

DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL

Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños

Solicitud de Asistencia de Cuidado de Niños

"Trabajando para el bienestar de TODOS los habitantes de Nevada"

Quién puede solicitar asistencia

Cualquier persona puede solicitar asistencia de cuidado de niños para su niño. No se discriminará a ninguna persona por ningún motivo (como raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual u origen nacional) en ninguno de los programas de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS). Para presentar una queja, comuníquese con el Jefe del Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP): Chief of the Child Care and Development Program (CCDP), 1470 College Parkway, Carson City, Nevada 89706. También puede presentar una queja en cualquier oficina de distrito de DWSS u oficina de cuidado de niños, la cual se remitirá al Jefe de Cuidado de Niños.

Elegibilidad

Lo siguiente debe ser verificado para determinar si usted es elegible para Asistencia de Cuidado de Niños.

- Comprobantes de:
 - Ciudadanía de todos los niños para quienes se solicita cuidado;
 - Identificación de todos los miembros adultos del hogar;
 - Residencia de Nevada;
 - Todos los ingresos;
 - Parentesco de todos los miembros del hogar;
 - Custodia;
- Propósito de cuidado – todos los adultos requeridos (y padres menores de edad) deben estar realizando una actividad aprobada, como trabajar, buscar trabajo, ir a la escuela o recibir capacitación, participar en actividades aprobadas por DWSS relacionadas con la preparación para un empleo, u otras actividades autorizadas por el CCDP;
- Documentación para niños en su hogar que tienen una necesidad especial.

Números de Seguro Social

Se le pedirá que proporcione Números de Seguro Social (SSN) para todas las personas que están solicitando asistencia (incluyendo a usted); los SSN se utilizan para verificar los ingresos y recursos del hogar y para realizar una comparación computarizada con otras agencias. También se utilizan para reunir información laboral, hacer investigaciones, recuperar el sobre pago de beneficios y asegurar que no se reciban beneficios duplicados. El proporcionar o solicitar un SSN es voluntario. Usted no está obligado a proporcionar un Número de Seguro Social y no se negará su elegibilidad por no proporcionar el SSN de miembros del hogar requeridos. Si no quiere proporcionar un Número de Seguro Social, escriba "rehusado" en las casillas de Número de Seguro Social de la solicitud. Si proporciona un Número de Seguro Social en la solicitud, debe proporcionarlo junto con un comprobante.

Elección del proveedor de cuidado de niños

Usted debe también elegir un proveedor de cuidado de niños adecuado a las necesidades de su familia. Se les recomienda a los padres que colaboren con el programa de Recursos y Referencias de Cuidado de niños y que visiten a varios proveedores antes de tomar una decisión. Su proveedor debe cumplir con los requisitos siguientes:

- 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 ningún caso de cuidado de niños activo para sus propios niños;
- Los proveedores deben estar inscritos en el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP) y estar acreditados.

Información importante – El programa CCDP puede enviarle información que requiere su respuesta. Si usted se ausenta de su casa, es recomendable que haga los arreglos necesarios con su correo para poder responder para la fecha límite. Si no responde a más tardar para la fecha límite y/o perdemos el contacto con usted, su caso podría terminarse.

Acomodaciones especiales

Special Accommodations

Esta solicitud está disponible en inglés y español. Por favor comuníquese con nosotros si necesita una versión en español o un intérprete.
This application is available in English and Spanish. Please contact us if you need a Spanish version or an interpreter.

DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL

Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños

Solicitud de Asistencia de Cuidado de Niños

“Trabajando para el bienestar de TODOS los habitantes de Nevada”

Quién puede solicitar asistencia

Cualquier persona puede solicitar asistencia de cuidado de niños para su niño. No se discriminará a ninguna persona por ningún motivo (como raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad, creencias políticas, orientación sexual u origen nacional) en ninguno de los programas de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS). Para presentar una queja, comuníquese con el Jefe del Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP): Chief of the Child Care and Development Program (CCDP), 1470 College Parkway, Carson City, Nevada 89706. También puede presentar una queja en cualquier oficina de distrito de DWSS u oficina de cuidado de niños, la cual se remitirá al Jefe de Cuidado de Niños.

Elegibilidad

Lo siguiente debe ser verificado para determinar si usted es elegible para Asistencia de Cuidado de Niños.

