteste las preguntas 1 a 6 acerca de su hogar. Un hogar de Asistencia Nutricional incluye a todas las personas que viven con usted y que comparten los alimentos. Basado en sus respuestas a continuación, podría ser elegible para servicio acelerado.**

1. ¿Por lo general, compra y prepara los alimentos y come con las demás personas que viven con usted?  SÍ  NO  
Si "NO", anote quién compra su comida por separado \_\_\_\_\_

2. Anote la cantidad bruta total de dinero que su hogar recibió o espera recibir este mes. \$ \_\_\_\_\_

3. ¿Cuánto tienen todas las personas en dinero en efectivo, cuentas de cheques y cuentas de ahorros? \$ \_\_\_\_\_

4. ¿Cuánto es su costo mensual actual de vivienda (alquiler/hipoteca) y servicios públicos? \$ \_\_\_\_\_

5. ¿Es usted o alguna persona en su hogar un trabajador agrícola migrante o estacional?  SÍ  NO

6. ¿Recibió usted o alguna persona en su hogar TANF, Asistencia Nutricional o Productos Básicos al Indígena en Nevada o cualquier otro estado?  SÍ  NO

Si la respuesta es SÍ, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles beneficios? \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_ Último mes y año en que recibió beneficios \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Yo certifico que bajo pena de perjurio, mis respuestas son exactas y completas a mi leal saber y entender y habilidad. Yo juro que yo he reportado honestamente la ciudadanía mía y de cualquier persona por la cual también solicito servicios.**

Su firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO DE LA OFICINA** - EXPEDITED SERVICE SCREENING: HOUSEHOLD ELIGIBLE FOR EXPEDITED SERVICE?

YES  NO Expedited service screener signature: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

ALIMENTOS & TANF	ACOMODACIONES ESPECIALES	
Para obtener SNAP (asistencia nutricional) y/o TANF (asistencia monetaria), se requiere que la mayoría de las personas vengan a la oficina para una entrevista cara a cara; necesita traer identificación consigo.		
¿Tiene usted una condición física o mental que requiere acomodaciones especiales durante su entrevista? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si la respuesta es "SÍ", ¿qué necesita? _____ (La mayoría de los servicios son gratuitos.)		
¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si "NO", ¿qué idioma habla? _____		
¿Necesita un intérprete para su entrevista? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Este servicio es gratuito.)		
ALIMENTOS & TANF	REPRESENTANTE AUTORIZADO	AREP
Usted tiene el derecho de asignar un máximo de dos personas para actuar en su nombre para solicitar beneficios o para utilizar sus beneficios para el hogar.		
7. ¿Quiere que otra persona aparte de usted, mayor de 18 años, solicite beneficios o actúe en su nombre? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ Edad _____ No. de teléfono ( ) _____		
Dirección _____		
¿Este individuo está cumpliendo actualmente con una descalificación por una Violación Intencional del Programa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿Quiere que una persona adicional solicite beneficios o actúe en su nombre? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ Edad _____		
No. de teléfono ( ) _____		
Dirección _____		
¿Este individuo está cumpliendo actualmente con una descalificación por una Violación Intencional del Programa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
8. En caso de emergencia, ¿con quién quiere que nos comuniquemos?		
No. de teléfono ( ) - Dirección _____ Parentesco _____		
durante el día		
ALIMENTOS & TANF	INFORMACIÓN ADICIONAL DEL HOGAR	
9. ¿Piensa seguir viviendo en Nevada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si "NO", explique: _____		
10. Anote la fecha más reciente en que comenzó a vivir en Nevada. _____ / _____ (MM/AAAA)		
11. ¿Es usted o alguien en su hogar miembro de una tribu de Indio Americano o Nativo de Alaska? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ ¿Cuál tribu? _____		
12. ¿Está usted o alguien en su hogar descalificado actualmente por una Violación Intencional del Programa (IPV)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ ¿En qué estado? _____		
13.		
a. ¿Ha sido usted o alguien en su hogar condenado por delito grave bajo la ley federal o estatal por posesión, uso o distribución de una substancia controlada (condena por delito grave de drogas) después del 22 de agosto de 1996? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____		
b. ¿Ha sido usted o alguien en su hogar condenado por canjear beneficios de SNAP por drogas después del 22 de septiembre de 1996? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____		
c. ¿Ha sido usted o alguien en su hogar condenado por comprar o vender beneficios de SNAP con un valor de más de \$500 después del 22 de septiembre de 1996? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____		
d. ¿Ha sido usted o alguien en su hogar condenado por recibir beneficios duplicados de SNAP fraudulentamente en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____		

e. ¿Ha sido usted o alguien en su hogar condenado por canjear beneficios de SNAP por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</span> Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____		
14. ¿Está usted o alguien en su hogar participando actualmente o ha participado en un programa de tratamiento de adicción de drogas o alcohol? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</span> Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ Fecha de ingreso _____ / _____ / _____ Fecha de terminación _____ / _____ / _____ Nombre del establecimiento: _____ Dirección del establecimiento: _____ (MM/DD/AAAA)		
15. ¿Está usted o alguien en su hogar ocultándose o huyendo de la justicia para evitar ser acusado, arrestado o encarcelado por una condena por delito grave o intento de delito grave, o por violar un requisito de libertad condicional o vigilada? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</span> Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ ¿Por qué? _____		
<b>ALIMENTOS &amp; TANF</b>	<b>EMBARAZO</b>	<b>PREG</b>
16. ¿Está usted o alguien en su hogar embarazada? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</span> Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ ¿Fecha esperada de parto? _____ / _____ / _____ (MM/DD/AAAA)		
<b>ALIMENTOS &amp; TANF</b>	<b>DISCAPACIDAD</b>	<b>DISA</b>
17. ¿Está usted o alguien en su hogar ciego, discapacitado o no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</span> Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ ¿Cuándo comenzó esta condición? _____ / _____ / _____ (MM/DD/AAAA) ¿Cuál es la discapacidad? _____		
<b>ALIMENTOS &amp; TANF</b>	<b>INFORMACIÓN DE NO CIUDADANO</b>	<b>ALIE</b>
18. ¿Es usted o alguien en su hogar un no ciudadano de los EE.UU.? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</span> Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ No. de registración del extranjero _____ / _____ / _____ (MM/DD/AAAA) ¿Cuándo entró esta persona a los Estados Unidos? Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ No. de registración del extranjero _____ / _____ / _____ (MM/DD/AAAA) ¿Cuándo entró esta persona a los Estados Unidos? _____ (MM/DD/AAAA)		
<b>ASISTENCIA ESCOLAR (TANF)</b>		<b>SCHL</b>
19. a. ¿Está yendo a la escuela usted o alguien en su hogar de 7 a 11 años o mayor de 16? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</span> Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ ¿Nombre de la escuela? _____ Si hay más personas, ¿quién(es)? _____ ¿Nombre de la escuela? _____		
<b>ASISTENCIA ESCOLAR (ALIMENTOS)</b>		<b>SCHL/EDIN</b>
b. ¿Está yendo a una escuela de mayor nivel que una escuela secundaria usted o alguien en su hogar de 18 a 49 años? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</span> Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____ ¿Nombre de la escuela? _____ ¿Horas por semana? _____ Si alguien más, ¿quién(es)? _____ ¿Nombre de la escuela? _____ ¿Horas por semana? _____		
<b>ALIMENTOS &amp; TANF</b>	<b>INGRESOS GANADOS/ANTECEDENTES DE EMPLEO</b>	<b>JINC/SELF/OINC/QUIT/STRK</b>
20. ¿Está trabajando <b>actualmente</b> usted o alguien en su hogar, incluyendo empleo por cuenta propia? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</span> Si la respuesta es "SÍ", ¿quién está empleado? _____ ¿Pago por hora? \$ _____ ¿Horas trabajadas por semana? _____ ¿Con qué frecuencia le pagan? _____ ¿Propinas pagadas por mes? \$ _____ ¿Fecha de inicio? _____ / _____		

