



COMMUNITY BASED CARE PROGRAM SOLICITUD

SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTA FORMA COMUNIQUESE CON NOSOTROS.

COMMUNITY BASED CARE (CBC) PROGRAMAS QUE USTED PUEDE SOLICITAR:

COPE Community Service Options Program for the Elderly

COPE proporciona servicios a las personas de la tercera edad para ayudarles a mantener su independencia en su propio hogar como alternativa a una institución médica a largo plazo. COPE incluye los servicios no médicos: asistencia para administrar su caso, servicios domésticos, guardería social para adultos, servicios de compañía para adultos, servicios de cuidados personales, sistema personal de respuesta en caso de emergencia, quehaceres domésticos, y servicios de descanso para el sistema de apoyo.

ELEGIBILIDAD - Solicitante debe tener 65 años o más y estar en riesgo de ser internado en una institución médica a largo plazo si no recibe servicios dentro de 30 días para mantenerse en su hogar y en la comunidad. Prioridad dada a las personas que cumplen los criterios basados en el Estatuto Revisado de Nevada (NRS) 426 – no poder bañarse, ir al baño y alimentarse por sí sólo sin asistencia.

PAS - Personal Assistance Services

PAS ofrece servicios basados en la comunidad y en el hogar para personas adultas con discapacidades severas para mantenerse en su hogar, evitando así su admisión en una institución médica a largo plazo. Los servicios de PAS autorizan el servicio de cuidado personal para asistir con las tareas de bañarse, vestirse, aseo personal, transferencia física, comer, limpieza, lavado de ropa, compra y preparación de alimentos. El programa de PAS utiliza una fórmula de escala para determinar si el cliente deberá compartir el costo de sus servicios.

ELEGIBILIDAD -- Solicitante debe de tener 18 años o más y tener una discapacidad física severa determinada por un médico profesional basado en el NAC 427A. Nota: los servicios de PAS son para los que no cumplan elegibilidad financiera de Medicaid o los que están esperando una decisión para el Home and Community Based Services Waiver for the Frail Elderly (HCBS FE) o Home and Community Based Services Waiver for Persons with Physical Disabilities (HCBS PD). Por el Código Administrativo de Nevada (NAC) 427A, para que una solicitud sea considerada completa, tendrá que ser entregada con una declaración escrita por un médico o un/a enfermero/a certificando las necesidades esenciales de cuidado personal. El solicitante puede entregar una declaración escrita o la forma CBC-423 completa, se requiere que las dos formas incluyan la firma y fecha de un médico profesional, tal como fue indicado anteriormente. Si la solicitud no incluye la declaración o la forma CBC -423, no será aceptada para el programa de PAS.

HCBS FE Waiver - Home and Community Based Services Waiver for the Frail Elderly

HCBS FE Waiver autoriza servicios a personas de la tercera edad para ayudarles a mantener la independencia en sus hogares y comunidades como alternativa a ser internado en una institución médica a largo plazo. Los servicios de HCBS FE Waiver incluye lo siguiente: asistencia para administrar su caso, quehaceres domésticos, guardería social para adultos, servicios de acompañante para adultos, sistema personal de respuesta en caso de emergencia, servicios de quehaceres, servicios de descanso para sistema de apoyo, asistencia personal en residencia de grupo y acceso al programa de servicios personales del estado.

ELEGIBILIDAD -- Solicitante debe tener 65 años o más y estar en riesgo de ser internado en una institución médica a largo plazo si no recibe servicios dentro de 30 días, y necesitar al menos un servicio mensual del programa. Deberá aplicar para determinar su elegibilidad financiera a través de la Division of Welfare and Supportive Services (DWSS).

HCBS PD Waiver - Home and Community Based Services Waiver for Persons with Physical Disabilities

HCBS PD Waiver autorizá servicios a personas que han sido diagnosticadas con discapacidades físicas para ayudarles a mantener la independencia en sus hogares y comunidades como alternativa a ser internado en una institución médica a largo plazo. Los servicios de HCBS PD Waiver incluye lo siguiente: asistencia para administrar su caso, cuidados personales, quehaceres domésticos, descanso para el sistema de apoyo, cuidado de asistencia en residencia, adaptaciones accesibles en el hogar, equipo y artículos médicos especializados, sistema personal de respuesta en caso de emergencia, comidas a domicilio y acceso al programa de servicios personales en el estado.

