

Joe Lombardo
Gobernador

Richard Whitley, MS
Director



DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

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



Rique Robb
Administradora

OFFICE OF COMMUNITY LIVING (OCL) INTAKE SOLICITUD PARA HOME AND COMMUNITY BASED SERVICES

Home and Community Based Services Waiver for Persons with Physical Disabilities (HCBS-PD)
Home and Community Based Services Waiver for the Frail Elderly (HCBS-FE)
Community Service Options Program for the Elderly (COPE)
Personal Assistance Services (PAS)

INFORMACION DE CONTACTO DE LAS OFICINAS DE AGING AND DISABILITY SERVICES DIVISION (ADSD):

Oficina de CARSON CITY 1550 E College Parkway Carson City, NV 89706 Tel: (775) 687-4210 Fax: (702) 792-0143	Oficina de ELKO 1010 Ruby Vista Drive, Suite 104 Elko, NV 89801 Tel: (775) 687-0800 Fax: (702) 792-0143	Oficina de LAS VEGAS 7150 Pollock Drive Las Vegas, NV 89119 Tel: (702) 486-3545 Fax: (702) 792-0143	Oficina de RENO 10375 Professional Circle Reno, NV 89521 Tel: (775) 687-0800 Fax: (702) 792-0143
---	---	---	--

CORREO ELECTRÓNICO ESTATAL PARA LA ADMISIÓN DE OCL: CBCSouthIntake@adsd.nv.gov

Recomendamos que todos los correos electrónicos se envíen encriptados para proteger la información de salud e identificación personal del solicitante. Si lo solicita, con gusto le enviaremos un mensaje encriptado en el cual deberá seguir las instrucciones de la página de internet para abrir el correo electrónico y responder.

Para denunciar sospechas de abuso, negligencia, explotación, aislamiento o abandono de adultos vulnerables, mayores de 18 años, llame al: Condado de Clark (702) 486-6930, En todo el Estado y otras zonas (888) 729-0571. Si un adulto vulnerable se encuentra en peligro inmediato, deberá contactar la policía local, la oficina del sheriff o el servicio de urgencias médicas. Si la persona no está en peligro inmediato, la denuncia deberá hacerse por medio de uno de los números de teléfono designados.

*** Si necesita ayuda para completar esta solicitud, pídasela a un familiar, amigo o contacte la oficina local de ADSD.**

LEA ATENTAMENTE ANTES DE ENVIAR ESTA SOLICITUD

- Entiendo que si no respondo a TODAS las preguntas de esta solicitud se puede retrasar el tiempo de tramitación. El ocultamiento intencional de información relativa a ingresos o bienes y las declaraciones falsas pueden resultar en la negación o terminación de la elegibilidad para el programa. Usted esta certificando que sus respuestas son correctas, sea que usted mismo está completando esta solicitud, o lo esta haciendo por otra persona que no puede hacerlo por si mismo.
- Entiendo que al presentar una solicitud para los programas, ADSD determinaría mi elegibilidad financiera para COPE y PAS, Y Division of Welfare and Supportive Services (DWSS) determinaría mi elegibilidad financiera para las exenciones de HCBS FE y HCBS PD.
- Entiendo que, para procesar la solicitud se necesitarán verificaciones de ingresos y recursos económicos. Estoy preparado para obtener estos documentos para cuando se los soliciten.
- Entiendo que si tengo una Managed Care Organization (MCO), debería contactarlos para entender cómo mis servicios de MCO pueden ser afectados al solicitar los servicios completos de Medicaid.
- SOLICITANTES MENORES DE 65 AÑOS: Entiendo que es mi responsabilidad presentar los Registros Médicos dentro de los 30 días a partir de la fecha en que se presentó la solicitud de OCL y que los registros médicos deben incluir suficiente información que compruebe mi discapacidad física y el diagnóstico, notas de las visitas al consultorio médico, la historia clínica, el examen y resumen físico, el resumen de alta, tratamiento y pronóstico.
- Entiendo que, si no cumplo con la elegibilidad financiera para el programa de exención de HCBS PD y decido solicitar el programa PAS, se me requerirá el formulario CBC-423 completo, firmado y fechado por un profesional médico confirmando la discapacidad física.

