

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

DIVISION OF SOCIAL SERVICES

Serving Nevada. Supporting Community. Building Futures.



Robert H. Thompson
Administrator

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESARROLLO Y CUIDADO DE NIÑOS

El Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP, por sus siglas en inglés) paga una porción de los costos de cuidado de niños para familias elegibles basado en los ingresos del hogar y el tamaño de la familia.

VERIFICACIONES

Entregue una solicitud completada con todas las siguientes verificaciones:

1. Comprobante de identificación para todos los miembros adultos del hogar (tal como licencia de conducir, tarjeta de identificación emitida por el gobierno, tarjeta de identificación de la escuela, etc.)
2. Comprobante de ciudadanía de todos los niños para quienes se solicita cuidado de niños.
3. Comprobante de TODOS los ingresos, por lo menos de los últimos treinta (30) días, de todas las personas en el hogar
 - a. Ejemplos de los tipos de ingreso: Empleo, manutención de niños, Seguro Social, beneficios de Veteranos, pensión de jubilación, asistencia pública, seguro de desempleo, dinero de familia y/o amigos, u organizaciones, becas y/o subvenciones educativas, etc.
4. Comprobante de parentesco de todos los miembros del hogar
5. Comprobante de composición del hogar
6. Propósito del cuidado (por cada adulto requerido (y padre menor) debe estar en una actividad aprobada, tal como empleo, u otras actividades autorizadas por CCDP)
7. Documentación para algún niño(s) en su hogar que tiene una necesidad especial y solicitando ayuda.

ELECCIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS

Usted debe elegir un proveedor de cuidado de niños que cumple con las necesidades de su familia. Se les recomienda a los padres que visiten a varios proveedores antes de tomar una decisión. Su proveedor debe cumplir con los requisitos siguientes:

- Deben estar inscritos con el CCDP y estar acreditados;
- No debe ser el padre natural o adoptivo o el tutor del niño, sin importar si viven o no con el niño;
- No debe vivir en la misma residencia que el niño;
- No debe tener un caso activo de cuidado de niños para su(s) propio niño(s);

Si necesita ayuda buscando un proveedor en su área, mande un correo electrónico

providersupport@childrencabinet.org

**** La falta de proporcionar información necesaria puede retrasar el proceso de su solicitud. ****

Las solicitudes se procesan en la orden en que se reciben.

Los solicitantes recibirán una notificación de decisión una vez que se haya hecho la determinación de elegibilidad.

Por favor de someter su solicitud para CCDP y verificaciones a través de una de las siguientes opciones:

Envíe por correo a cualquier ubicación listado abajo, Dejar a cualquier oficina de la División de Servicios Sociales listado en el sitio web de DSS, o la ubicación del norte de Nevada listado abajo, por correo electrónico su solicitud para CCDP@DSS.NV.GOV (sur),

RENODISTRICTOFFICE@CHILDRENSCABINET.ORG (norte), o complete su solicitud en

línea al ACCESSNEVADA.NV.GOV.

Residentes del norte de Nevada			Residentes del sur de Nevada
1090 S. Rock Blvd. Reno, NV 89502	4055 S. Virginia St Reno, NV 89502	2527 N. Carson St. Ste. #255 Carson City, NV 89706	Cualquier oficina de DSS. Ver el sitio web de DSS al DSS.NV.GOV para una lista.

ESTADO DE NEVADA
DIVISIÓN DE SERVICIOS SOCIALES

Ejemplos de Verificación

Ejemplos de documentación para verificaciones requeridas (no todos incluidos).