- Comprobantes de:
 - Ciudadanía de todos los niños para quienes se solicita cuidado;
 - Identificación de todos los miembros adultos del hogar;
 - Residencia de Nevada;
 - Todos los ingresos;
 - Parentesco de todos los miembros del hogar;
 - Custodia;
- Propósito de cuidado – todos los adultos requeridos (y padres menores de edad) deben estar realizando una actividad aprobada, como trabajar, buscar trabajo, ir a la escuela o recibir capacitación, participar en actividades aprobadas por DWSS relacionadas con la preparación para un empleo, u otras actividades autorizadas por el CCDP;
- Documentación para niños en su hogar que tienen una necesidad especial.

Números de Seguro Social

Se le pedirá que proporcione Números de Seguro Social (SSN) para todas las personas que están solicitando asistencia (incluyendo a usted); los SSN se utilizan para verificar los ingresos y recursos del hogar y para realizar una comparación computarizada con otras agencias. También se utilizan para reunir información laboral, hacer investigaciones, recuperar el sobre pago de beneficios y asegurar que no se reciban beneficios duplicados. El proporcionar o solicitar un SSN es voluntario. Usted no está obligado a proporcionar un Número de Seguro Social y no se negará su elegibilidad por no proporcionar el SSN de miembros del hogar requeridos. Si no quiere proporcionar un Número de Seguro Social, escriba “rehusado” en las casillas de Número de Seguro Social de la solicitud. Si proporciona un Número de Seguro Social en la solicitud, debe proporcionarlo junto con un comprobante.

Elección del proveedor de cuidado de niños

Usted debe también elegir un proveedor de cuidado de niños adecuado a las necesidades de su familia. Se les recomienda a los padres que colaboren con el programa de Recursos y Referencias de Cuidado de niños y que visiten a varios proveedores antes de tomar una decisión. Su proveedor debe cumplir con los requisitos siguientes:

- 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 ningún caso de cuidado de niños activo para sus propios niños;
- Los proveedores deben estar inscritos en el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños (CCDP) y estar acreditados.

Información importante – El programa CCDP puede enviarle información que requiere su respuesta. Si usted se ausenta de su casa, es recomendable que haga los arreglos necesarios con su correo para poder responder para la fecha límite. Si no responde a más tardar para la fecha límite y/o perdemos el contacto con usted, su caso podría terminarse.

Acomodaciones especiales

Special Accommodations

Esta solicitud está disponible en inglés y español. Por favor comuníquese con nosotros si necesita una versión en español o un intérprete.
This application is available in English and Spanish. Please contact us if you need a Spanish version or an interpreter.

DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL
Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños

LLENE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO PARA TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN ACTUALMENTE CON USTED EN SU RESIDENCIA, SIN IMPORTAR SI LOS CONSIDERA O NO MIEMBROS DE SU HOGAR. *Si necesita más espacio, use otra solicitud o una hoja en blanco.*

INGRESE EN LAS CASILLAS SIGUIENTES LOS CÓDIGOS DE RAZA/ORIGEN ÉTNICO/ESTADO CIVIL PARA CADA MIEMBRO DEL HOGAR:

Origen étnico: **H** = Hispano/latino **N** = No hispano/latino

Raza: **A**–Asiático; **B**–Negro o afroamericano; **I**– Indio Americano o Nativo de Alaska; **N**–Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico;
W–Blanco

Estado civil: **S**–Soltero; **M**–Casado; **N**–Separado; **D**–Divorciado; **W**–Viudo

ADULTOS:

Nombre legal	Parentesco con usted	Sexo	Fecha de nacimiento:	Estado o país de nacimiento	Número del Seguro Social	Raza	Origen étnico	Estado civil
Sí mismo●								

NIÑOS (menores de 18 años):

Nombre legal	Parentesco con usted	Sexo	Fecha de nacimiento	Estado o país de nacimiento	Ciudadano de EE. UU. Sí/No	Número del Seguro Social	Raza	Origen étnico	¿Necesita cuidado de niños?
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección residencial					Ciudad		Estado		Código postal
Dirección postal					Ciudad		Estado		Código postal
Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular			Teléfono <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular			Dirección de correo electrónico			

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su hogar:

1. **¿Está su familia sin hogar (falta de una residencia fija, regular y adecuada para pasar la noche)?** Sí No
 Si la respuesta es Sí, por favor explique: _____
2. **¿Algún miembro de su hogar está en las Fuerzas Armadas?** Sí No
 Si la respuesta es Sí, nombre: _____ ¿Servicio activo o en la reserva? _____
3. **¿Hay algún adulto (o parente menor de edad) en su hogar que no puede trabajar y/o asistir a un programa de capacitación?** Sí No
 Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Razón: _____

4. ¿Tiene alguno de los niños del hogar necesidades especiales? Sí No
 Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Razón: _____ ¿IEP o IFSP actual del niño? _____
 Nombre: _____ Razón: _____ ¿IEP o IFSP actual del niño? _____
 Nombre: _____ Razón: _____ ¿IEP o IFSP actual del niño? _____

5. ¿Hay algún miembro de su hogar, incluyendo a los niños menores de edad, que se encuentre temporalmente fuera del hogar? Sí No
 Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Razón: _____ Fecha prevista de regreso: _____

6. ¿Hay algún miembro del hogar que esté embarazada? Sí No
 Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Fecha prevista del parto: _____

7. ¿Ha recibido algún miembro de su hogar beneficios TANF de dinero en efectivo? Sí No
 Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Cuándo: _____ Dónde: _____

8. ¿Hay actualmente alguien que está descalificado de cualquier programa de DWSS debido a una Violación Intencional del Programa (IPV)? Sí No
 Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Programa: _____ Fecha de inicio: _____

9. ¿Tiene su hogar bienes con un valor de más de un millón de dólares (\$1,000,000)? Sí No
 Si la respuesta es Sí, nombre: _____ Tipo de bienes: _____

10. ¿Espera algún otro cambio durante los próximos seis (6) meses? Sí No
 Si la respuesta es Sí, por favor explique: _____

11. ¿Hay alguien que está pagando por todos o parte de sus gastos (renta, servicios públicos, cuidado de niños, etc.)? Sí No
 Si la respuesta es Sí, ¿quién?: _____ Cantidad pagada: _____ Frecuencia: _____
 ¿Espera esta persona que usted le reembolse este dinero? Sí No

12. ¿Viven en la residencia ambos padres de los niños? Sí No

Sí la respuesta es No, por favor complete la información siguiente sobre la madre y/o el padre de los niños que no vive con usted. Adjunte las páginas adicionales que necesite.

Nombre del niño	Nombre y dirección del parente que no reside en el hogar	¿Recibe manutención de niños?	Cantidad	Frecuencia	¿Por qué medio la recibe?
	Nombre: Dirección: Teléfono: ()	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Semanal <input checked="" type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo judicial <input type="checkbox"/> Acuerdo privado
	Nombre: Dirección: Teléfono: ()	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Semanal <input checked="" type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo judicial <input type="checkbox"/> Acuerdo privado
	Nombre: Dirección: Teléfono: ()	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Semanal <input checked="" type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Fiscal de distrito <input type="checkbox"/> Acuerdo judicial <input type="checkbox"/> Acuerdo privado

INGRESOS/BENEFICIOS (EXCLUYENDO LOS INGRESOS LABORALES): Por favor adjunte verificación de los ingresos recibidos en los 30 días anteriores

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 – TANF | <input type="checkbox"/> 08 – Compensación de Trabajadores | <input type="checkbox"/> 15 – WIC | <input type="checkbox"/> 22 – Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) |
| <input type="checkbox"/> 02 – SNAP | <input type="checkbox"/> 09 – Seguro de discapacidad temporal | <input type="checkbox"/> 16 – Propinas | <input type="checkbox"/> 23 – Beneficios de Seguro Social por incapacidad |
| <input type="checkbox"/> 03 – Vivienda subvencionada | <input type="checkbox"/> 10 – Dinero para educación/Becas Pell | <input type="checkbox"/> 17 – Dividendos | <input type="checkbox"/> 24 – Beneficios de Seguro Social para sobrevivientes |
| <input type="checkbox"/> 04 – Pagos de cuidado temporal | <input type="checkbox"/> 11 – Beneficios por desempleo | <input type="checkbox"/> 18 – Regalías | <input type="checkbox"/> 25 – Beneficios de Seguro Social por jubilación |
| <input type="checkbox"/> 05 – Beneficios de Veteranos | <input type="checkbox"/> 12 – Contribuciones o préstamos | <input type="checkbox"/> 19 – Intereses | <input type="checkbox"/> 26 – Pensiones/Fondos fiduciarios de jubilación |
| <input type="checkbox"/> 06 – Dinero en pago único | <input type="checkbox"/> 13 – Retiro ferroviario | <input type="checkbox"/> 20 – Ganancias de juego | <input type="checkbox"/> 27 – Subvenciones de adopción |
| <input type="checkbox"/> 07 – Asignación militar | <input type="checkbox"/> 14 – Liquidaciones de seguro | <input type="checkbox"/> 21 – Pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> 28 – Medicaid |