¿Nombre del empleador? \_\_\_\_\_ ¿Teléfono del empleador? \_\_\_\_\_  
 ¿Dirección del empleador? \_\_\_\_\_  
 Si usted trabaja por cuenta propia, por favor anote cualquier gasto relacionado con el negocio.

Si la respuesta es "SÍ", indique miembros adicionales del hogar:

¿Quién está empleado? \_\_\_\_\_ ¿Pago por hora? \$ \_\_\_\_\_ ¿Horas trabajadas por semana? \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia le pagan? \_\_\_\_\_ ¿Propinas pagadas por mes? \$ \_\_\_\_\_  
 ¿Fecha de inicio? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ¿Nombre del empleador? \_\_\_\_\_ ¿Teléfono del empleador? \_\_\_\_\_  
 ¿Dirección del empleador? \_\_\_\_\_  
 Si trabaja por cuenta propia, por favor anote cualquier gasto relacionado con el negocio.

**Si están trabajando actualmente más de dos personas, por favor indíquelas en una hoja adjunta.**

21. ¿Ha tenido usted o alguien en su hogar un empleo que terminó en los últimos 60 días?  SÍ  NO  
 ¿Quién estaba empleado? \_\_\_\_\_ ¿Pago por hora? \$ \_\_\_\_\_ ¿Horas trabajadas por semana? \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia le pagaban? \_\_\_\_\_ ¿Propinas pagadas por mes? \$ \_\_\_\_\_  
 ¿Nombre del empleador? \_\_\_\_\_ ¿Fecha de inicio? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ¿Cuándo se terminó el empleo? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 (MM/DD/AAAA)

¿Dirección del empleador? \_\_\_\_\_ ¿Teléfono del empleador? ( ) - \_\_\_\_\_  
 ¿Por qué razón dejó el trabajo?  Renuncia  Despido  Permiso de ausencia  Solicitud de Compensación de Trabajadores  Otro  
 Si la respuesta es "SÍ", indique miembros adicionales del hogar:  
 ¿Quién estaba empleado? \_\_\_\_\_ ¿Pago por hora? \$ \_\_\_\_\_ ¿Horas trabajadas por semana? \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia le pagaban? \_\_\_\_\_ ¿Propinas pagadas por mes? \$ \_\_\_\_\_  
 ¿Nombre del empleador? \_\_\_\_\_ ¿Fecha de inicio? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ¿Cuándo se terminó el empleo? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ¿Dirección del empleador? \_\_\_\_\_ ¿Teléfono del empleador? ( ) - \_\_\_\_\_  
 ¿Por qué razón dejó el trabajo?  Renuncia  Despido  Permiso de ausencia  Solicitud de Compensación de Trabajadores  Otro

22. ¿Está usted o alguien en su hogar registrado actualmente con o trabajando para un servicio o agencia de empleo temporal?  SÍ  NO  
 Si la respuesta es SÍ, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuál servicio/agencia? \_\_\_\_\_  
 23. ¿Está usted o alguien en su hogar en huelga actualmente?  SÍ  NO  
 Si la respuesta es SÍ, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 24. ¿Trabaja usted o alguien en su hogar a cambio de alimentos, hospedaje o algo más?  SÍ  NO  
 Si la respuesta es SÍ, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Qué reciben por su trabajo? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto es el valor de este intercambio? \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuándo comenzó esto? \_\_\_\_\_

ALIMENTOS & TANF	INGRESOS NO GANADOS/OTROS INGRESOS	UNIN/GAGA/LSUM/RINC/RBIN/EDIN	
<p>25. Por favor marque la casilla "SÍ" para cada tipo de ingreso no ganado que recibe o ha solicitado usted o alguien en su hogar. Si no marca la casilla "SÍ" para ninguno de los ingresos no ganados abajo indicados, usted está reconociendo que ni usted ni ninguna otra persona en el hogar recibe ingresos no ganados u otro tipo de ingresos.</p>			
SÍ	FUENTE DE INGRESOS	La persona que solicitó/recibe el ingreso	Cantidad bruta mensual
<input type="checkbox"/>	Pensión alimenticia		\$
<input type="checkbox"/>	Ingresos por Huéspedes/Inquilinos		\$
<input type="checkbox"/>	Manutención de niños (voluntaria o por orden de corte)		\$
<input type="checkbox"/>	Contribuciones/Regalos		\$
<input type="checkbox"/>	Dinero para educación/Préstamos estudiantiles		\$
<input type="checkbox"/>	Cuidado temporal		\$
<input type="checkbox"/>	Asistencia General		\$
<input type="checkbox"/>	Liquidaciones de seguro		\$
<input type="checkbox"/>	Intereses/Dividendos		\$
<input type="checkbox"/>	Préstamos		\$
<input type="checkbox"/>	Asignación militar		\$
<input type="checkbox"/>	Reclamos mineros		\$
<input type="checkbox"/>	Pidiendo limosna		\$
<input type="checkbox"/>	Pensiones/Pensión de jubilación		\$
<input type="checkbox"/>	Alquiler de propiedades		\$
<input type="checkbox"/>	Retiro ferroviario		\$
<input type="checkbox"/>	Regalías		\$
<input type="checkbox"/>	Beneficios de la Seguridad Social (RSDI)		\$
<input type="checkbox"/>	Beneficios a huelguistas		\$
<input type="checkbox"/>	Vivienda subvencionada		\$
<input type="checkbox"/>	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)		\$
<input type="checkbox"/>	Arreglos de Vivienda Residencial (SLA)		\$
<input type="checkbox"/>	Asistencia de TANF		\$
<input type="checkbox"/>	Ingresos de fondos fiduciarios		\$
<input type="checkbox"/>	Seguro de desempleo		\$
<input type="checkbox"/>	Subvención de servicios públicos/Cheque de reembolso		\$
<input type="checkbox"/>	Beneficios de Veteranos		\$
<input type="checkbox"/>	Ganancias de juego		\$
<input type="checkbox"/>	Compensación de Trabajadores o Discapacidad temporal		\$
<input type="checkbox"/>	Otro: (anote por favor) _____		\$