Identificación/Ciudadanía

- Pasaporte de Estados Unidos
- Licencia de Conducir/Tarjeta de Identificación emitida por el gobierno
- Tarjeta Militar de los EE.UU. (activo, dependiente, retirado)
- Verificación de Ciudadanía del USCIS (Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU.)
- Acta de Nacimiento de los EE.UU. Certificada

Residencia en Nevada

- Contrato actual de arrendamiento o de renta
- Licencia de Conducir de Nevada
- Declaración con respeto a la situación de personas sin hogar

Gastos de Educación

- Declaración de ayuda financiera de la escuela
- Recibos
- Confirmación escrita de la cantidad de asistencia

Ingresos Ganados

- Talones de cheque de sueldo o Declaración del empleador
- Si empleo se ha terminado en los últimos 90 días, comprobante de terminación y pago final
- Si no puede trabajar, declaración del médico
- Declaración de Empleo por cuenta propia/Declaración de Impuestos

Propósito del Cuidado/Horario

- Carta firmada del empleador
- Formulario de Verificación del Empleo

Composición del Hogar

- Copia del arrendamiento o de renta
- Declaración firmada por el propietario hacienda una lista de todos los miembros del hogar
- Una carta de colocación de DFS

Niño con Necesidades Especiales

- Una carta firmada por el médico

Ingresos no ganados y otros ingresos

Copia de la carta de concesión/
verificación del beneficio:

- Beneficios del Seguro Social (RSDI)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Compensación de Trabajadores
- Beneficios del Desempleo
- Beneficios de Veteranos (jubilación, discapacidad, educación)
- Pensiones/Beneficios de jubilación
- TANF u otros pagos del gobierno
- Asistencia general del condado o para Indios

Declaración firmada por un individuo(s) proporcionando dinero o gastos pagados

- Contribuciones monetarias
- Préstamos

Copia de decretos de divorcio/
separación/acuerdo, carta de la persona pagando manutención, carta de la agencia de manutención de niños.

- Pagos de manutención de niños
- Pensión alimenticia

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

DIVISION OF SOCIAL SERVICES

Serving Nevada. Supporting Community. Building Futures.



Robert H. Thompson
Administrator

PROGRAMA DE DESARROLLO Y CUIDADO DE NIÑOS

PUEDA SOMETER SU SOLICITUD POR CORREO, FAX O DEJAR EN CUALQUIER OFICINA DE SERVICIOS SOCIALES LISTADO EN EL SITIO WEB DE DSS, O OFICINA DEL CHILDREN'S CABINET. TAMBIÉN PUEDE ENVIAR SU SOLICITUD POR CORREO ELECTRÓNICO A CCDP@DSS.NV.GOV

RENODISTRICTOFFICE@CHILDRENSCABINET.ORG O COMPLETELO EN LÍNEA POR ACCESSNEVADA.NV.GOV.

SOLICITUD PARA ASISTENCIA

Por favor de completar cada sección, contestar cada pregunta, y firmar la solicitud.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/HOGAR

Complete lo siguiente para cada persona viviendo en su hogar con usted, sea si los considera miembros del hogar o no (adjunta una página si es necesario).

Ingrese en las casillas siguientes los códigos de raza/origen étnico o estado civil para cada miembro del hogar.

Origen étnico – H- Hispano/Latino, N- No Hispano/Latino o X- Preferir no divulgar.

Raza – A-Asiático; B-Negro o Afroamericano; G-Norte africano; H-Medio oriental; I-Indio Americano o Nativo de Alaska; J-Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco; L-Asiático y Blanco; M-Negro o Afroamericano y Blanco; N-Indio Americano o Nativo de Alaska y Negro o Afroamericano; U-Nativo de Hawái u Otro isleño del Pacífico; W-Blanco; Z-2 o más combinaciones no indicadas anteriormente o X-Preferir no divulgar

¿Cuál sexo fue asignado al nacer, tal como su certificado de nacimiento original? – M-Masculino, F-Femenino.

¿Cómo te describirías? – M-Masculino, F-Femenino, TM-Hombre Transgénero/Trans Masculino, TW-Mujer Transgénero/Trans Femenino, G-Género queer/inconformidad de género, D- Identidad Diferente (Por favor especificar), X- Preferir no divulgar.

¿Cuál de lo siguiente mejor representa su identidad de orientación sexual? – S-Heterosexual, G-Gay, L-Lesbiana, B-Bisexual, N-No listado (por favor especificar), X-Preferir no divulgar.