ELEGIBILIDAD -- Solicitante debe estar en riesgo de ser internado en una institución médica a largo plazo sí no recibe servicios dentro de 30 días; debe ser diagnosticado con una discapacidad física por la Division of Health Care Financing and Policy (DHCFP) Central Office Physician Consultant; y necesitar al menos un servicio mensual del programa (HCBS PD Waiver). Deberá aplicar para determinar su elegibilidad financiera a través de la Division of Welfare and Supportive Services (DWSS).

Elegibilidad Financiera

Deberá aplicar y ser determinado elegible financieramente por la oficina de ADSD para los programas de COPE y PAS, y por las oficina de DWSS para los programas de HCBS FE Waiver and HCBS PD Waiver

Por favor de visitar el sitio de internet adsd.nv.gov para más información.

Para reportar sospechas de abuso, negligencia, explotación, aislamiento, ó abandono de un adulto vulnerable de 18 años en adelante, por favor llamar a los siguientes números:

**Las Vegas/Clark County (702) 486-6930
Dentro del estado/Otras areas (888) 729-0571**

Si alguna persona mayor de edad o vulnerable esta en riesgo inmediato, debe contactar una de las siguientes oficinas: la policia local, la oficina del alguacil, o el servicio de emergencia médica. Si la persona no esta en riesgo inmediato, el reporte debe ser completado por medio de los números telefónicos asignados a cada oficina regional.

LEA ESTA PAGINA CUIDADOSAMENTE ANTES DE LLENAR LA SOLICITUD

1. Lea cuidadosamente y conteste cada pregunta. Si la respuesta es ninguna, escriba "ninguna." Si no contesta todas las preguntas en la solicitud, esto puede causar una demora en el procesamiento de su solicitud.
2. Si necesita ayuda para llenar la solicitud, favor de pedir ayuda a un amigo/a, un miembro de su familia, o trabajador/a social de la unidad de CBC.
3. Recuerde, usted esta certificando que sus respuestas son correctas, sea que usted mismo esta completando esta forma, o lo esta haciendo por otra persona que no puede hacerlo por si mismo. La unidad de CBC verificará que las respuestas en esta solicitud sean correctas. Encubrimiento de ingreso o patrimonio podría causar que su caso sea terminado o negado.
4. Si esta aplicando por otra persona, marque las cajas y llene la solicitud según las respuestas del solicitante.
5. Se requiere comprobantes de su ingreso y patrimonio para procesar su solicitud. Si los comprobantes no estan incluidos con esta solicitud, un trabajador/a social se los pedirá.

POR FAVOR DE REGRESAR LA SOLICITUD A LA OFICINA APROPIADA:

**ADSD Carson City Office
Community Based Care**
3208 Goni Road, Suite I-181
Carson City, NV 89706
(775) 687-0574 Fax
CBCNorthSupport@adsd.nv.gov
(775) 687-4210

**ADSD Elko Regional Office
Community Based Care**
1010 Ruby Vista Drive, Suite 104
Elko, NV 89801
(775) 753-8543 Fax
CBCNorthSupport@adsd.nv.gov
(775) 738-1966

**ADSD Las Vegas Regional Office
Community Based Care**
3320 W Sahara Ave, Suite 100
Las Vegas, NV 89102
(702) 486-3569 Fax
CBCSouthIntake@adsd.nv.gov
(702) 486-3545

**ADSD Reno Regional Office
Community Based Care**
9670 Gateway Drive, Suite 100
Reno, NV 89521
(775) 688-2969 Fax
CBCNorthSupport@adsd.nv.gov
(775) 687-0800

***Si tiene alguna pregunta en como llenar esta solicitud, contacte a CBC intake (trabajador/a de admisión)**

SOLICITUD DE PROGRAMAS DE COMMUNITY BASED CARE

Personal Assistance Services (PAS)
Community Service Options Program for the Elderly (COPE)
HCBS Frail Elderly (FE) Waiver
HCBS Physical Disabilities (PD) Waiver

