



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: _____

AUTORIZACIÓN: Yo autorizo la divulgación de la información solicitada a la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social.

Firma del cliente

Fecha

ALQUILER/COMPOSICIÓN DEL HOGAR

La siguiente información es necesaria para completar su caso y debemos recibirla **EN** nuestra oficina a más tardar el undefined.

EL NO PROPORCIONAR ESTA INFORMACIÓN PUEDE RESULTAR EN INELEGIBILIDAD PARA TANF Y SNAP.

DEBE COMPLETARSE POR: ☐ Sólo el propietario o administrador ☐ Un amigo o vecino

EN NINGÚN CASO DEBE COMPLETARSE ESTE FORMULARIO POR ALGUIEN QUE VIVE EN EL HOGAR O POR UN PARIENTE.

Por favor proporcione la información a continuación y devuelva este formulario a la dirección arriba indicada. Su cooperación asegura la integridad del programa y mantiene la rendición de cuentas en la administración de los fondos públicos en Nevada. La información proporcionada se utiliza sólo en conjunto con las funciones oficiales de esta agencia y es confidencial. Se agradecería una respuesta inmediata.

Si nuestra información de identificación (nombre y dirección) es diferente a la suya, por favor indique el cambio.

REF: _____
(Nombre) (Dirección residencial/número y calle)

1. Anote el nombre completo de TODAS las personas (INCLUYENDO la arriba nombrada) que viven en la dirección arriba indicada:

2. ¿Cuándo comenzó _____ a vivir en esta dirección?
(mes/día/año) _____

3. Si ya no vive en esa dirección, fecha en que se mudó
(mes/día/año) _____

Nueva dirección _____
Calle Ciudad Estado Código postal



4. ¿PROPORCIONA UNA VIVIENDA O PAGA UNA PORCIÓN DEL ALQUILER DEL CLIENTE ARRIBA NOMBRADO UNA ENTIDAD GUBERNAMENTAL?

☐ SÍ ☐ NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ,
¿QUIÉN? _____

Redeterminación/Fecha de revisión
(mes/día/año) _____

¿Bajo qué programa? ☐ Programa de vivienda pública convencional de HUD ☐ Sección 8

Vivienda para indígenas de HUD: ☐ Ayuda mutua O ☐ Ayuda con alquiler ☐ Ayuda con alquiler de FmHA ☐ Otro

5. Alquiler mensual total o valor de mercado estimado del alquiler \$ _____ , _____ paga \$ _____
(Nombre del cliente)

Cantidad del pago de reembolso de servicios públicos \$ _____ Fecha de inicio del pago
(mes/día/año) _____

6. ¿Está al corriente el pago de alquiler? Fecha del pago (mes/día/año) _____ Alquiler del primer mes \$ _____
☐ SÍ ☐ NO

7. ¿Cómo se paga el alquiler (en efectivo, cheque personal, giro bancario/postal, cheque de sueldo, etc.)? _____

8. Anote todas las partes interesadas responsables por el contrato de arrendamiento. _____

9. ¿Paga alguien fuera del hogar alguna porción del alquiler? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es SÍ, especifique ¿quién? _____ Cantidad \$ _____

10. ¿El alquiler incluye calefacción y refrigeración? ☐ SÍ ☐ NO Cantidad \$ _____

¿Hay cargos por alquiler de electrodomésticos/muebles? ☐ SÍ ☐ NO Cantidad \$ _____

11. ¿Trabaja alguien en el hogar a cambio de alquiler? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es SÍ, ¿quién? _____

Fecha de inicio _____ Cantidad \$ _____



12. Por favor verifique la cantidad de la subvención de servicios públicos

que recibe el cliente
mensualmente \$ _____

Fecha de inicio del pago
(mes/día/año) _____

¿Se le paga al cliente? ☐ SÍ ☐ NO

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

Dirección _____

Nombre de la agencia _____

Complejo de apartamentos _____

