



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: _____

CUESTIONARIO DE VIVIENDA, INGRESOS Y RECURSOS DEL CÓNYUGE

Debido al mandato de las disposiciones de empobrecimiento conyugal de la Ley de Cobertura para Catástrofes de Medicare, una porción de sus ingresos y recursos en comunidad deben estar disponibles para el beneficio de su cónyuge. Por favor complete la siguiente información acerca de su cónyuge y proporcione comprobantes de ingresos, recursos y gastos de vivienda a más tardar el undefined EL NO PROPORCIONAR ESTA INFORMACIÓN PUEDE RESULTAR EN INELEGIBILIDAD PARA MEDICAID.

Nombre del cónyuge: _____ Número del Seguro Social: _____
Dirección: _____

Ingresos del cónyuge (mensuales)

Fuente de ingresos	Cantidad

Gastos del cónyuge (mensuales) por alquiler o hipoteca. Incluya el capital e intereses de la hipoteca, impuestos y seguro.

Tipo	Cantidad

¿Vive su cónyuge en la misma casa que un niño menor de edad o dependiente, padres dependientes o hermanos dependientes? (Reclamados como dependientes en la declaración de impuestos federales) ☐ Sí ☐ NO

En caso afirmativo, indique su(s) nombre(s) y el parentesco con usted o su cónyuge. ¿Cuáles son sus ingresos mensuales y sus fuentes?

Nombre	Parentesco	Cantidad de los ingresos	Fuente de ingresos



Marque la casilla para cada uno de los recursos que pertenecen a su cónyuge, individualmente o en conjunto con otra persona:

- a. Seguro de vida ☐ SÍ ☐ NO
- b. Fondos designados para entierro ☐ SÍ ☐ NO
- c. Certificados de Depósito (CD) ☐ SÍ ☐ NO
- d. Cuenta de retiro individual (IRA) ☐ SÍ ☐ NO
- e. Acciones o bonos ☐ SÍ ☐ NO
- f. Cuentas bancarias/de asociación de crédito ☐ SÍ ☐ NO
- g. Caja de seguridad ☐ SÍ ☐ NO
- h. Dinero en efectivo disponible ☐ SÍ ☐ NO
- i. Ganado ☐ SÍ ☐ NO
- j. Maquinaria o equipo ☐ SÍ ☐ NO
- k. Bienes raíces (ubicados en cualquier lugar) ☐ SÍ ☐ NO
- l. Vehículos (de todos tipos) ☐ SÍ ☐ NO
- m. Otro (especifique) _____

_____	_____	____/____/____	_____
Firma del cliente	Nombre con letra de molde	Fecha	Número de teléfono