Información Demográfica			
Nombre del solicitante (apellido(s), primer y segundo nombre):		Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Language primordial del solicitante: Inglés Español Otro:			
Domicilio físico:		Número de Medicare:	Edad: Sexo:
Ciudad, Estado, Código Postal:		Estado Civil:	Raza/Grupo étnico:
Domicilio Postal:		Ciudad, Estado, Código Postal:	
Número de teléfono:		Correo electrónico:	
Número de teléfono secundario:		Nombre de la persona llenando la solicitud:	
Persona refiriendo y relación con el solicitante:		Número de teléfono de la persona refiriendo:	
Situación de vivienda actual: Solo Viviendo con familia Casa propia Viviendo con compañero de habitación Apartamento Institución de cuidado médico Residencia de grupo/de vida asistida Otro: Nombre de la institución/Residencia de grupo/de vida asistida:			
¿Esta el solicitante actualmente en el hospital o institución de cuidado médico? Si No Si la respuesta es si, nombre y domicilio de la institución: Fecha de alta prevista (si es conocida):			
¿El solicitante tiene poder legal, tutela, o trámites de apoyo en toma de decisiones? Si No Si la respuesta es si, nombre completo y número de teléfono:			
¿Ha solicitado beneficios de Medicaid anteriormente? Si No		Número de Medicaid:	
¿Ha sido el solicitante descalificado para Medicaid? Si No		Veterano: Si No Reclamo #:	
Motivo:		Fechas de servicio militar:	
Otro seguro médico: Si No Si la respuesta es si, número de póliza de seguro			

Personas residiendo con el solicitante (Número de Seguro Social y Estado Civil sólo del solicitante y esposo/a)					
Nombre:	# de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo:	Estado Civil:	Relación con el solicitante

MIEMBROS DEL HOGAR:

El (la) solicitante, su esposo (a), y niños menores de 18 años viviendo en el hogar más de 50% del tiempo.

INGRESOS- Incluya al solicitante y todas las personas viviendo en el hogar

Tipo de ingreso	Fuente de ingresos:	¿Quién lo recibe?	Cantidad bruta	Frecuencia:
Seguro Social (RSDI)			\$	
Seguro Social (RSDI)			\$	
Seguro Social Suplemental (SSI)			\$	
Seguro Social Suplemental (SSI)			\$	
Beneficios de veteranos			\$	
Ingresos de trabajo			\$	
Pension/Retiros			\$	
Cuenta de Retiro Individual IRA/401K			\$	
Otro:			\$	
Otro:			\$	
Otro:			\$	

¿El solicitante a aplicado para algún ingreso/beneficio, pero esta pendiente? Si No

Fecha en qué aplico: _____

¿Si la respuesta es si, ¿Quién estará recibiendo el beneficio y cuál es la fuente de ingresos?

Recursos - Anote todos los propietarios			
Tipo de Recursos:	Propietario (s):	Fuente de recursos/Compañía:	Valor:
Cuenta de Ahorros			\$
Cuenta de Ahorros			\$
Cuenta de Cheques			\$
Cuenta de Cheques			\$
Fondos en Custodia Accesible			\$
Bonos de Ahorro			\$
Caja Fuerte			\$
Cuenta de Retiro Individual IRA			\$
Cuenta Keogh (401K)			\$
Fondos/Plan para Entierro			\$
Póliza de Seguro de Vida			\$
Dinero en efectivo			\$
Vehículo			\$
Vehículo			\$
Vehículo			\$
Otro			\$
Otro			\$

¿El solicitante ha vendido o transferido sus bienes en los últimos 60 meses de la fecha de esta solicitud en un intento de calificar para los servicios del programa? Si No

Si la respuesta es si, ¿Dónde se vendieron o transfirieron los bienes?

¿En qué fecha?

Gastos Médicos - Solamente Personal Assistance Services
Incluya los gastos pagados únicamente por el solicitante

Gastos Médicos:	Compañía de origen	Cantidad pagada:	Frecuencia de Pagos:
Recetas médicas		\$	
Seguro Médico/ Costos		\$	
Otros		\$	
Otros		\$	
Otros		\$	