Padres adultos/menores:

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre) (Jr., Sr., III)	Parentesco con usted	Origen étnico	Raza	Cuál sexo fue asignado al nacer	¿Cómo te describirías?	Identidad de orientación sexual	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Estado Civil	Servicios militares activo/reservado	
										Si	No
	SI MISMO										

Children (Under the age of 18): if there are additional children in the home, list them on a separate sheet of paper

Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre) (Jr., Sr., III)	Parentesco con usted	Origen étnico	Raza	Cuál sexo fue asignado al nacer	¿Cómo te describirías?	Identidad de orientación sexual	Fecha de nacimiento	Ciudadano de EE.UU.		Número de Seguro Social	¿Necesita cuidado de niños?	
								Si	No		Si	No

¿Alguno de los niños del hogar que solicita cuidado de niños tiene necesidades especiales? Si No (Si la respuesta es sí, proporcione verificación)

Si la respuesta es sí, nombre: _____ Razón: _____
Nombre: _____ Razón: _____

Dirección

Dirección de domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de correo (si es distinta a la dirección de domicilio)	Ciudad	Estado	Código Postal
¿Esta su familia sin hogar (falta de una residencia fija, regular y adecuada para pasar la noche)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por favor explique: _____			
Teléfono del hogar	Teléfono durante el día/Mensajes/Celular		Dirección de correo electrónico

PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS/ESCUELA

Información de la escuela del niño: *(Adjunte página adicional si es necesario)*

Nombre de la escuela: _____ **Horario escolar/annual:** _____

Niño(s) asistiendo y Grado: _____

Nombre de la escuela: _____ **Horario escolar/annual:** _____

Niño(s) asistiendo y Grado: _____

Elección del proveedor de cuidado de niños: *(Adjunte página adicional si es necesario)*

Proveedor: _____
Nombre Dirección

Niño(s) asistiendo: _____

Provider: _____
Nombre Dirección

Niño(s) asistiendo: _____

INGRESOS

1. Ingresos Ganados: Sin importar la edad, ¿algún miembro en su hogar esta trabajando?: Si No **Si la respuesta es Sí,** complete la siguiente información: (incluir empleo, empleo por cuenta propia, limpieza de casa, trabajos ocasionales, agencias temporales, organización sin fines de lucro, etc. ingreso)

Adjunte copias de todos los talones de cheque u otro comprobante de ingresos brutos por lo menos de los últimos treinta (30) días aunque esta persona ya no esté empleada.

Nombre de la persona que trabaja	Nombre del empleador, Dirección y Teléfono	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Pago por hora	Horas trabajadas/Semana	Frecuencia de pago	Propinas por mes	Horario/Turno
	Nombre: Dirección: Teléfono:					<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Comisiones		Horario: <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> jue <input type="checkbox"/> lun <input type="checkbox"/> vier <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sáb martes <input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> miér Cambio de: al:
	Nombre: Dirección: Teléfono:					<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Comisiones		Horario: <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> jue <input type="checkbox"/> lun <input type="checkbox"/> vier <input type="checkbox"/> martes <input type="checkbox"/> sáb <input type="checkbox"/> miér <input type="checkbox"/> dom Cambio de: al:

2. Ingresos no ganados: Por favor de marcar la casilla “Sí” para cada tipo de ingresos no ganados que usted o alguien en su hogar recibe o ha solicitado. Si usted no marca la casilla “Sí” para cualquier ingreso no ganado mencionado hacia abajo, usted esta reconociendo que ni usted ni cualquier otra persona(s) en su hogar tiene ningún ingreso no ganado.

Sí	No	Fuente	Persona que solicitó/recibiendo	Cantidad	Frecuencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensión alimenticia		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Subvenciones de adopción		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contribuciones o préstamos		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dividendos		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dinero para educación/Becas Pell		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pagos de cuidado temporal		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vivienda subvencionada		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liquidaciones de Seguro		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Interés		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dinero en pago único		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicaid		\$	

Si	No	Fuente	Persona que solicitó/recibiendo	Cantidad	Frecuencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asignación militar		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensiones/Fondos fiduciarios de jubilación		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retiro ferroviario		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Regalías		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SNAP		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficios del Seguro Social (RSDI)		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TANF		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro de discapacidad temporal		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Propinas		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguro de desempleo		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficios de Veteranos		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	WIC		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganancias (de Juego)		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compensación de Trabajadores		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: (Favor de Anotar)		\$	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: (Favor de Anotar)		\$	

1. Cumpliendo con los Gastos:

Si los gastos del hogar (p.ej. renta, servicios públicos, alimentos, etc.) son más que los ingresos del hogar, explique cómo paga estos gastos.