ALIMENTOS & TANF	ADMINISTRACIÓN DE INGRESOS
------------------	----------------------------

26. Si no tiene ingresos, por favor explique ¿cómo está pagando sus cuentas y comprando artículos de uso personal para su hogar?

ALIMENTOS & TANF		RECURSOS			BANK/LIFE/PROP
27. Por favor marque la casilla "SÍ" para cada tipo de recurso que le pertenece a usted o alguien en su hogar, aunque pertenezca en conjunto con alguien fuera del hogar. Si no marca la casilla "SÍ" para ninguno de los recursos abajo indicados, usted está reconociendo que ni usted ni ninguna otra persona en el hogar tiene recursos:					
<b>CUENTAS DE BANCO</b>					
SÍ	TIPO DE CUENTA	TITULAR(ES)	NOMBRE DEL BANCO	VALOR	NO. DE CUENTA (Por favor sólo anote los últimos 4 números.)
<input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorros			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta de cheques			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta de asociaciones de crédito			\$	
<input type="checkbox"/>	Ahorros menores			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta comercial			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta de Club de Navidad			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuenta de ahorros para la educación			\$	
<input type="checkbox"/>	Fondos fiduciarios de pacientes			\$	
<input type="checkbox"/>	Cuentas individuales de dinero indígena			\$	
<b>SEGURO DE VIDA/FONDOS FIDUCIARIOS/ENTIERROS</b>					
SÍ	TIPO DE CUENTA	TITULAR(ES)	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA O DEL BANCO	VALOR NOMINAL	PÓLIZA O NO. DE CUENTA (Por favor sólo anote los últimos 4 números.)
<input type="checkbox"/>	Seguro de vida			\$ /Valor en efectivo\$	
<input type="checkbox"/>	Fondos fiduciarios disponibles			\$	
<input type="checkbox"/>	Fondos fiduciarios no disponibles			\$	
<input type="checkbox"/>	Fondos/Planes de entierro			\$ /Valor en efectivo\$	
<input type="checkbox"/>	Herencia en vida				

ALIMENTOS & TANF		RECURSOS (CONTINUACIÓN)			BANK/LIFE/PROP
<b>CUENTAS DE INVERSIÓN Y RETIRO</b>					
SÍ	TIPO DE CUENTA	TITULAR(ES)	NOMBRE DEL BANCO O DE LA COMPAÑÍA	VALOR	NO. DE CUENTA (Por favor sólo anote los últimos 4 números.)
<input type="checkbox"/>	Bonos de ahorro				
<input type="checkbox"/>	Acciones/Bonos				
<input type="checkbox"/>	Certificados de Depósito				
<input type="checkbox"/>	Cuentas de retiro individuales (IRA)				
<input type="checkbox"/>	Cuenta Keogh (401K)				
<input type="checkbox"/>	Anualidades				

BIENES PERSONALES					
SÍ	TIPO DE PROPIEDAD	TITULAR(ES)	UBICACIÓN	CONTENIDO O TIPO DE RECURSO	VALOR ACTUAL O DE MERCADO
<input type="checkbox"/>	Caja de seguridad				\$
<input type="checkbox"/>	Ganado				\$
<input type="checkbox"/>	Derechos sobre Tierra/Minerales				\$
<input type="checkbox"/>	Reclamos mineros				\$
<input type="checkbox"/>	Equipo/inventario de negocios				\$
<input type="checkbox"/>	Casas/Terreno o edificios			¿Está actualmente en venta esta propiedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$

MISCELÁNEO			
¿	TIPO DE RECURSO	DUEÑO(S)	VALOR ACTUAL
<input type="checkbox"/>	Pagarés		\$
<input type="checkbox"/>	Dinero en efectivo disponible		\$
<input type="checkbox"/>	Otro: (anote por favor)		\$

28. ¿Está designado alguno de los recursos de la pregunta 27 para costos de entierro?  SÍ  NO

Si la respuesta es "SÍ", ¿cuáles recursos?

ALIMENTOS & TANF	VEHÍCULOS	CARS
------------------	-----------	------

29. ¿Usted o alguna persona en su hogar es dueño de o está comprando un automóvil, motocicleta, remolque, camión, barco, vehículo de todo terreno o de recreación, etc.? (Por favor incluya todos los vehículos que actualmente no están funcionando.)

SÍ  NO

Si la respuesta es "SÍ", por favor complete la siguiente información.

TITULAR	TIPO DE VEHÍCULO	AÑO, MARCA Y MODELO	¿ESTÁ MATRICULADO EL VEHÍCULO?	VALOR JUSTO DE MERCADO	CANTIDAD DEBIDA
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	\$

ALIMENTOS	RECURSO TRANSFERIDO	TRAN
-----------	---------------------	------

30. ¿Ha usted o alguien en su hogar vendido, intercambiado o regalado dinero, vehículos, propiedades u otros recursos, o cerrado una cuenta bancaria en los últimos 3 meses?

SÍ  NO

Si la respuesta es SÍ, ¿quién?

¿Qué recurso fue transferido?

¿Cuándo?

(MM/AAAA)

¿Cuánto valía este recurso cuando fue transferido? \$

¿A quién fue transferido el recurso?

¿Relación con usted?

¿Por qué se transfirió el recurso?