Otro: _____

No. del tipo de ingreso	¿Quién recibe el ingreso?	Cantidad	Frecuencia	No. del tipo de ingreso	¿Quién recibe el ingreso?	Cantidad	Frecuencia

EMPLEO: Indique el empleador actual y cualquier otro empleador para el que haya trabajado cada miembro del hogar desde que usted entregó su última solicitud de cuidado de niños. Esto incluye el trabajo por cuenta propia, actividades de pago en especie y trabajos ocasionales.

Miembro del hogar	Fecha de inicio/Fecha de terminación	Nombre del empleador, dirección y teléfono	Promedio de horas semanales	Salario	Frecuencia de pago	Horario/Turno
		Nombre: Dirección: Teléfono: ()			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> A comisión	Horario: <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Mié <input type="checkbox"/> Dom De: A:
		Nombre: Dirección: Teléfono: ()			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> A comisión	Horario: <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Sáb <input type="checkbox"/> Mié <input type="checkbox"/> Dom De: A:

CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN: Si alguno de los adultos del hogar está participando en un programa de capacitación o está yendo a la escuela, por favor complete lo siguiente. Incluya también un comprobante de su horario.

Nombre del estudiante	Lugar de capacitación/escuela nombre, dirección y teléfono	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Horario
	Nombre: Dirección: Teléfono: ()			
	Nombre: Dirección: Teléfono: ()			

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA DEL NIÑO:

Nombre del niño	Nombre de la escuela	Horario escolar diario/Programa escolar anual	Grado actual

PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS:

Nombre del niño(s)	Nombre del proveedor, dirección y teléfono
	<i>Nombre:</i> <i>Dirección:</i> <i>Teléfono:</i> ()
	<i>Nombre:</i> <i>Dirección:</i> <i>Teléfono:</i> ()

SUS DERECHOS

Cualquier persona que ha sido negada, terminada o cuyos beneficios han sido reducidos recibirá una notificación con instrucciones para pedir una audiencia si no está de acuerdo con la acción tomada. Puede solicitar una conferencia o audiencia por escrito a la oficina local de cuidado de niños o la oficina del distrito o administrativa de la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS). También puede pedir una audiencia firmando y enviando de vuelta la Notificación de Decisión que haya recibido. Usted debe solicitar una audiencia 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/audiencia por cualquiera a quien le ha dado autorización por escrito. Debe entregar esta autorización por escrito a DWSS 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, puede apelar su caso con la Corte Local del Distrito del Estado de Nevada.

AUTORIZACIÓN/RESPONSABILIDAD

El Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños está financiado por subvenciones estatales y federales. Cualquier información proporcionada en este formulario puede ser investigada. De acuerdo con las leyes estatales y federales, usted y/u otros miembros adultos del hogar podrían ser procesados criminalmente o penalizados. Si usted hace una declaración falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para obtener o mantener asistencia de cuidado de niños, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos. También puede ser descalificado para recibir beneficios en el futuro y debe reembolsar a la agencia por todo el dinero, servicios y beneficios para los cuales no tenía derecho a recibir. La información proporcionada es estrictamente confidencial y sólo se utiliza para determinar la elegibilidad para la asistencia de cuidado de niños.

Al firmar a continuación, usted autoriza al Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños y/o la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social a realizar cualquier investigación acerca de usted u otros miembros de su hogar o del parentesco legal/putativo de sus hijos necesaria para determinar la elegibilidad para recibir asistencia de cuidado de niños administrada por el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños.

