

Joe Lombardo
Gobernador

Rique Robb
Directora Interina



DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

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



Jessica Adams
Administradora
Interina

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 determinará mi elegibilidad financiera para COPE y PAS, Y Division of Welfare and Supportive Services (DWSS) determinará 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: ☐ Sí ☐ No									
Estado Civil (Elija uno): ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Nunca casado ☐ Viudo ☐ Separado			Situación de vida actual: ☐ Vive con Familia/Otros ☐ Un hogar de grupo/vivienda asistida ☐ Solo ☐ Sin alojamiento ☐ 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: • Elijo asignar a alguien como mi representante autorizado para hablar en mi nombre. ☐ Sí ☐ No • Para verificar esta elección, entiendo que debo completar y firmar el formulario adjunto de Autorización para Divulgar Información. ☐ Sí ☐ No • Tengo un ☐ Poder notarial (POA) ☐ Tutor ☐ Representante autorizado para la toma de decisiones ☐ 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. ☐ Sí ☐ 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. ☐ Sí ☐ No ☐ 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? ☐ Sí ☐ No													
Necesito por lo menos uno de los siguientes servicios (marque todas las opciones que correspondan): <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Gestión de casos: apoyo en los trámites de servicios</td> <td>☐ Acompañante: compañía/apoyo emocional</td> </tr> <tr> <td>☐ Dispositivo de alerta de emergencia: notificación rápida de una emergencia o caída</td> <td>☐ Comidas a domicilio o preparación de comidas</td> </tr> <tr> <td>☐ Atención diurna para adultos: socialización, comidas, actividades recreativas, supervisión</td> <td>☐ Respiro: descanso de corta duración para el cuidador principal</td> </tr> <tr> <td>☐ Ayuda doméstica: lavandería, compras y tareas domésticas ligeras</td> <td>☐ Hogar de grupo/residencia asistida: 24 horas de cuidado</td> </tr> </table>						☐ Gestión de casos: apoyo en los trámites de servicios	☐ Acompañante: compañía/apoyo emocional	☐ Dispositivo de alerta de emergencia: notificación rápida de una emergencia o caída	☐ Comidas a domicilio o preparación de comidas	☐ Atención diurna para adultos: socialización, comidas, actividades recreativas, supervisión	☐ Respiro: descanso de corta duración para el cuidador principal	☐ Ayuda doméstica: lavandería, compras y tareas domésticas ligeras	☐ Hogar de grupo/residencia asistida: 24 horas de cuidado
☐ Gestión de casos: apoyo en los trámites de servicios	☐ Acompañante: compañía/apoyo emocional												
☐ Dispositivo de alerta de emergencia: notificación rápida de una emergencia o caída	☐ Comidas a domicilio o preparación de comidas												
☐ Atención diurna para adultos: socialización, comidas, actividades recreativas, supervisión	☐ Respiro: descanso de corta duración para el cuidador principal												
☐ Ayuda doméstica: lavandería, compras y tareas domésticas ligeras	☐ Hogar de grupo/residencia asistida: 24 horas de cuidado												
Actualmente estoy recibiendo los siguientes servicios: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>☐ Cuidados paliativos</td> <td>☐ Salud a domicilio</td> <td>☐ Servicios de atención personal</td> </tr> <tr> <td>☐ Ayuda doméstica</td> <td>☐ Ayuda y asistencia para veteranos</td> <td></td> </tr> </table>						☐ Cuidados paliativos	☐ Salud a domicilio	☐ Servicios de atención personal	☐ Ayuda doméstica	☐ Ayuda y asistencia para veteranos			
☐ Cuidados paliativos	☐ Salud a domicilio	☐ Servicios de atención personal											
☐ Ayuda doméstica	☐ 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:	\$		\$										

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.

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades

Autorización para la divulgación de información

Si necesita ayuda con este formulario, el personal de la ADSD le explicará cómo hacerlo. También puede leer el Aviso de Prácticas de Privacidad de la ADSD para obtener más información.

Autorización para divulgar los registros de la División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades (ADSD) de:

Nombre: Apellido Nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento:

Dirección postal: Número Ciudad Estado Código postal

Compartir información con:

Nombre: Apellido Nombre Segundo nombre Cargo:

Nombre de la persona, proveedor, organización, centro o programa: (si corresponde)

Dirección: Número Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: Número de fax: Dirección de correo electrónico:

La persona que otorga este permiso tiene el siguiente vínculo conmigo:

- ☐ Mi persona con custodia/persona designada/tutor legal ☐ Padre/madre ☐ Yo mismo
☐ Otra (describa e incluya el nombre y el apellido):
☐ **No solicito a la ADSD que divulgue mis registros ahora.** Guarde esto en mi archivo para futuras consultas.

