

Joelombardo
Governor



DEPARTMENT OF
HUMAN SERVICES
DIVISION OF SOCIAL SERVICES
Helping people. It's who we are and what we do.



Robert H. Thompson
Administrator

Laura Rich
Director

MEDICAID



Fecha: _____
Nombre del caso: _____
Número de Caso: _____

Addenda de Asistencia Médica para Ancianos, Ciegos y Discapacitados (MAABD)

Por favor de completar las siguientes preguntas para que su solicitud de asistencia médica puede ser evaluada apropiadamente.

¿Ha estado usted o su cónyuge en un hospital, hogar de ancianos u otra institución médica durante los últimos 3 meses? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Qué meses? _____

¿Está usted actualmente en un hospital, asilo de ancianos u otra institución médica? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ Fecha de ingreso: _____ Fecha de salida: _____

Nombre del establecimiento / Dirección: _____

¿Ha sido usted o su cónyuge lesionado en un accidente? Sí No ¿Quién? _____ ¿Cuándo? _____

Si usted o su cónyuge reside en una institución médica, independientemente del estado de salud, ¿tiene la intención de volver a su casa? Sí No

Por favor marque la casilla para todos los recursos usted o un miembro de su hogar tiene:

- Ninguna
- Fondos/Planes de entierro
- Cuentas de cheques comerciales
- Equipo de negocios/Inventario
- Dinero en efectivo disponible
- Certificados de Depósito (CD)
- Cuentas de cheques
- Club de Navidad
- Cuentas de asociaciones de crédito
- Otro
- Cuentas individuales de dinero indígena (IIM)
- Cuentas de retiro individuales (IRA)
- Cuentas Keogh (401K)
- Derechos sobre terreno/Minerales
- Herencia en vida/Arrendamientos en vida
- Pólizas de seguro de vida
- Ganado/Caballos
- Reclamos mineros
- Fondos fiduciarios disponibles
- Otros tipos de cuentas
- Otras casas, terrenos o edificios
- Pagarés o contratos
- Caja fuerte
- Cuentas de ahorros
- Bonos de ahorro
- Acciones/Bonos
- Una casa donde usted es dueño
- Fondos fiduciarios no disponibles

Si ha marcado cualquier casilla arriba indicada, por favor de proporcionar detalles a continuación.

DUÑO(S)	Tipo de recurso	Cuenta/ No. de Póliza	Valor	Cantidad debida

¿Hay algún recurso indicado arriba designado para entierro? Sí No ¿Cuál? _____



Anotar todos los automóviles, camionetas, vehículos de recreación, remolques, etc. donde usted es dueño o está comprando. Incluir vehículos que no están actualmente funcionando.

DUEÑO(S)	Año, Marca, y Modelo	Valor	¿Registrado?	DUEÑO(S)	Año, Marca, y Modelo	Valor	¿Registrado?

¿Usted o alguien en su hogar ha vendido, intercambiado o regalado dinero, vehículos, propiedades u otros recursos o cerrado alguna cuenta de banco o comprado anualidades en los últimos 60 meses? Sí No

Si la respuesta es sí, indica la fecha: _____ ¿Qué fue dado? _____ Valor: _____ Precio de venta total: _____

¿Ha usted o su cónyuge ejecutado un fondo fiduciario, anualidades, orden judicial y/o comprado un pagaré, un préstamo, o herencia en vida? Sí No

Si la respuesta es sí, adjunta una copia(s) del documento(s) con esta solicitud.

Tenga en cuenta que, en virtud de las disposiciones de la asistencia médica para el cuidado institucional, anualidades compradas a partir del 8 de febrero 2006 deben nombrar el Estado de Nevada como beneficiario restante.

INFORMACIÓN DE INGRESO

¿Recibe usted o su cónyuge ingreso de cualquier fuente?

Sí No

Persona	Frecuencia	Cantidad



INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE

Por favor de completar lo siguiente sobre su cónyuge actual y todos los anteriores, aunque están separados, pero no divorciados. Si su cónyuge ha fallecido, toda la información posible todavía tiene que ser completado. Por favor de utilizar una hoja por separado si existen más de 3 cónyuges.