ALIMENTOS	GASTOS DE VIVIENDA	RENT/HOME/UTIL
-----------	--------------------	----------------

31. Por favor indique cuál(es) de los siguientes costos de vivienda paga usted o alguien en su hogar.

RENTA  HIPOTECA/GASTOS RELACIONADOS  NINGUNO

32. Si está **alquilando** su residencia, ¿cuánto es la renta mensual? (Incluyendo el alquiler de espacio/lote)

\$ \_\_\_\_\_

33. ¿Cómo se llama su propietario? \_\_\_\_\_ No. de teléfono del propietario ( ) -

34. ¿Cuál es la dirección de su propietario?														
35. ¿Está subvencionada su renta por alguna agencia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO														
36. Si la respuesta es "SÍ", ¿cuál agencia? <span style="float: right;">¿Cuánto es subvencionado? \$</span>														
37. Si está <b>comprando</b> su residencia, por favor complete las secciones con los gastos actuales:														
Cantidad de la hipoteca (incluyendo la segunda) \$							¿Frecuencia de pago?							
Impuestos (si pagados por separado) \$							¿Frecuencia de pago?							
Seguro de propietario (si pagado por separado) \$							¿Frecuencia de pago?							
Gastos de asociación de propietarios (si pagados por separado) \$							¿Frecuencia de pago?							
Alquiler de lote/espacio \$							¿Frecuencia de pago?							
38. ¿Paga alguien fuera del hogar parte de sus gastos de renta o hipoteca? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO														
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? <span style="float: right;">Teléfono</span> <span style="float: right;">¿Cuánto? \$</span> <span style="float: right;">¿Frecuencia?</span>														
39. ¿Es usted o alguien en su hogar responsable por pagar gastos de servicios públicos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO														
Si la respuesta es "SÍ", ¿están incluidos los costos de calefacción o refrigeración? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO														
Si "NO", por favor indique los servicios públicos por los cuales su hogar tiene la responsabilidad de pagar:														
Electricidad		<input type="checkbox"/>	Leña		<input type="checkbox"/>	Agua		<input type="checkbox"/>	Alcantarilla		<input type="checkbox"/>	Otro		<input type="checkbox"/>
Gas Natural		<input type="checkbox"/>	Propano		<input type="checkbox"/>	Basura		<input type="checkbox"/>	Teléfono		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
40.														
a. ¿Paga alguien fuera del hogar una porción de sus gastos de servicios públicos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO														
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? <span style="float: right;">Teléfono</span> <span style="float: right;">¿Cuánto? \$</span> <span style="float: right;">¿Frecuencia?</span>														
b. ¿Recibe o espera recibir su hogar asistencia del Programa de Asistencia para servicios de Energía? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO														
<b>ALIMENTOS &amp; TANF</b>		<b>OTROS GASTOS</b>						<b>SUDE/MEDX/DCEX</b>						
41. ¿Hace usted o alguien en su hogar pagos de manutención de niños por orden de corte a alguien fuera del hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO														
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? <span style="float: right;">¿Cuánto pagan mensualmente? \$</span>														
42. ¿Paga usted o alguien en su hogar por cuidado de niños o por el cuidado de un adulto discapacitado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO														
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? <span style="float: right;">¿Para quién?</span>														
¿Cuánto pagan mensualmente? \$														
43. ¿Paga una agencia o alguien fuera del hogar una porción de sus gastos de guardería? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO														
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? <span style="float: right;">¿Cuánto pagan mensualmente? \$</span>														
44. ¿Tiene alguien mayor de 60 años o discapacitado gastos médicos por cuenta propia, incluyendo costos de Medicaid o seguro médico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO														
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? <span style="float: right;">¿Cuánto pagan mensualmente? \$</span>														
45. ¿Paga alguien fuera del hogar cualquiera de estos gastos médicos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO														
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? <span style="float: right;">¿Cuánto pagan mensualmente? \$</span>														
<b>TANF</b>		<b>LESIONES/ACCIDENTES</b>						<b>SETT</b>						
46. ¿Ha sido lesionado o tenido un accidente usted o alguien en su hogar en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO														
Si la respuesta es SÍ, ¿quién? <span style="float: right;">¿Cuándo?</span>														
47. ¿Hay una demanda pendiente debido a la lesión o accidente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO														
Si la respuesta es "SÍ", ¿cómo se llama el abogado?														
Dirección del abogado														

48. ¿Ha recibido o espera recibir usted o alguien en su hogar, un reembolso, pago o liquidación legal de un seguro?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es SÍ, ¿quién?	¿Cuándo?	¿Cuánto? \$	¿De dónde?	
TANF	<b>INFORMACIÓN DEL PADRE AUSENTE</b>			NCPM
49. ¿Marque uno de los siguientes si aplica al padre(s) del niño(s) por quien está solicitando?: <input type="checkbox"/> viviendo en otro lugar <input type="checkbox"/> discapacitado o <input type="checkbox"/> fallecido				
50. Si alguien en su hogar está embarazada, ¿vive en su hogar el padre del niño no nacido?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es "SÍ", ¿quién es el padre?				
Complete el siguiente formulario con la información del padre ausente de su(s) hijo(s) que no está viviendo con usted (incluyendo al padre del niño no nacido). Si hay más de un padre posible, complete un formulario para cada uno.				
Por favor proporcione toda la información posible.				
<b>*Por favor haga copias o pida copias adicionales de esta página para padres adicionales.</b>				

ESTADO DE NEVADA  
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL

**FORMULARIO PARA PADRES SIN CUSTODIA (NCP)**

Cuando solicita beneficios de TANF, la ley requiere que usted coopere con Servicios de Cumplimiento de la Manutención (CSE) para establecer paternidad y obtener la manutención de niños que se le debe a usted o a los niños por cuales solicita ayuda. Esto puede incluir pruebas genéticas. Si se comprueba que la persona que usted nombró no es el padre, es posible que usted tenga que pagar el costo de la prueba. También, usted es responsable de proporcionar toda la información disponible solicitada por el Programa CSE como certificados del decreto de divorcio y/u órdenes de manutención, certificados de nacimiento y fotografías del padre ausente.

El Programa CSE localiza a padres ausentes y/o sus fuentes de ingresos o recursos, establece e impone manutención monetaria, evalúa y modifica órdenes de manutención existentes y recauda y distribuye pagos monetarios.

El Programa CSE tiene discreción total para determinar los recursos legales que se utilizan para obtener la manutención y no puede garantizar el éxito. CSE puede solicitar la ayuda de otro estado, y por lo tanto, tendrá que seguir las leyes de ese estado. CSE no provee servicios acerca de custodia o visitas. CSE puede cerrar su caso cuando este caiga bajo las reglas para cerrar casos establecidas por leyes federales o estatales.