2. Si alguien le está ayudando a pagar sus gastos o le está dando dinero, usted debe proporcionar una declaración firmada por cada persona, con su nombre, dirección, número de teléfono y la cantidad de la ayuda financiera que le ha proporcionado durante los últimos seis meses. A continuación, complete la información de la persona(s) que le proporcionó una declaración:

Nombre de la persona ayudando	Dirección	Teléfono	Cantidad	Frecuencia

3. ¿Espera esta persona que usted le reembolse este dinero? Si No

4. ¿Espera usted cambios en los ingresos o beneficios del hogar? Si No Si la respuesta es Sí, ¿cuáles? _____ ¿Cuándo? _____

RECURSOS

¿Tiene su hogar bienes con un valor de más de un millón de dólares (\$1,000,000)? Si No

Si la respuesta es sí, nombre: _____ tipo de activo: _____

ADDITIONAL HOUSEHOLD INFORMATION

1. ¿Hay algún adulto (o padre menor de edad) en su hogar que no puede trabajar y/o asistir a un programa de capacitación? Si No

Si la respuesta es sí, nombre: _____ Razón: _____

2. ¿Hay algún miembro del hogar, incluyendo un niño menor, temporalmente fuera del hogar? Si No

Si la respuesta es sí, nombre: _____ Razón: _____ Fecha de regreso esperado: _____

CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN

Si alguno de los adultos en el hogar son estudiantes participando en un programa de capacitación o está asistiendo a la escuela, por favor complete lo siguiente. Adjunte verificación del horario.

Nombre del Miembro del Hogar	Sitio de Capacitación/Nombre de la escuela	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Horario
	Nombre:			<input type="checkbox"/> lun <input type="checkbox"/> vier <input type="checkbox"/> martes <input type="checkbox"/> sáb <input type="checkbox"/> miér <input type="checkbox"/> dom <input type="checkbox"/> jue
	Dirección:			
	Teléfono:			
	Nombre:			<input type="checkbox"/> Mon <input type="checkbox"/> Fri <input type="checkbox"/> Tues <input type="checkbox"/> Sat <input type="checkbox"/> Wed <input type="checkbox"/> Sun <input type="checkbox"/> Thu
	Dirección:			
	Teléfono:			

Derechos

Los padres/tutores de los niños participando en el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP) tienen el derecho de:

- Inscribirse con un proveedor de su elección (dentro de los requisitos legales y de licencia tal como la División de Servicios Sociales de Nevada y las normas de CCDP).
- Tener acceso ilimitado con los niños y al proveedor durante las horas de operación y mientras que los niños están en el cuidado de los proveedores.
- Recibir información de todas las opciones para cuidado de niños, políticas, requisitos de licencia y procedimientos de queja. Revisar los reportes de inspección de los proveedores de cuidado de niños completados por la Licenciatura de Cuidado de Niños (para hogares de licencia, centros y programas de Recreación Fuera de la Escuela (OSR)) y/o Sub-beneficiario de Cuidado de Niños (para FFNs y proveedores de Tiempo Fuera de la Escuela (OST)) al www.nevadachildcare.org
- Padres/Tutores pueden presentar una queja utilizando varias metas de comunicación como, en persona, por teléfono, fax, correo electrónico, o por completar un formulario en línea al dss.nv.gov.
- Requiere que el proveedor de cuidado de niños pase una revisión de antecedentes para proporcionar cuidado de niños.