INFORMACIÓN SOBRE LA SOLICITUD											
Nombre del solicitante (Apellidos, Nombre, Segundo Nombre):		Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento: Edad:								
Sexo:	Idioma preferido:	Origen étnico/raza:	Número de Medicaid: Veterano o cónyuge de veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Estado Civil (Elija uno): <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nunca casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado		Situación de vida actual: <input type="checkbox"/> Vive con Familia/Otros <input type="checkbox"/> Un hogar de grupo/vivienda asistida <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Sin alojamiento <input type="checkbox"/> Otro: _____									
Domicilio:		Domicilio postal (si es diferente del domicilio físico):									
Número de teléfono principal:		Correo electrónico:									
Número de teléfono secundario:		La mejor hora para contactarme es:									
Nombre y parentesco de quien lo refiere:		Número de teléfono/correo electrónico de quien lo refiere:									
ADSD sólo proporcionará información al solicitante o a su representante autorizado verificado. Por favor complete lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Elijo asignar a alguien como mi representante autorizado para hablar en mi nombre. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Para verificar esta elección, entiendo que debo completar y firmar el formulario adjunto de Autorización para Divulgar Información. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Tengo un <input type="checkbox"/> Poder notarial (POA) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Representante autorizado para la toma de decisiones <input type="checkbox"/> N/A • Para verificar esta información, entiendo que debo presentar pruebas a ADSD de la custodia, POA, o el Acuerdo de Toma de Decisiones con Apoyo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 											
Diagnósticos médicos relacionados con mis necesidades de cuidado:		Soy menor de 65 años y he sido diagnosticado con una discapacidad física permanente. Estoy dispuesto y capaz de someter registros médicos que documenten mi discapacidad física dentro de los 30 días a partir de la fecha de entrega de esta solicitud. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A, tengo más de 65 años									
Necesito ayuda, supervisión y/o recordatorios con al menos una de las siguientes actividades de la vida diaria: ¿bañarse/ducharse, vestirse/desvestirse, higiene, ir al baño, caminar/moverse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
Necesito por lo menos uno de los siguientes servicios (marque todas las opciones que correspondan): <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gestión de casos: apoyo en los trámites de servicios</td> <td><input type="checkbox"/> Acompañante: compañía/apoyo emocional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dispositivo de alerta de emergencia: notificación rápida de una emergencia o caída</td> <td><input type="checkbox"/> Comidas a domicilio o preparación de comidas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Atención diurna para adultos: socialización, comidas, actividades recreativas, supervisión</td> <td><input type="checkbox"/> Respiro: descanso de corta duración para el cuidador principal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ayuda doméstica: lavandería, compras y tareas domésticas ligeras</td> <td><input type="checkbox"/> Hogar de grupo/residencia asistida: 24 horas de cuidado</td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Gestión de casos: apoyo en los trámites de servicios	<input type="checkbox"/> Acompañante: compañía/apoyo emocional	<input type="checkbox"/> Dispositivo de alerta de emergencia: notificación rápida de una emergencia o caída	<input type="checkbox"/> Comidas a domicilio o preparación de comidas	<input type="checkbox"/> Atención diurna para adultos: socialización, comidas, actividades recreativas, supervisión	<input type="checkbox"/> Respiro: descanso de corta duración para el cuidador principal	<input type="checkbox"/> Ayuda doméstica: lavandería, compras y tareas domésticas ligeras	<input type="checkbox"/> Hogar de grupo/residencia asistida: 24 horas de cuidado
<input type="checkbox"/> Gestión de casos: apoyo en los trámites de servicios	<input type="checkbox"/> Acompañante: compañía/apoyo emocional										
<input type="checkbox"/> Dispositivo de alerta de emergencia: notificación rápida de una emergencia o caída	<input type="checkbox"/> Comidas a domicilio o preparación de comidas										
<input type="checkbox"/> Atención diurna para adultos: socialización, comidas, actividades recreativas, supervisión	<input type="checkbox"/> Respiro: descanso de corta duración para el cuidador principal										
<input type="checkbox"/> Ayuda doméstica: lavandería, compras y tareas domésticas ligeras	<input type="checkbox"/> Hogar de grupo/residencia asistida: 24 horas de cuidado										
Actualmente estoy recibiendo los siguientes servicios: <input type="checkbox"/> Cuidados paliativos <input type="checkbox"/> Salud a domicilio <input type="checkbox"/> Servicios de atención personal <input type="checkbox"/> Ayuda doméstica <input type="checkbox"/> Ayuda y asistencia para veteranos											
Total de Ingresos brutos mensuales (antes de deducciones) ADSD solicitará verificaciones.		Total de recursos (cuentas de cheques/ahorros, IRA, 401K, póliza de seguro de vida, póliza de entierro, acciones/bonos, cuentas Go Fund Me, terrenos, edificios, fideicomisos, etc...). ADSD solicitará verificaciones.									
Solicitante:	\$	\$									
Cónyuge:	\$	\$									