Al firmar a continuación, usted autoriza la divulgación de información sobre los miembros de su hogar al Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños, incluyendo información de salarios, la información hecha confidencial por ley u otro medio, y la información del paciente privilegiada bajo NRS 49.225 o cualquier otra disposición de la ley u otro medio. Usted libera al titular de la información de la responsabilidad, si alguna, como consecuencia de la divulgación de la información requerida. Una reproducción de esta autorización se considera legalmente como una copia original.

Al firmar a continuación, usted afirma que entiende las preguntas en esta solicitud y las penalidades por ocultar o dar información falsa. Además, entiende que si usted hace una declaración falsa o engañosa, oculta o retiene información intencionalmente para obtener o mantener asistencia de cuidado de niños, sus beneficios pueden ser negados, terminados o reducidos, y puede ser descalificado de participar en el programa, ser procesado criminalmente, o penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Además, al firmar a continuación, usted confirma que el proveedor(es) indicado anteriormente fue elegido por usted, el padre/cuidador, y acepta liberar, eximir o exonerar de responsabilidad al estado de Nevada, el Programa de Desarrollo y Cuidado de Niños, sus funcionarios, agentes, miembros de la junta directiva y empleados de cualquier reclamación, demanda, costo, gasto y responsabilidad que surja o esté de cualquier manera relacionado con el proveedor elegido por usted.

Yo certifico que bajo pena de perjurio, mis respuestas son verdaderas, exactas y completas a mi leal saber y entender y habilidad.

Firma o marca del solicitante (Padre/Tutor)	Fecha	Firma o Marca del Cónyuge/Segundo parent o tutor del niño(s)	Fecha
---	-------	--	-------

**SI NO ESTÁ INSCRITO PARA VOTAR DONDE RESIDE EN LA ACTUALIDAD,
¿DESEA INSCRIBIRSE AQUÍ HOY MISMO?**

(Marque una respuesta)

SÍ 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 a usted 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.

AVISO 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.



SECRETARIO DE ESTADO BARBARA K. CEGAVSKE
ESTADO DE NEVADA
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA VOTAR

Núm. de Solicitud

H

CASILLA 3 – NOMBRE Escriba su nombre tal como aparece en su licencia de manejar o tarjeta de identificación de Nevada o en su tarjeta del Seguro Social, indicado en la Casilla 8. Si no tiene ninguno de estos documentos de identidad, vea las instrucciones para la Casilla 8.

CASILLA 4 – DIRECCIÓN RESIDENCIAL Su dirección residencial es la dirección asignada al sitio en que realmente vive. Si vive en un lugar que no tiene una dirección asignada, tendrá que proporcionar una descripción del sitio donde vive. No debe poner un apartado postal como dirección residencial.

CASILLA 8 – REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN La ley federal y estatal requiere que usted proporcione el número de su licencia de manejar de NV o de su tarjeta de identificación de NV. Si no tiene ninguna de las dos, debe poner los últimos 4 dígitos de su número del Seguro Social. Si no tiene ninguno de estos tres documentos de identidad, llame al Secretario o Registrador de su condado después de llenar y entregar este formulario.

CASILLA 11 – INSCRIPCIÓN DE PARTIDO Marque su selección de un partido político calificado, "No Partidista" u "Otro." Si marca "Otro," puede poner el nombre de un partido no calificado. Si se inscribe en un partido político menor o como no partidista, recibirá una boleta no partidista para la elección primaria.

CASILLA 14 – AYUDANDO A LLENAR ESTE FORMULARIO Si ayuda a una persona a inscribirse para votar, debe llenar la Casilla 14. EL NO HACERLO ES UN DELITO MAYOR (FELONY).

FECHAS LÍMITES PARA ENTREGAR LA SOLICITUD

- ★ Por Correo—con sello postal para el sábado, 31 días antes de una elección.
- ★ En Persona en el DMV—para el sábado, 31 días antes de una elección.
- ★ En Línea—el martes, 21 días antes de una elección.
- ★ En Persona en la oficina del Secretario o Registrador del Condado—para el martes, 21 días antes de una elección (para elecciones municipales, en persona en la Secretaría Municipal).
- ★ Elecciones Especiales o de Destitución—comuníquese con el Secretario o Registrador de su Condado.