Información de Salud/Social

Diagnóstico (s):	Nombre del médico/número telefónico
¿Tiene el solicitante dificultades para tomar decisiones?: Si No Desconocido _____	
¿Tiene el solicitante dificultades de memoria a corto plazo?: Si No Desconocido _____	
Otros cuidados necesarios:	
Servicios actuales que el solicitante esta recibiendo (Hospicio, Servicios médicos en el hogar, etc):	
¿Necesita el solicitante ayuda con cualquiera de los siguientes? (marcar lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Movilidad física <input type="checkbox"/> Aseo personal <input type="checkbox"/> Transferencia física <input type="checkbox"/> Ir al baño	¿Utiliza el solicitante alguno de los siguientes equipos? (marcar todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Bastón Silla de ruedas Caminador Otro equipo: _____

Servicios Necesarios

¿Necesita el solicitante alguno de los siguientes servicios? (marcar todo lo que corresponda)
<input type="checkbox"/> Colocación en residencia de grupo/residencia asistida <input type="checkbox"/> Quehaceres domésticos <input type="checkbox"/> Sistema personal de respuesta en caso de emergencia <input type="checkbox"/> Servicio de descanso para el sistema de apoyo <input type="checkbox"/> Guardería social para adultos/Servicios de acompañante para adultos <input type="checkbox"/> Adaptaciones accesibles para el hogar <input type="checkbox"/> Equipo y artículos médicos especializados <input type="checkbox"/> Comidas a domicilio

Afirmación y Firmas

Por la presente solicito servicios a través de Aging and Disability Services Division (ADSD). Certificó que toda la información es verdadera y correcta, según lo mejor de mi conocimiento, y que no se ha omitido ningún hecho. Yo completo esta solicitud con el entendimiento de que:

- Autorizo y doy consentimiento a la divulgación de cualquier y toda información concerniente a mi persona y a mi familia por el poseedor de tales datos, a ADSD, sin distinción de la forma o manera en que se guardan (incluyendo sin ningún límite, información designada confidencial por ley u otro motivo). Yo liberó al poseedor de tal información de cualquier responsabilidad legal derivada de la divulgación de la información requerida.
- Reportaré cualquier cambio de circunstancias dentro de un plazo de 10 días, incluyendo cambio de mis ingresos, bienes, situación de vivienda y habilidades de la vida diaria.
- Reportaré cualquier bien o ingreso adicional que reciba dentro de un plazo de 30 días de haberlo recibido.
- Autorizo que ADSD se comunique con mi empleador para obtener información sobre mi salario.
- Proporcionaré cualquier información adicional que pueda ser requerida para determinar la elegibilidad.
- Notificaré a ADSD cuando ya no necesite servicios.
- Comprendo que si soy elegible para Medicaid, debo tramitar mi elegibilidad a través de dicho programa y dependiendo de los resultados, mis servicios y elegibilidad a través de los programas estatales de ADSD (PAS y COPE) pueden ser afectados.

Al firmar esta solicitud, usted autoriza al departamento de Health and Human Services a realizar las investigaciones necesarias para determinar la elegibilidad en relación a los beneficios que usted recibe o recibirá bajo el programa FE/PD/COPE/PAS. Usted comprende que la información compilada durante el proceso de evaluación puede ser compartida con las agencias estatales afiliadas a ADSD y los proveedores contratados de servicios para garantizar que el cuidado autorizado y recibido sea adecuado. La información proporcionada a ADSD puede ser verificada o investigada por funcionarios estatales, incluyendo personal de control de calidad. Si usted no coopera con la investigación, sus beneficios pueden ser negados o terminados. Si usted hace cualquier declaración falsa o engañosa, falsifica, retiene o esconde hechos necesarios para que ADSD elabore una determinación acertada de sus beneficios, o si usted altera cualquier documento, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. Usted puede ser considerado responsable por el reembolso de todas las cantidades monetarias, servicios y beneficios a los cuales usted no tenía derecho de recibir. Además, usted puede ser descalificado de recibir beneficios en el futuro y ser procesado criminalmente. Usted comprende que la ley estipula penalidades para personas que no dicen la verdad u ocultan información.

Esta autorización constituye una liberación plena y completa de cualquier responsabilidad por divulgar tal información. Una copia reproducida de esta autorización constituye legalmente una copia original.

ADSD provee servicios sin ningún tipo de discriminación debido a raza, origen nacional, color, género, edad o incapacidad (incluyendo el SIDA y condiciones relacionadas), tal como exigen las regulaciones federales.