El Programa CSE representa al Estado de Nevada en proporcionar servicios y no existen los privilegios entre abogado y cliente. CSE está autorizado a endosar y cobrar pagos hechos a usted por razón de manutención y puede recaudar pagos vencidos de manutención interceptando un reembolso de impuestos del IRS u otro pago federal. Si ocurriera una intercepción de impuestos, el Programa de CSE tiene la autorización de quedarse con el reembolso por un periodo de seis (6) meses antes de distribuir los fondos. No se pagan intereses sobre los fondos retenidos. Los fondos recaudados por medio de una intercepción de impuestos son utilizados primero para pagar cualquier cantidad de manutención que esté atrasada y asignada al Estado de Nevada. El gobierno federal cobra una cantidad no reembolsable sobre cualquier impuesto o pago federal interceptado por el Programa CSE.

Podría permitirse una **causa justa** para no cooperar con el esfuerzo de conseguir manutención o establecer la paternidad. Si usted no coopera con CSE y no se ha determinado causa justa por no cooperar, su hogar será inelegible para TANF. Causa justa para no cooperar será considerada si usted lo solicita por escrito. Los siguientes son ejemplos de causa justa:

- *El niño fue concebido como resultado de una violación o incesto.*
- *Procedimientos legales están pendientes ante un juzgado para adoptar el niño.*
- *A usted le está ayudando una agencia de servicios sociales pública o privada con licencia, para decidir si quedarse con el niño o darlo en adopción (no más de tres (3) meses).*
- *Su cooperación para establecer paternidad o conseguir manutención puede resultar en daño emocional o físico a usted o su niño(s).*

Deberá proporcionar al gerente del caso una verificación, dentro de veinte (20) días después de reclamar por una causa justa. Recibirá una decisión por escrito acerca de su reclamo por causa justa. Si se establece que tiene justificación para no cooperar, CSE no tratará de establecer paternidad o coleccionar manutención de niños.

**Sí, yo quiero reclamar por causa justa.**

**No quiero reclamar por causa justa en este momento.**

---

Firma

Usted debe reportar cambios cada vez que ocurre un cambio de nombre; tiene una nueva dirección o número de teléfono de casa o del trabajo; contrata un abogado privado o agencia de colección; presenta otra acción legal de manutención de niños o de paternidad; presenta una demanda de divorcio; recibe pagos de manutención directamente del padre ausente; tiene una nueva dirección, número de teléfono, de empleo o seguro de salud para el padre ausente; un niño(s) ya no vive con usted; un hijo(s) está todavía en la escuela secundaria después de 18 años de edad; un niño(s) queda discapacitado antes de los 18 años; un hijo(s) viene a vivir con usted o usted da a luz a otro niño; un niño se casa, se adopta, se ingresa a las fuerzas armadas o se declara un adulto por orden judicial.

Usted es responsable de devolver los pagos de manutención de niños recibidos por error, incluyendo los pagos de manutención de niños de un reembolso de impuestos que sean ajustados por el IRS. Si no se compromete a un acuerdo de pago con el programa CSE, el dinero recaudado en su nombre por el programa CSE podría retenerse para el pago y el saldo restante podría reportarse a una agencia de cobros. Además, acción legal puede ser iniciada contra usted.

**DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL DE NEVADA  
FORMULARIO PARA PADRES SIN CUSTODIA (NCP)**

**Llene un formulario para cada padre que no vive con el niño(s) para quien(es) usted está solicitando ayuda. Por ejemplo, si tiene dos niños y cada uno tiene un padre/una madre diferente, usted tendrá que completar dos formularios. Si usted no es el padre/la madre del niño(s) para quien(es) solicita ayuda, tiene que completar un formulario por la madre ausente y un formulario por el padre ausente. No deje ninguna pregunta en blanco. Escriba a mano o a máquina desconocido o N/A (no aplicable) para cualquier pregunta que no aplica o si no sabe la respuesta.**

SU NOMBRE:	SU NO. DE SEGURO SOCIAL:	SU FECHA DE NACIMIENTO:	SU PARENTESCO CON EL NIÑO(S)
¿Han recibido usted o los niños asistencia pública anteriormente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Si la respuesta es "Sí", ¿dónde? (Ciudad, Estado)	

*Complete lo que conoce acerca del padre sin custodia. Si no sabe la respuesta a la pregunta, escriba desconocido o N/A.*

APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:	SUFIJO (Jr./Sr., etc.):
-----------	----------------	-----------------------------	-------------------------

DIRECCIÓN:

CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
---------	---------	----------------

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	TELÉFONO/CELULAR:
--------------------------	-------------------

FECHA DE NACIMIENTO:	CIUDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO:
----------------------	--------------------------------

SI FALLECIDO, FECHA DE FALLECIMIENTO:	SI FALLECIDO, LUGAR DE FALLECIMIENTO:
---------------------------------------	---------------------------------------

ÚLTIMA FECHA VISTO O CONTACTADO:	¿ESTÁ EL/ELLA DISCAPACITADO(A)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
----------------------------------	---

RAZA:	SEXO:	COLOR DE CABELLO:	COLOR DE OJOS:	PESO:	ESTATURA:
-------	-------	-------------------	----------------	-------	-----------

¿EN CUALQUIER MOMENTO ESTUVO LA MADRE CASADA CON ESTE PADRE SIN CUSTODIA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE MATRIMONIO:	LUGAR DEL MATRIMONIO:
---	----------------------	-----------------------

SI SE CASARON, ¿ESTÁN DIVORCIADOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	FECHA DEL DIVORCIO:	LUGAR EN QUE SE PRESENTÓ EL DIVORCIO:
--	---------------------	---------------------------------------

¿ESTABA CASADA LA MADRE CON OTRA PERSONA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿HAY OTROS PADRES POSIBLES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
---	---

¿ORDEN DE CORTE ACTUAL DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CIUDAD Y ESTADO:
---	------------------

**INFORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS PARA ESTE PADRE AUSENTE:**

Número de Seguro Social del niño	Apellido del niño	Primer nombre del niño	Inicial del segundo nombre del niño	Fecha de nacimiento del niño (MM/DD/AA)	¿Tuvo relaciones sexuales la madre con otro hombre (no mencionado arriba), durante 30 días antes o después de que el embarazo comenzó para este	Mes de comienzo de manutención
					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Todos los casos de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) deben ser referidos para Servicios de Cumplimiento de la Manutención. Esta información es correcta a mi leal saber y entender. He leído la sección "Información importante sobre la manutención de niños" que se encuentra en la solicitud de elegibilidad. Yo entiendo que si he ocultado o falsificado información intencionalmente, podría ser descalificado para recibir asistencia pública.