Autorización:

Autorizo a los programas de la ADSD que elija a continuación a compartir o dar acceso a mi información privada. La información puede proporcionarse mediante transferencia segura de datos por computadora, fax, de forma presencial, correo postal o verbalmente.

Marque los programas que aprueba a continuación:

- | | |
|--|---|
| ☐ Administración de la ADSD | ☐ Servicios de Intervención Temprana de Nevada (NEIS) |
| ☐ Servicios de Protección para Adultos (APS) | ☐ Oficina de Vida Comunitaria (OCL) |
| ☐ Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo (ATAP) | ☐ Oficina para Asistencia de Salud del Consumidor (OCHA) |
| ☐ Servicios de Acceso a las Comunicaciones (CAS) | ☐ Otro programa aprobado (especificar): |
| ☐ Servicios del Desarrollo (DS) | |
| ☐ Centro de Cuidados Intermedios de DS (ICF) | |

Motivo para compartir información: la ADSD compartirá los registros para determinar la elegibilidad de la persona o coordinar los servicios. Los servicios, el pago, la inscripción o la elegibilidad no se decidirán según el permiso para compartir la información, a menos que la ley disponga lo contrario.

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades

Autorización para la divulgación de información

Apruebo que los siguientes registros de la ADSD se compartan o reciban según lo que se marque a continuación:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Evaluaciones | ☐ Registros legales | ☐ Notas de Progreso y Planes de Tratamiento, incluidos, entre otros, el Plan de Apoyo Familiar Individualizado (<i>Individualized Family Support Plan</i>), los planes de atención y los planes de servicios centrados en la persona. |
| ☐ Informes de consultas | ☐ Análisis de laboratorio / radiografías / estudios de imágenes / resultados de análisis | ☐ Otro: |
| ☐ Evaluaciones de desarrollo | ☐ Información Médica (incluidos, entre otros, registros médicos y hospitalarios) | |
| ☐ Expedientes académicos | | |
| ☐ Registros financieros | | |
| ☐ Evaluaciones y registros de admisión | | |

☐ SOLO los siguientes registros:

Consentimiento:

Comprendo lo siguiente:

- Puedo solicitar una copia de las normas de privacidad.
- No estoy obligado a firmar este formulario.
- Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Debo presentar mi solicitud por escrito a la ADSD si deseo cancelar mi permiso.
- La ADSD no compartirá ninguna parte de mi información médica una vez que yo cancele el permiso. Estoy al tanto de que es posible que se haya compartido información antes de su cancelación.
- Se puede aceptar una copia de este formulario; es necesario que sea original.
- Si considero que me trataron de manera injusta porque se compartió mi información relacionada con el VIH/sida, puedo comunicarme con la Oficina de Derechos Civiles.
- La ADSD comparte información con el objetivo de tomar decisiones sobre mis servicios.
- Cuando la ADSD comparte información con un destinatario sobre la base de esta autorización es posible que ese destinatario comparta dicha información y este deje de estar protegida por las leyes estatales o federales.

No responsabilizaré a los empleados de la ADSD por compartir información con los destinatarios mencionados en este formulario.

Mi autorización finalizará:

- ☐ Un (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario a continuación.
- ☐ Otro:

Este permiso finalizará automáticamente cuando se cierre mi caso.

Autorizado por (Apellido, nombre en letra imprenta)

Fecha

Autorizado por (firma)

Fecha

Firma del empleado de ADSD

Fecha

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades

Autorización para la divulgación de información

¿Qué leyes protegen esta información?

- La ley de confidencialidad y requisitos de consentimiento para los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias regula la privacidad de los registros de pacientes en el tratamiento de alcohol y estupefacientes (42 CFR 2.31).
- La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (*Family Education Rights and Privacy Act*, FERPA) regula la privacidad de los registros educativos o de la intervención temprana (34 CFR 99.30-99.39).
- Leyes sobre la divulgación de información de salud mental (45 CFR 164.508).
- La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA) tiene como objetivo proteger su información sanitaria para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (45 CFR 164.506).

Privacidad e intercambio de la información

La ADSD ha decidido no compartir información sobre lo siguiente:

- Tratamiento por consumo de alcohol y estupefacientes
- Información sanitaria sobre el VIH/SIDA
- Tratamiento de salud mental

Si alguien recibe información privada, no puede compartirla. Tampoco puede usarla sin la autorización por escrito de la persona en cuestión. La única excepción a esto es si la ley federal o estatal lo autoriza.

Esta autorización constituye un consentimiento escrito para la información protegida por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (*Family Educational Rights and Privacy Act*, FERPA).