Firma o marca del solicitante

Fecha

Nombre y firma del representante autorizado

Fecha

Relación del representante autorizado con el solicitante (Apoderado legal, Tutor legal etc.)

Por favor proporcione copia de tutor legal, poder legal, etc.

Trabajador(a) Social ADSD

Fecha

SI USTED NO ESTA INSCRITO PARA VOTAR DONDE VIVE AHORA.

¿ Desea inscribirse hoy aquí para votar?

(Por favor marque su opción abajo)

SI

NO

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

EL ACTA NACIONAL DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTES le ofrece a usted la oportunidad de inscribirse para votar en este local. Si usted desea que lo ayuden a llenar esta solicitud de inscripción para votar, nosotros le ayudaremos. Usted puede llenar el formulario de solicitud.

AVISO IMPORTANTE: Su solicitud para inscribirse como votante o negarse a realizar tal inscripción **NO AFECTARA** la cantidad de asistencia proporcionada por esta agencia.

Firma

Fecha

CONFIDENCIALIDAD: Su decision permanecerá confidencial, aunque decida inscribirse o no inscribirse para votar.

SI CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a inscribirse para votar o su decision de no hacerlo o en su derecho de escoger su propio partido político u otra preferencia política, usted puede entablar una queja con The Office of the Secretary of the State, Capitol Complex, Carson City, Nevada 89710.



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

AGING AND DISABILITY SERVICES DIVISION
Helping people. It's who we are and what we do.



Aging and Disability Services Division Sexual Orientation and Gender Identity and Expression (SOGI) Addendum

Spanish

Esta información se utiliza para cumplir con los requisitos establecidos por el Proyecto de Ley del Senado 109. Solo el Departamento de Salud y Servicios Humanos tendrá acceso a esta información. Sus respuestas se mantendrán privadas y seguras (si el formulario es anónimo, indíquelo). La información no será utilizada con fines discriminatorios. Proporcionar esta información es voluntario.

1. ¿Qué sexo se le asignó al nacer, como en su certificado de nacimiento original? (Marque una respuesta)
 - a. Masculino
 - b. Femenino
 - c. Intersexual
 - d. Prefiero no revelar

2. ¿Cómo se describe a sí mismo? (Marque una respuesta)
 - a. Masculino
 - b. Femenino
 - c. Hombre transgénero/Hombre trans
 - d. Mujer transgénero/Mujer trans
 - e. Género queer/género no conforme
 - f. Identidad Diferente; Por favor especifique: _____
 - g. Prefiero no revelar

3. ¿Cuál de los siguientes representa mejor su identidad de orientación sexual? (Marque una respuesta)
 - a. Heterosexual
 - b. Homosexual
 - c. Lesbiana
 - d. Bisexual
 - e. No listado: Por favor especifique _____
 - f. Prefiero no revelar