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en este documento es verdadera a mi leal saber y entender y que las declaraciones contenidas en este son hechas para los fines establecidos aquí, incluyendo, pero no limitado a, obtener ayuda para establecer paternidad y/o una orden de manutención de niños junto con la recaudación de manutención de niños.

Su firma:	Fecha de la firma:
-----------	--------------------

### Información importante sobre la manutención de niños

Al firmar esta solicitud y recibir beneficios de TANF usted está de acuerdo de asignar sus derechos de manutención de niños a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social del Estado de Nevada (DWSS). Esta es una condición de elegibilidad para recibir beneficios de TANF. Se requiere por ley que si usted recibe TANF, cualquier pago de manutención ordenado o estipulado por un juzgado y pagado directamente a usted sea entregado inmediatamente a DWSS o a los Servicios de Cumplimiento de la Manutención (CSE). Al firmar esta solicitud, usted autoriza a DWSS a transferir toda o parte de la manutención recaudada cada mes para repagar la cantidad de beneficios de TANF que su hogar haya recibido.

Cuando solicita beneficios de TANF, la ley requiere que usted coopere con CSE para establecer paternidad y obtener la manutención de niños que se le debe a usted o a los niños por cuales solicita ayuda. Podría permitirse una causa justa para no cooperar con el esfuerzo de conseguir manutención o establecer la paternidad. Si usted no coopera con los Servicios de Cumplimiento de la Manutención (CSE) y no se determina causa justa por no cooperar, su hogar será inelegible para TANF.

Si se cancelan sus beneficios de TANF y se recaudan pagos de manutención de niños, se efectuará un depósito directo a una tarjeta de débito de Nevada o en su cuenta bancaria por cualquier porción que se le deba. Se emitirá una tarjeta de débito de Nevada a menos que usted solicite que el depósito directo se realice a su cuenta bancaria. Para obtener más información visite nuestro sitio web [dwss.nv.gov](http://dwss.nv.gov).

Usted es responsable de devolver los pagos de manutención de niños recibidos por error, incluyendo los pagos de manutención de niños de un reembolso de impuestos que sean ajustados por el IRS. Si no se compromete a un acuerdo de pago con el programa CSE, el dinero recaudado en su nombre por el programa CSE podría retenerse para el pago y el saldo restante podría reportarse a una agencia de cobros.

DWSS puede cobrar una cuota de \$25.00 por los servicios de manutención de niños proporcionados a los clientes que nunca han recibido asistencia pública.

¿Si es inelegible para recibir beneficios de TANF, desea perseguir la manutención de niños?

Sí  No

Iniciales

### Transferencia electrónica de beneficios (EBT)

La ley federal declara que el periodo establecido para utilizar los beneficios de SNAP es de 12 meses desde la fecha de emisión. Se requiere que DWSS retire de la cuenta los beneficios de SNAP que no se hayan utilizado en un periodo de 365 días después de que se hayan emitido los beneficios y que los devuelva al gobierno Federal. Los beneficios no utilizados se congelarán a los 360 días después de su emisión. Si el cliente, o un miembro adulto del hogar del cliente, tiene una deuda por pagar de SNAP, los beneficios congelados se aplicarán para pagar dicha deuda de SNAP.

Los beneficios de TANF no utilizados se retirarán de la cuenta de EBT del cliente a los 180 días después de su emisión.

**Según ley federal, los beneficios TANF EBT no se pueden acceder de máquinas ATM o ser usados para comprar artículos en los siguientes lugares: casinos, establecimientos de juego, licorerías o establecimientos minoristas que ofrecen entretenimiento para adultos.**

**Es ilegal mal usar, vender, intentar de vender, canjear, comprar o alterar una tarjeta EBT.**

Iniciales

### Requisitos de trabajo

Si usted es aprobado para TANF y/o SNAP, usted puede ser requerido de cooperar con ciertos requisitos de trabajo. El no cumplir de ciertos requisitos de trabajo puede descalificar a usted y/u otros miembros de su hogar de participar en cualquiera de los programas.

Si usted o cualquier miembro del hogar, deja voluntariamente un empleo o reduce las horas de trabajo sin causa justificada, esto puede ser considerado no cumplir con los requisitos de empleo para SNAP. El periodo de descalificación por no cumplir con los requisitos de empleo para SNAP es de un mes y hasta cumplimiento para la primera violación, tres meses y hasta cumplimiento para la segunda violación, y seis meses y hasta cumplimiento para la tercera violación. Para TANF, la falta de cooperación con los requisitos de empleo acordados en su Plan de Responsabilidad Personal puede resultar en la pérdida de beneficios de TANF del hogar por tres meses completos.

### Revisiones e Investigaciones

Al firmar esta solicitud usted autoriza al Departamento de Salud y Servicios Humanos a hacer investigaciones acerca de usted, otros miembros de su hogar y/o de los padres legales o naturales de sus niños, que sean necesarias para determinar la elegibilidad para beneficios que usted o miembros de su hogar reciben o recibirán bajo programas administrados por DWSS, incluyendo ayuda de cuidado de niños. Información proveída a DWSS 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 intencionadamente hace una declaración falsa o engañosa, proporciona documentos que han sido alterados, u oculta o retiene información que es necesaria para que la agencia pueda hacer una determinación precisa de los beneficios para los cuales usted es elegible, sus beneficios pueden ser negados, reducidos o terminados. Si usted recibe beneficios a los que usted no tiene derecho, usted debe reembolsar a la agencia por todo el dinero, servicios y beneficios (incluyendo ayuda de cuidado de niños) para los cuales 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.

**A los individuos que sean encontrados culpables de una violación intencional del programa de TANF y/o SNAP se les prohibirá la participación en el programa por doce (12) meses por la primera violación, veinticuatro (24) meses por la segunda violación y PERMANENTEMENTE por la tercera violación. El uso ilegal de SNAP se castiga con una multa hasta de \$250,000, encarcelamiento hasta por 20 años o ambos.**

**Si usted ha sido encontrado culpable por una corte de justicia de usar o recibir beneficios de SNAP en una transacción relacionada con la venta de una substancia controlada, no será elegible para beneficios por dos años por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.**

**Si usted ha sido encontrado culpable por una corte de justicia de haber usado o recibido beneficios de SNAP en una transacción relacionada con la venta de armas, municiones o explosivos, será inelegible permanentemente de participar en el Programa con la primera violación.**

**Si usted ha sido encontrado culpable por una corte de justicia de haber traficado beneficios de SNAP por una cantidad total de \$500 o más, será inelegible permanentemente de participar en el Programa con la primera violación.**

**Si usted es encontrado de haber hecho una declaración o representación fraudulenta de identidad o residencia con el fin de recibir múltiples beneficios simultáneos de SNAP, será inelegible de participar en el Programa por un periodo de diez años.**

Iniciales \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_

### Sus derechos

Cualquier persona cuya solicitud para recibir asistencia haya sido negada, no se haya tomado una decisión en un plazo razonable o cuyos beneficios hayan sido reducidos o cancelados, puede pedir una conferencia o una audiencia. Puede solicitar una conferencia o audiencia por escrito a la oficina local del distrito o a la oficina administrativa. Para SNAP, puede solicitar una audiencia llamando a la oficina local del distrito. También puede pedir una audiencia firmando y enviando de vuelta la Notificación de Decisión que haya recibido. Usted debe solicitar una audiencia para TANF o SNAP dentro de los 90 días desde la fecha de esta notificación.