Si sus beneficios son negados, reducidos, o terminados, usted recibirá una notificación con instrucciones para solicitar una audiencia. Puede solicitar una audiencia por escrito a su oficina local de cuidado de niños o la oficina del distrito o administrativa de la División de Servicios Sociales, o por firmando y regresando la Notificación de Apelación. Solicitudes deben ser hechos dentro de los 90 días desde la fecha de la notificación, o dentro de 14 días, si desea tener continuación de beneficios mientras la decisión de su audiencia está pendiente. Si usted pide una audiencia, se le notificará por escrito acerca de la fecha, hora y ubicación de la audiencia diez (10) días antes de la fecha de su audiencia. Usted puede ser representado durante la conferencia o audiencia por cualquiera a quien le haya dado autorización por escrito. Esta autorización por escrito tiene que ser dada a la oficina de DSS antes de la conferencia/audiencia. Por favor comuníquese con nosotros si necesita información acerca de servicios legales gratuitos que pueden estar disponibles. Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia, usted puede apelar a su corte local del distrito de Nevada.

Obligaciones

El hogar debe reportar los siguientes cambios a CCDP dentro de **10 días corridos de ocurrencia**, si falla en reportar estos cambios a tiempo puede resultar en un sobrepaño de beneficios que tiene que ser pagado de regreso a CCDP.

- Composición del hogar
- Una nueva fuente o aumento de ingreso para el hogar
- Proveedor de cuidado de niños
- Cambios de horario
- Pérdida de empleo/actividad aprobada
- Dirección de correo y/o domicilio

Responder a cualquier solicitud de información adicional necesaria para procesar su solicitud dentro de 10 días corridos. Es su responsabilidad de asegurar que todos los documentos solicitados se envíen por correo o fax con tiempo suficiente para cumplir con la fecha límite. CCDP no es responsable por correo o faxes extraviados o incorrectamente dirigidos.

Información Importante

CCDP puede cubrir hasta la tarifa máxima del estado, basado en la edad del niño, tipo de proveedor, tarifa, y ubicación. Tarifas aprobadas y fechas cubiertas están listadas en la certificación o notificación de decisión.

- Los pagos para cuidado de niños son basados en la asistencia actualizada/o días discrecionales permitidas, no el horario aprobado.
- Participantes son permitidos hasta **21 días discrecionales** por cada niño, por año calendario, de ser utilizados por ausencias del cuidado de niños (días de enfermedad, días festivos o vacaciones).
- Los participantes son permitidos **3 ausencias máximas** sin excusa por cada periodo de certificación. Las familias son responsables por la financiera de estos días y deben pagar el proveedor directamente.
- CCDP pagará los cargos de registro de proveedor no exceder lo máximo del estado.
- Los padres/tutores pagarán cualquier cargo no cubiertos por CCDP directamente a sus proveedores de cuidado de niños dentro del periodo requerido por el proveedor (e.g. excedentes, cargos de retraso, matrícula escolar, comidas, transporte, artículos de ropa/uniformes).
- Los padres/tutores deben pagar copagos directamente al proveedor de cuidado de niños de acuerdo con las políticas de los proveedores. Un balance de zero copago o acuerdo de reembolso es obligatorio antes de cambiar a un proveedor nuevo.
- Los padres/tutores pagarán por todos los días para cuidado de niños no autorizados en el certificado.

Autorización

El Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños esta financiado por subvenciones estatales y federales. Toda la información proporcionada es confidencial y usado solamente para determinar la elegibilidad. Declaraciones falsas o engañosas pueden resultar en beneficios reducidos, negados, o terminados, descalificación de asistencia del futuro, reembolso de fondos, y posibles penalidades criminales.

Al firmar, usted autoriza el programa y la División de Servicios Sociales para investigarte, su hogar, y el padre(s) legal/putativo de su hijo(s), y acceder información necesaria; incluyendo detalles de salario, datos confidenciales protegidos por ley, e información del paciente privilegiada bajo NRS 49.225 o cualquier otra ley aplicable. Usted libera los titulares de la información de la responsabilidad de su divulgación. Una reproducción de esta autorización se considera legalmente equivalente a la original.

Usted también reconoce el entendimiento de la solicitud y las penalidades de proporcionar información falsa. Usted confirma su proveedor(es) escogido y acepta exonerar de responsabilidad el Estado de Nevada, el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños, y sus representantes de cualquier reclamos, cargos o responsabilidades relacionados a su elección de proveedor.