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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si usted marcó "No" a la pregunta anterior, no llene esta solicitud.</i> ¿Tendrá usted por lo menos 18 años de edad para o antes del día de la elección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si usted marcó "No" a la pregunta anterior, pero tiene por lo menos 17 años de edad, usted desea preinscribirse para votar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si usted marcó "No" a las dos preguntas anteriores, no llene esta solicitud.</i>				
2.	Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sufijo	
3.	Dirección Residencial de Nevada – Vea las Instrucciones al Reverso (No Apartado Postal/Dirección de Negocio) Apto. # Ciudad			Estad	Código Postal
4.	Dirección de Correo – Si es Diferente de la Anterior (Apartado Postal o Servicio de Buzón Aceptable) Apto. # Ciudad			Estad	Código Postal
5.	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	6.	Lugar de Nacimiento (Estado o País)	7.	Número de Teléfono (Opcional)
8.	<input type="checkbox"/> Yo tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación y el número es: _____ <input type="checkbox"/> No tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación. Los últimos 4 dígitos de mi Número de Seguro Social son: XXX – XX – _____ <input type="checkbox"/> No tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación, y no tengo un Número de Seguro Social. Si selecciona esta opción, usted será contactado por su Departamento de Elecciones del Condado para obtener más información una vez que reciban su solicitud. <i>Aviso: Los números de identificación que indicó arriba es información confidencial y no estarán disponibles para inspección pública.</i>				
9.	Si es aplicable, marque una de las siguientes casillas: <input type="checkbox"/> Militar Domestico (o cónyuge o dependiente de un militar) – Sólo seleccione si usted está en el servicio activo y estará ausente de su lugar de registro. <input type="checkbox"/> Militar en el Extranjero (o cónyuge o dependiente de un militar) <input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. en el Extranjero				
10.	Correo Electrónico (Opcional) – Correo Electrónico es Información Confidencial	11.	<input type="checkbox"/> MARQUE ESTA CASILLA PARA RECIBIR UNA BOLETA DE MUESTRA EN LETRA GRANDE		
12.	Inscripción de Partido – Marque Sólo Una Casilla <input type="checkbox"/> Partido Demócrata <i>(Democratic Party)</i> <input type="checkbox"/> Partido Independiente Americano <i>(Independent American Party)</i> <input type="checkbox"/> Partido Libertario de Nevada <i>(Libertarian Party of Nevada)</i> <input type="checkbox"/> No Partidista (no afiliación a un partido) <i>(Nonpartisan - No Political Party)</i> <input type="checkbox"/> Partido Republicano <i>(Republican Party)</i> <input type="checkbox"/> Otro Partido – Escriba Abajo _____	13.	Yo juro o afirmo que soy ciudadano de los EE.UU. Tendré por lo menos 18 años de edad para la fecha de la próxima elección, o si indiqué en la Casilla 1 arriba que me estoy preinscribiendo para votar, tengo por lo menos 17 años de edad. He vivido continuamente en Nevada por lo menos 30 días en mi condado y por lo menos 10 días en mi distrito electoral antes de la próxima elección en la cual tengo la intención de votar. La dirección residencial aquí adentro anotada es mi único lugar de residencia legal y no reclamo ningún otro lugar como mi residencia legal. Si estoy preinscrito para votar, yo entiendo y confirmo que estaré considerado registrado para votar desde la fecha cuando cumpla 18 años a menos que mi preinscripción sea cancelada por cualquier medio o por cualquiera de las razones que se cancela el registro de votante de acuerdo al Capítulo 293 de los Estatutos Revisados de Nevada (Nevada Revised Statutes). Yo no estoy actualmente cumpliendo una pena de prisión por un delito mayor. Yo declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta. <div style="text-align:center;"> <p>↓ FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA) ↓</p> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div> <p>_____</p> <p style="text-align:right;">(MM/ DD / AAAA)</p> </div>		
14.	Su nombre y dirección residencial de su última inscripción como votante (Opcional) – (Nombre Usado, Dirección, Estado, etc.)				
15.	¡Importante! Si está asistiendo a una persona a inscribirse como votante y no ha sido designado como funcionario encargado de inscripciones ("Field Registrar") por el Secretario del Condado/Registrador de Votantes o no es un empleado de una agencia para inscribir votantes, usted DEBE llenar esta casilla. Su firma es requerida. Falta de no hacerlo constituye un delito mayor.				
	Nombre Completo	Dirección de Correo	Ciudad/Estado/Código Postal	Firma	

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

DATE STAMP	<input type="checkbox"/> AGENCY <input type="checkbox"/> FIELD REGISTRAR <input type="checkbox"/> MAIL <input type="checkbox"/> IN PERSON <input type="checkbox"/> OTHER	CANCELLED INACTIVE PRECINCT	APPLICATION NO. RECEIVED BY:
✂ Separe Aquí ✂	✂ Separe Aquí ✂		✂ Separe Aquí ✂

NOMBRE DE LA PERSONA RETENIENDO ESTA SOLICITUD	OFICIAL ELECTORAL O DE AGENCIA (Contact Information, Address, Telephone, Fax)	RECIBO DE VOTANTE (Favor de Guardar su Recibo) 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. NUM. DE SOLICITUD
---	---	--

INSTRUCCIONES

Casilla 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.

Casilla 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. *EL NO HACERLO CONSTITUYE 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 ELECTORAL	CONDADO	DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO ELECTORAL
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) 237-5262	10 South Main Street, Eureka, NV 89316 P.O. Box 694, 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	801 Clark Street, Suite 4, Ely, NV 89301
Lander Clerk (775) 635-5738	50 State Route 305, Battle Mountain, NV 89820		



FIRST CLASS
STAMP
NECESSARY
FOR MAILING