Se le notificará por escrito acerca de la fecha, hora y ubicación de la audiencia diez (10) días antes de la fecha de su audiencia. Usted podrá ser representado durante la conferencia/audiencia por cualquiera a quien le haya dado autorización por escrito. Deberá entregar esta autorización a DWSS antes de la conferencia/audiencia. Puede solicitar información acerca de los varios servicios legales gratuitos que se encuentran disponibles en su comunidad; por favor comuníquese con nosotros para esta información. Si no está satisfecho con la decisión de la audiencia, puede apelar su caso con la Corte Local del Distrito del Estado de Nevada.

### Información importante

Si usted solicita TANF y SNAP con esta solicitud y sus beneficios de TANF son aprobados, los ajustes a sus beneficios de SNAP se harán al mismo tiempo. Con esta solicitud, usted está renunciando a su derecho a 13 días de anticipación de cualquier cambio en sus beneficios de SNAP derivados de la aprobación de TANF. Si su beneficio de TANF es menos de \$10.00 dólares, usted no recibirá ningún pago en efectivo.

DWSS puede enviarle por correo información que tal vez requiera que responda para cierta fecha. Si se encuentra fuera de casa, usted sigue siendo responsable de responder para la fecha requerida. Tome en consideración la posibilidad de hacer arreglos para su correo mientras no está en casa.

### Sus responsabilidades

#### Si está solicitando beneficios de TANF:

Debe reportar cambios de su dirección postal inmediatamente. Cambios adicionales deben ser reportados inmediatamente después de que haya presentado su solicitud y antes de que se aprueben sus beneficios. Una vez aprobados sus beneficios, debe reportar los siguientes cambios a más tardar al quinto (5) día del siguiente mes. Debe reportar cambios como su dirección física, gastos de vivienda, su porción del pago de vivienda subvencionada, estado civil, estado laboral, cualquier dinero que reciba o ingresos de cualquier fuente, bienes/recursos, dirección de padres ausentes, cantidad de personas que viven en el hogar, el nacimiento de un niño, asistencia a la escuela, la ausencia de algún miembro de su hogar aunque sea temporal (si es más de 30 días), y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios de su hogar.

Iniciales \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_

### Sus responsabilidades

#### Si está solicitando beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP):

Se requiere que reporte todos los cambios en su hogar a partir de la fecha en que presenta su solicitud hasta el día de su entrevista. Una vez aprobados los beneficios de SNAP, debe reportar los cambios requeridos dentro de 10 días desde la fecha en que ocurrió el cambio, basándose en los requisitos específicos para el reporte de cambios de su hogar. Recibirá una notificación informándole de sus requisitos específicos.

Si a su hogar se le clasifica como un **Hogar de Reporte de Cambios de Condición** se requerirá que reporte cambios de su dirección física, gastos de vivienda, su porción del pago de vivienda subvencionada, estado civil, estado laboral, cualquier dinero que reciba o ingresos de cualquier fuente, bienes/recursos, cantidad de personas que viven en el hogar, el nacimiento de un niño en su hogar, asistencia a la escuela, la ausencia de algún miembro de su hogar aunque sea temporal (si es más de 30 días), y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios de su hogar.

Si a su hogar se le clasifica como un **Hogar de Reporte Simplificado** solamente debe reportar cuando los ingresos de su hogar exceden el 130% del nivel federal de pobreza según el tamaño de su hogar o si se muda fuera del estado. Si los beneficios de SNAP son aprobados se le notificará el nivel de ingresos para el tamaño de su hogar.

El gerente del caso podría solicitar comprobantes adicionales sobre el cambio. Usted será requerido a presentar comprobantes para una fecha determinada para continuar siendo elegible o para evitar un sobre pago o un pago insuficiente de sus beneficios.

SNAP permite utilizar como deducción ciertos gastos del hogar como renta, hipoteca, impuestos de propiedad, seguro de propietario de vivienda, gastos por servicios públicos, cuidado de niño/dependiente y manutención de niños pagados por el hogar para determinar la cantidad de beneficios de SNAP para los cuales su hogar es elegible, siempre y cuando el gasto sea reportado y verificado. Los gastos médicos de más de \$35.00 son permitidos si hay un anciano (de 60 años o más de edad) o una persona discapacitada solicitando beneficios. **Si usted no reporta o verifica cualquiera de los gastos indicados en la solicitud, se considerará que no quiere tener una deducción por los gastos no reportados o no verificados.**

Iniciales \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_



### **Divulgación de Información**

Por la presente autorizo y consiento a la divulgación de toda la información acerca de mí o de mis miembros del hogar al Departamento de Salud y 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.

*Iniciales* \_\_\_\_\_

**Yo entiendo que si no firmo con mis iniciales en las páginas 12 a 14 donde indicado en esta solicitud, esto no libera ni a mí ni a los miembros de mi hogar de esos requisitos y obligaciones. Si soy menor de 18 años de edad y estoy solicitando asistencia de TANF, yo entiendo que debo tener la firma adicional de un adulto mayor de 18 años para completar la solicitud.**

**Yo entiendo las preguntas en esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa. Yo estoy de acuerdo en notificar a la División de Bienestar y de Apoyo Social de Nevada de cualquier cambio de circunstancias que pueda afectar mis beneficios. Yo entiendo que si fallo en reportar cambios puede resultar en un sobre pago que yo sería responsable por reembolsar o acusación por la ley. Yo certifico que bajo pena de perjurio, mis respuestas son exactas y completas a mi leal saber y entender. Yo juro que yo he reportado honestamente la ciudadanía mía y de cualquier persona por la cual también solicito servicios.**

---

<b>Firma o marca del solicitante</b>	<b>Fecha</b>	<b>Firma o Marca del Cónyuge/ Segundo padre del niño(s)/Representante adulto</b>	<b>Fecha</b>
--------------------------------------	--------------	--	--------------

---

**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.**

---

<b>Firma del testigo</b>	<b>Fecha</b>
--------------------------	--------------

*Puede entregar su solicitud completada a la oficina local de Bienestar o envíela por correo a PO Box 15400, Las Vegas, NV 89114.*



**SI USTED NO ESTA REGISTRADO A VOTAR EN DONDE USTED VIVE AHORA,  
¿DESEA REGISTRARSE A VOTAR AQUÍ HOY?**

(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 Votantes** 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.