<p>Preguntas voluntarias: ¿Qué sexo le asignaron al nacer, por ejemplo, en su acta de nacimiento original? (Marque una opción)</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no revelarlo</p>	<p>¿Cómo se describe a sí mismo? (Marque una opción)</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/ Transgénero masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/ Transgénero femenino <input type="checkbox"/> Género queer/no conforme con el género <input type="checkbox"/> Prefiero no revelarlo <input type="checkbox"/> Identidad diferente, especifique: _____</p>	<p>¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su identidad de orientación sexual? (Marque una opción)</p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Prefiero no revelarlo <input type="checkbox"/> No se indica: Por favor, especifique: _____</p>
--	---	---

FIRMA Y AFIRMACIÓN

Por medio de la presente solicito servicios a través de Aging and Disability Services Division (ADSD). Certifico que toda la información es verdadera y correcta a mi saber y entender y que no se ha omitido ningún dato. Hago esta solicitud con el siguiente entendimiento:

- Autorizo y doy consentimiento a la divulgación de cualquier y toda información concerniente a mí persona y a mi familia a ADSD por parte del titular de la información, sin importar la manera o la forma en que se guardan (incluyendo, sin limitación, información designada confidencial por ley u otro motivo). Yo libero 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 cambios en mis ingresos, o recursos económicos, situación de vida y capacidades.
- Reportaré cualquier recurso económico 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 sea requerida para determinar la elegibilidad.
- Notificaré a ADSD cuando ya no necesite los servicios.
- Entiendo que, si soy elegible para Medicaid, debo buscar elegibilidad a través de tal programa y dependiendo del resultado, mis servicios y elegibilidad a través 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 para 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 de servicios contratados 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, distorsiona, retiene o esconde hechos necesarios para que ADSD pueda hacer una determinación precisa 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 derivada de la divulgación de dicha 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, religión, edad o incapacidad (incluyendo el SIDA y condiciones relacionadas), tal como exigen las regulaciones federales.

Firma o marca del solicitante

Fecha

Representante autorizado (letra de imprenta y firma) Relación con el solicitante

Fecha

Yo, el Representante Autorizado, confirmo que la persona que solicita los servicios es consciente de que esta solicitud se ha presentado en su nombre.



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA LA TERCERA EDAD Y DISCAPACIDADES

Ayudar a las personas. Es quien somos y lo que hacemos.



Autorización para divulgar información

<input type="checkbox"/> Administración de la División de Servicios para la Tercera Edad y Discapacidades (ADSD)	<input type="checkbox"/> Servicios de Protección para Adultos (APS)	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo (ATAP)	<input type="checkbox"/> Servicios de Acceso a las Comunicaciones (CAS)	<input type="checkbox"/> Servicios del Desarrollo (DS)
<input type="checkbox"/> Centro de Cuidados Intermedios (ICF)	<input type="checkbox"/> Programa del Defensor del Pueblo para Atención a Largo Plazo (LTCOP)	<input type="checkbox"/> Servicios de Intervención Temprana de Nevada (NEIS)	<input type="checkbox"/> Oficina de Vida Comunitaria (OCL) <ul style="list-style-type: none"> - Programa de Opciones de la Comunidad para la Tercera Edad (COPE) - Renuncia a Servicios en el Hogar y en la Comunidad para Personas Frágiles de Mayor Edad (HCBS FE) - Renuncia a Servicios en el Hogar y en la Comunidad para Personas con Discapacidades Físicas (PD) - Servicios de Asistencia Personal (PAS) 	
<input type="checkbox"/> Oficina para Asistencia de Salud del Consumidor (OCHA)	<input type="checkbox"/> Recetas y Diagnóstico para la Tercera Edad	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para Taxis (TAP)	<input type="checkbox"/> Otro (especificar a continuación)	

(Nombre legal en letra de molde de la persona)

(Fecha de nacimiento)

(Dirección postal de la persona)

(Ciudad, estado, código postal)

Autoricé a ADSD a:

Divulgar información a:

Recibir información de:

Nombre de la persona/proveedor/organización/centro/programa

Teléfono:

Fax:

Motivo de la solicitud: Determinar la elegibilidad de la persona o coordinar los servicios.

Otro (especificar):

Este consentimiento se otorga de acuerdo con 42 CFR 2.31 con respecto a la confidencialidad de los registros de pacientes de tratamiento por alcohol y drogas; 34 CFR 99.30 – 99.39 con respecto a la divulgación de registros de educación o intervención temprana; 45 CFR 164.508 con respecto a la divulgación de información de salud mental; y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) y debe usarse solamente para facilitar el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica (45 CFR 164.506). El servicio, pago, la inscripción o elegibilidad para los beneficios del Participante no se condicionarán al otorgamiento de la autorización, con excepción de lo permitido por la ley.

