



JOE LOMBARDO
Governor

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

RICHARD WHITLEY, MS
Director

ROBERT THOMPSON
Administrator

☐ TANF

☐ MEDICAID

☐ SNAP



Fecha:

Nombre del Caso: _____

Número del Caso: _____

LA REDUCCIÓN, RETIRADA O TERMINACIÓN VOLUNTARIA DE BENEFICIOS

Solicito que mis beneficios/solicitud para el siguiente programa sea(n) efectivo _____

(mes/ día/año)

_____ (terminado, retirado, reducido)

☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

☐ Cobertura Médica Familiar (FMC)

☐ Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP)

☐ Asistencia Médica para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (MAABD)

Explique la razón:

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

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

Firma del cliente

Nombre con letra de molde

Fecha

Número de teléfono

Firma del Gerente del Caso

Nombre con letra de molde

Fecha

Número de teléfono