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

---

**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, Carson City, Nevada 89710.



### Sus derechos

Cualquier persona cuya solicitud para recibir asistencia haya sido negada, no se haya tomado una decisión en un plazo razonable o cuyos beneficios hayan sido reducidos o cancelados, puede pedir una conferencia o una audiencia. Puede solicitar una conferencia o audiencia por escrito a la oficina local del distrito de DWSS o a la oficina administrativa. Para SNAP, puede solicitar una audiencia llamando a la oficina local del distrito de DWSS. También puede solicitar una audiencia para programas de asistencia como TANF o SNAP dentro de los 90 días desde la fecha de esta notificación. Se le notificará por escrito acerca de la fecha, hora y ubicación de la audiencia 10 días antes de la fecha de su audiencia. Usted podrá ser representado durante la conferencia/audiencia por cualquiera a quien le haya dado autorización por escrito, la cual deberá entregar a la oficina de DWSS antes de la conferencia/audiencia. Puede solicitar información acerca de los varios servicios legales gratuitos que se encuentran disponibles en su comunidad; por favor comuníquese con nosotros para esta información. Si no está satisfecho con la decisión de la audiencia, puede apelar su caso con la Corte Local del Distrito del Estado de Nevada.

### Sus responsabilidades

#### Si está solicitando beneficios de TANF:

Debe reportar cambios de su dirección postal inmediatamente. Cambios adicionales deben ser reportados inmediatamente después de que haya presentado su solicitud y antes de que se aprueben sus beneficios. Una vez aprobados sus beneficios, debe reportar los siguientes cambios a más tardar al quinto (5) día del siguiente mes. Debe reportar cambios como su dirección física, gastos de vivienda, su porción del pago de vivienda subvencionada, estado civil, estado laboral, cualquier dinero que reciba o ingresos de cualquier fuente, bienes/recursos, dirección de padres ausentes, cantidad de personas que viven en el hogar, el nacimiento de un niño en su hogar, asistencia a la escuela, la ausencia de algún miembro de su hogar aunque sea temporal (si es más de 30 días), y cualquier otro cambio que pueda afectar los beneficios de su hogar.

#### Si está solicitando beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP):

Se requiere que reporte todos los cambios en su hogar a partir de la fecha en que presenta su solicitud hasta el día de su entrevista. Una vez aprobados los beneficios de SNAP, debe reportar los cambios requeridos dentro de 10 días desde la fecha en que ocurrió el cambio, basándose en los requisitos específicos para el reporte de cambios de su hogar. Recibirá una notificación informándole de sus requisitos específicos.

Si a su hogar se le clasifica como un *Hogar de Reporte de Cambios de Condición* se requerirá que reporte los mismos cambios como arriba indicados para TANF.

Si a su hogar se le clasifica como un *Hogar de Reporte Simplificado* solamente debe reportar cuando los ingresos de su hogar exceden el 130% del nivel federal de pobreza según el tamaño de su hogar. Se le notificará a su hogar esta cantidad al ser aprobado.

El gerente del caso podría solicitar comprobantes adicionales sobre el cambio. Usted será requerido a presentar comprobantes para una fecha determinada para continuar siendo elegible o para evitar un sobre pago o un pago insuficiente de sus beneficios.

El Programa Suplementario de Asistencia Nutricional permite utilizar como deducción ciertos gastos del hogar como renta, hipoteca, impuestos de propiedad, seguro de propietario de vivienda, gastos por servicios públicos, cuidado de niño/dependiente y manutención de niños pagados por el hogar para determinar la cantidad de beneficios de SNAP para los cuales su hogar es elegible, siempre y cuando el gasto sea reportado y verificado. Los gastos médicos de más de \$35.00 son permitidos si hay un anciano o una persona discapacitada solicitando beneficios. **Si usted no reporta o verifica cualquiera de los gastos indicados en la solicitud, se considerará que no quiere tener una deducción por los gastos no reportados o no verificados.**

Utilizando fondos de TANF, DWSS, por intermedio de la Fundación de Salud Pública de Nevada (NPHF), ha desarrollado una clase con enfoque hacia adolescentes embarazadas y padres adolescentes que reciben asistencia de dinero de TANF. Los padres adolescentes que reciben beneficios y servicios de TANF se conocen como participantes de STARS (Respaldando a los Adolescentes para que Logren Éxito en la Vida Real). Esta clase se ha ampliado para incluir otras embarazadas y padres adolescentes que reciben otras formas de asistencia como SNAP y Bienestar Infantil. Esta clase de un día pone énfasis en conseguir empleo, el éxito en el lugar de empleo, como tomar decisiones, la administración de dinero y la salud, como métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual.

Además, Equipos de Acción Comunitaria (Community Action Teams), una entidad de la Fundación de Salud Pública de Nevada, realiza evaluaciones del embarazo en adolescentes y su prevención, e identifica métodos posibles para reducir el embarazo en adolescentes por medio de programas de abstinencia. Se promueve la participación de jóvenes, padres, empresas, iglesias, proveedores de atención de salud, cuerpos policiales, escuelas y otras organizaciones a prestar servicio en los Equipos de Acción Comunitaria. También se anima a los hombres de todas las edades para servir como ejemplos positivos, reforzando el mensaje de posponer las actividades sexuales.

Después de entregar su solicitud, puede llamar a nuestra Unidad de Respuesta de Voz (VRU) para averiguar si su caso fue aprobado, negado, terminado o sigue pendiente. El sistema VRU también puede informarle si se han emitido los beneficios y la cantidad.

**Para el Sur de Nevada, llame al (702) 486-1646; Norte de Nevada, llame al (775) 684-7200; Nevada rural, llame al (800) 992-0900, extensión 47200. Su Número de Identificación Personal (PIN) para el sistema de VRU es \_\_\_\_\_.**

**Puede comunicarse con su gerente del caso \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ entre las horas de \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_.**

Visite nuestro sitio web <http://dwss.nv.gov/>

Esta es su copia; guárdela para sus archivos.