AVISO Se le exhorta entregar su solicitud de inscripción para votar en persona o por correo al Secretario o Registrador del Condado. Si decide dar su solicitud a otra persona para que la entregue al Secretario o Registrador del Condado y esa persona no la entrega al Secretario o Registrador del Condado, no estará inscrito para votar. Favor de guardar la copia o recibo de su solicitud de inscripción para votar.

¿LE INTERESA TRABAJAR EN LAS MESAS ELECTORALES? Favor de llamar a la Oficina de su Secretario o Registrador del Condado local. Vea el reverso de esta página.

■ MARQUE ESTA CASILLA PARA RECIBIR UNA BOLETA DE MUESTRA EN LETRA MÁS GRANDE.

USE TINTA NEGRA — ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

ADVERTENCIA: PONER DATOS FALSOS ES UN DELITO MAYOR QUE CONLLEVA UNA MULTA CIVIL DE HASTA \$20,000.

1	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2	Marque las casillas que le correspondan y llene las casillas 3-14		
	¿Tendrá por lo menos 18 años de edad para el día de la elección?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Nueva Inscripción <input type="checkbox"/> Cambio de Partido <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre <input type="checkbox"/> Cambio de Dirección		
3	Apellido (solamente)		Primer nombre (solamente)		Segundo nombre (solamente)		Jr. Sr. II III IV
4	Dirección Residencial (No Apartado Postal ni Dirección de Empresa. Vea las Instrucciones.)		Núm. de Apto.	Ciudad	Estado	Código postal	
5	Dirección Postal—Si es diferente a la de arriba. (Apartado Postal o Dirección de Reenvío de Correo)		6	Fecha de nacimiento (mes/día/año)		7	Lugar de nacimiento (estado o PAÍS)
8	Núm. de Licencia de Manejar/ID de NV/los últimos 4 dígitos de su número del Seguro Social		9	Núm. de Teléfono (Opcional)	10	Correo Electrónico (Opcional)	
11	Inscripción de Partido—Marque sólo uno	12	"Yo juro o afirmo que: Soy ciudadano de los EE.UU. • Habré cumplido 18 años para la fecha de la próxima elección • 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 • La dirección actual anotada aquí es mi único domicilio legal y no reclamo otro lugar como mi domicilio legal • No estoy sujeto a ninguna condena por delito mayor ni otra pérdida de derechos civiles que haría ilegal que yo votara. Declaro bajo pena de perjurio que todo lo anterior es verdadero y correcto". ↓ FIRMA DEL SOLICITANTE (REQUERIDA) ↓ ↓ FECHA (REQUERIDA) ↓ <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> (MM / DD / AAAA)				
13	Su nombre y dirección residencial de su última inscripción para votar. (Nombre, Calle, Núm de apto., Ciudad, Estado y código postal de la dirección anterior)						
14	¡Importante! Si usted ayuda a una persona a inscribirse para votar y no ha sido designado funcionario encargado de inscripciones ("field registrar") por el Secretario o Registrador del Condado, ni es empleado de una dependencia de inscripción electoral, TIENE QUE llenar esta casilla. Se requiere su firma. El no hacerlo es un delito mayor.						
Nombre		Dirección Postal		Ciudad/Estado/Código postal		Firma	

SÓLO PARA USO DE LA DEPENDENCIA DE VALIDACIÓN. NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS A CONTINUACIÓN.

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

↑ Separe Aquí ↑

NOMBRE DE LA PERSONA RETENIENDO ESTA SOLICITUD

SELLO DE AGENCIA O NOMBRE DEL AGENTE, FUNCIONARIO ELECTORAL, O NOMBRE DE LA PERSONA LA SOLICITUD

NOMBRE DE LA PERSONA EN LETRA DE MOLDE RETENIENDO LA SOLICITUD

↑ Separe Aquí ↑

FUNCIONARIO ELECTORAL O DEPENDENCIA
Información de Contacto, Dirección, Teléfono, Fax

↑ Separe Aquí ↑

RECIBO DE SOLICITUD PARA EL VOTANTE
(Guardé Su Recibo)

Si no recibe una Tarjeta de Inscripción como Votante de Nevada por correo dentro de 10 días, llame o visite a su Departamento de Elecciones del Condado.

Núm. de Solicitud: **H**