Información específica que se autoriza a divulgar: El uso/divulgación de la información se autoriza a continuación mediante la selección de la casilla.

Rango de fecha de los registros: Desde: Hasta:

TIPO DE INFORMACIÓN	
<input type="checkbox"/> Evaluaciones	<input type="checkbox"/> Antecedentes y evaluación física
<input type="checkbox"/> Exámenes de desarrollo	<input type="checkbox"/> Laboratorio/radiografías/estudios de imágenes/resultados de análisis
<input type="checkbox"/> Evaluaciones y registros de admisión	<input type="checkbox"/> Informes de consultas
<input type="checkbox"/> Registros legales	<input type="checkbox"/> Registros de educación+
<input type="checkbox"/> Información médica que incluye, entre otros, historias clínicas y registros hospitalarios; que incluyen, entre otros, información relacionada con el VIH/SIDA**	<input type="checkbox"/> Notas de progreso y planes de tratamiento que incluyen, entre otros, el Plan de Apoyo Familiar Personalizado (IFSP), Planes de Atención, Planes de Servicio
<input type="checkbox"/> Información de salud mental, que incluye pruebas psicológicas y evaluaciones psiquiátricas***	<input type="checkbox"/> Registros financieros
<input type="checkbox"/> Otro	

Joe Lombardo
Gobernador

Richard Whitley, MS
Director



DEPARTAMENTO DE
SERVICIOS HUMANOS
DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA LA TERCERA EDAD Y
DISCAPACIDADES

Ayudar a las personas. Es quien somos y lo que hacemos.



Rique Robb
Administradora

* ADSD ha elegido no divulgar información relacionada con el tratamiento para las drogas y el alcohol.

Con algunas excepciones, el destinatario puede volver a divulgar la información de salud relacionada con el VIH/SIDA o la información sobre tratamientos de salud mental. **El destinatario no puede volver a divulgar tal información ni usar la información divulgada con ningún fin sin el consentimiento escrito específico de la persona quien pertenece, a menos que lo permita la ley federal o estatal.

***La información de la historia clínica de salud mental se puede divulgar si existe una **necesidad demostrable de la información**, pero se esperará razonablemente que la divulgación no sea perjudicial para el participante u otra persona.

+ Si la información autorizada está protegida por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de las Familias, no se puede divulgar sin el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece, a menos que lo autorice la ley federal o estatal. Esta autorización actúa como consentimiento escrito para la divulgación de la información indicada anteriormente.

Comprendo que:

Puedo solicitar y obtener una copia de la política de información confidencial de la División.
No tengo la obligación de firmar esta autorización; comprendo que se me puede denegar el tratamiento en algunas circunstancias si no firmo este consentimiento porque se puede requerir la información para determinar mi elegibilidad para los servicios.
Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud escrita a la División de Servicios para la Tercera Edad y Discapacidades, excepto cuando ya se haya realizado una divulgación con mi autorización previa. Una fotocopia o un fax de este formulario es válido como el original.
Si experimento discriminación por la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA, puedo comunicarme con la Oficina de Derechos Civiles para presentar una queja.
ADSD divulga la información dentro del alcance de sus funciones para tomar determinaciones necesarias para los requisitos de elegibilidad y servicio continuo.
El destinatario puede volver a divulgar la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
Eximo a los empleados de ADSD de toda responsabilidad derivada de la divulgación de información a la persona/entidad designada en la página 1.

Autorizo el uso/divulgación periódica de la información que se describe anteriormente a la persona/proveedor/organización/centro/programa que se identifica con la frecuencia que sea necesaria.

Mi autorización caducará por los siguientes motivos:

- Si ya no recibo servicios de los Servicios para la Tercera Edad y Discapacidades o sus programas
- Un (1) año después de la fecha de firma, a menos que se especifique lo contrario por una condición o evento, lo que suceda primero
- Otro: (Describir) _____

Relación: Padre Tutor/persona designada Custodio Titular Otro

(Nombre en letra de molde del Padre/Tutor/Custodio/Titular)

(Firma del Padre/Tutor/Custodio/Titular)

(Fecha de la Firma)

(Firma del empleado de ADSD)

(Fecha de la Firma)

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 89701.



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.
✂ Separe Aquí ✂	✂ Separe Aquí ✂	✂ Separe Aquí ✂	
RECEIVED BY:			

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