Instrucciones para completar el formulario de autorización

“Usted” se refiere al sujeto de los registros.

Objetivo: debe usar este formulario si desea que la ADSD comparta información privada sobre usted con otra persona (lo que incluye un abogado, un legislador o un familiar). Puede autorizar que se compartan todos los registros confidenciales que la ADSD tiene sobre usted. Puede limitar su autorización sobre registros específicos. Puede limitar a los programas de la ADSD que usen o compartan su información. Mediante este formulario también se autorizará a que la ADSD informe sobre su situación de forma verbal o por escrito.

Aviso a los clientes: la mayor parte de la información de los clientes que la ADSD tiene es privada. No se compartirá con terceros a menos que usted lo autorice o si la ley lo exige. Puede leer el Aviso de prácticas de privacidad de la ADSD para obtener información sobre cómo los programas de la ADSD cubiertos por la HIPAA comparten información médica protegida y sus derechos de privacidad. También puede consultarle a la persona que le entregó este formulario.

Uso: puede completar este formulario de forma digital o en papel. Use la tecla de tabulación en una computadora para navegar entre los campos.

Debe completar un formulario por separado para cada persona cuyos registros se soliciten, incluidos los menores de edad.

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades

Autorización para la divulgación de información

Secciones del formulario:

Nombre: proporcione su nombre completo o el nombre de la persona cuyos registros se solicitan si actúa en representación de otra persona. Su nombre completo nos ayudará a identificarlo de forma diferente a otras personas con nombres similares al suyo.

Fecha de nacimiento: indíquenos la fecha que nació. Esto nos ayudará a identificarlo en caso de que tenga el mismo nombre que otra persona.

Dirección postal: proporcione su dirección de correo electrónico completa para que podamos enviarle la información que solicita.

Compartir información con: indique a la ADSD quién tiene permiso para ver sus registros. Ingrese en esta sección la mayor cantidad de información posible. Nos comunicaremos con la persona u organización que usted indicó. Ellos tendrán acceso a su información.

Autorización: esto indica que usted permite que la ADSD envíe su información de diferentes maneras.

Programas de la ADSD: seleccione los programas de la ADSD con los que desea compartir sus registros. Si no figura en la lista, escriba el nombre del programa en la sección "Otro".

Motivo para compartir información: mediante esta información se explica por qué la ADSD le solicita enviar o recibir sus registros.

Registros de la ADSD a compartir: indíquenos qué registros desea compartir. Puede autorizar que se compartan total o parcialmente sus registros de cliente de la ADSD u otros registros confidenciales. También puede limitar que se compartan los registros de cliente que se conservan solo en los programas de la ADSD y los registros marcados en la sección anterior.

Consentimiento: en esta sección se le explica lo que debe entender si firma este formulario. También se indica hasta cuándo tendrá vigencia su autorización.

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? Si usted marcó “No” a la pregunta anterior, no llene esta solicitud. ¿Tendrá usted por lo menos 18 años de edad para o antes del día de la elección? Si usted marcó “No” a la pregunta anterior, pero tiene por lo menos 17 años de edad, usted desea preinscribirse para votar? Si usted marcó “No” a las dos preguntas anteriores, no llene esta solicitud.			☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No				
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.	☐ Yo tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación y el número es: _____ ☐ 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 – _____ ☐ 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. Aviso: Los números de identificación que indicó arriba es información confidencial y no estarán disponibles para inspección pública.							
9.	Si es aplicable, marque una de las siguientes casillas: ☐ 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. ☐ Militar en el Extranjero (o cónyuge o dependiente de un militar) ☐ Ciudadano de los EE.UU. en el Extranjero							
10.	Correo Electrónico (Opcional) – Correo Electrónico es Información Confidencial		11.	☐ MARQUE ESTA CASILLA PARA RECIBIR UNA BOLETA DE MUESTRA EN LETRA GRANDE				
12.	Inscripción de Partido – Marque Sólo Una Casilla ☐ Partido Demócrata (Democratic Party) ☐ Partido Independiente Americano (Independent American Party) ☐ Partido Libertario de Nevada (Libertarian Party of Nevada) ☐ No Partidista (no afiliación a un partido) (Nonpartisan - No Political Party) ☐ Partido Republicano (Republican Party) ☐ 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. ↓ FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA) ↓ (MM/ DD / AAAA)				
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 SOMBREADA.

DATE STAMP	☐ AGENCY ☐ FIELD REGISTRAR ☐ MAIL ☐ IN PERSON ☐ OTHER	CANCELLED	APPLICATION NO.
		INACTIVE	RECEIVED BY:
		PRECINCT	
✂ 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