Estoy de acuerdo de que si utilizo los servicios para cuidado de niños cuando no estoy participando en la actividad arriba, podría ser responsable de cualquier cargos incurridos. Entiendo de que si utilizo servicios para cuidado de niños cuando no estoy participando en la actividad autorizada es una Violación Intencional del Programa (IPV) del programa TANF. Si me declaran culpable de cometiendo un IPV, no soy elegible para beneficios de TANF y mis beneficios para cuidado de niños fundados por NEON pueden parrar. Además, entiendo que debo reportar cualquier cambio en mi actividad de NEON a mi gerente del caso de DSS y CCDP inmediatamente.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Solicitante

Fecha

TESTIGO: (Utilice si el solicitante no sabe leer o escribir o si es ciego.) Yo ayudé en completar esta solicitud para el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños. La información contenida en esta solicitud ha sido leída al solicitante y he sido testigo de la firma anterior.

Firma del Testigo

Fecha

**SI USTED NO ESTA REGISTRADO A VOTAR EN DONDE USTED VIVE
AHORA, ¿DESEA REGISTRARSE A VOTAR AQUÍ HOY?**

(Por favor marque uno)

SI NO

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

La **LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES** le provee la oportunidad de registrarse a votar en este local. Si usted necesita ayuda para llenar la solicitud para registrarse a votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la solicitud en privado.

NOTICIA IMPORTANTE: El hecho de registrarse o negarse a registrar para votar **NO AFECTARÁ** la cantidad de asistencia que se le proporcionará por esta agencia.

Firma

Fecha

CONFIDENCIALIDAD: Decida o no registrarse a votar, su decisión se mantiene confidencial.

SI USTED CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO con su derecho a registrarse o su decisión de no registrarse a votar, o su derecho de escoger su partido político o su preferencia política, usted puede poner una queja con la oficina del Secretary of State, Capitol Complex, Carson City, Nevada 89710.



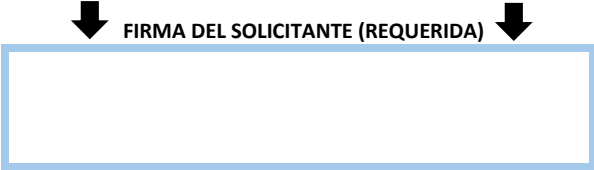
SOLICITUD PARA INSCRIBIRSE COMO VOTANTE EN EL ESTADO DE NEVADA

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? <i>Si usted marcó "No" a la pregunta anterior, no llene esta solicitud.</i>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿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? <i>Si usted marcó "No" a las dos preguntas anteriores, no llene esta solicitud.</i>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 NV	
				Código Postal	
4.	Dirección de Correo – Si es Diferente de la Anterior (Apartado Correo 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-XXX- <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 UNABOLETA 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;">  FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA) </div> <div style="text-align: right;"> _____ (MM/DD/AAAA) </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 en cumplir puede ser delito mayor.				
	Nombre Completo	Dirección de Correo	Ciudad/Estado/Código Postal	Firma	

SÓLO PARA USO OFICIAL NO ESCRIBA EN LA SIGUIENTE ÁREA SOMBRADA. OFICIALSÓLO 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 (Agency Stamp or Name of Agent, Election Official or Person Retaining Application)	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. Requerido. Marque su selección de un partido

Casilla 12 – AFILIACIÓN DE PARTIDO POLÍTICO: 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. *FALTA EN CUMPLIR PUEDE SER 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	P.O. Box 90, Pioche, NV 89043 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	965 Trade Drive, Suite A, North Las Vegas, NV 89030 P.O. Box 3909, Las Vegas, NV 89127	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 8th Street, 2nd 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, 3rd 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) 237-5263	P.O. Box 540, Eureka, NV 89316	Washoe Registrar (775) 328-3670	1001 E. 9th St., Reno, NV, 89512
Humboldt Clerk (775) 623-6343	50 West 5th Street, #207, Winnemucca, NV 89445	White Pine Clerk (775) 293-6509	1786 Great Basin Blvd., Suite 3, Ely, NV 89301
Lander Clerk (775) 635-5738	50 State Route 305, Battle Mountain, NV 89820		



**FIRST CLASS
STAMP
NECESSARY
FOR MAILING**