Nombre del cónyuge:		
Dirección:		
No. de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	
¿Esta divorciado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del divorcio:	¿Esta separado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de separación:	¿Es viudo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha enviudado:
Nombre del empleador / Dirección:	Información de seguro medico:	¿Esta cubierto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno federal o local? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No No. de reclamo de ferrocarril o del gobierno:	Años empleados:	
¿Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No. de reclamación:	

Nombre del cónyuge:		
Dirección:		
No. de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	
¿Esta divorciado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del divorcio:	¿Esta separado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de separación:	¿Es viudo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha enviudado:
Nombre del empleador / Dirección:	Información de seguro medico:	¿Esta cubierto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno federal o local? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No No. de reclamo de ferrocarril o del gobierno:	Años empleados:	
¿Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No. de reclamación:	

Nombre del cónyuge:		
Dirección:		
No. de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	
¿Esta divorciado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del divorcio:	¿Esta separado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de separación:	¿Es viudo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha enviudado:
Nombre del empleador / Dirección:	Información de seguro medico:	¿Esta cubierto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Empleado del ferrocarril o del gobierno federal o local? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No No. de reclamo de ferrocarril o del gobierno:	Años empleados:	
¿Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No. de reclamación:	



Indios Americanos o Nativos de Alaska (AI/AN)

Miembros de un tribu que se inscriben en Medicaid, Nevada Check Up y por Nevada Health Link también pueden obtener servicios de los Servicios de Salud Indígena, programas de salud tribuales o los programas urbanos de salud Indígena.

Si usted o algún miembro de su familia es Indio Americano o Nativo de Alaska, es posible que no tenga que pagar primas o costos compartidos. Haremos preguntas adicionales para asegurarnos de que usted y su familia reciban la mayor ayuda posible. Se requieren tarjetas de afiliación tribal.

Selección del plan de salud/ Organizaciones de preferencia de atención administrada

Los hogares de Nevada están cubiertos por una organización de atención administrada (MCO). Se le pide que elija uno de los siguientes planes de salud. Si usted no indica una preferencia, se le asignará un plan al azar. Su selección de plan de salud no garantiza la aceptación en los programas Nevada Medicaid o Nevada Check-Up. Si usted o algún miembro de la familia ya está inscrito en uno de los MCOs actualizados, no podrá cambiarlo en este momento. Las familias inscritas recibirán un manual explicándoles los beneficios del plan de salud.

¿Cuál Opción Atención Administrada le Gustaría?	Condado Disponible	Teléfono de contacto	Sitio web (Visite para más información)
<input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions	Urbano Clark Urbano Washoe	1-844-396-2329	mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.htm
<input type="checkbox"/> CareSource	Rurales Urbano Clark Urbano Washoe	1-833-230-2058	caresource.com/nv/plans/medicaid/
<input type="checkbox"/> Health Plan of Nevada	Urbano Clark	1-800-962-8074	myHPNmedicaid.com/Member
<input type="checkbox"/> Molina Healthcare	Urbano Clark Urbano Washoe	1-833-685-2109	meetmolina.com/nv-medicaid
<input type="checkbox"/> SilverSummit Healthplan	Rurales Urbano Clark Urbano Washoe	1-844-366-2880	silversummithealthplan.com

No Preference

(Note: If you do not choose a Managed Care option, you will be randomly assigned to one by Medicaid)

For more information on the different MCO plans, visit <https://dhcfp.nv.gov/Members/BLU/MCOMain/>. If you need to find a provider, visit <https://www.medicaid.nv.gov/hcp/provider/Home/tabid/135/Default.aspx>, and search for a provider or you can call one of the local Medicaid district offices below:

Statewide Toll Free (800) 992-0900	TTY (800) 326-6888	Carson City (775) 684-3651	Reno (775) 687-1900	Las Vegas (702) 668-4200	Elko (775) 753-1191
---------------------------------------	-----------------------	-------------------------------	------------------------	-----------------------------	------------------------

Para poder asistirnos en procesar su solicitud a tiempo, por favor de proporcionar verificación de cualquier ingreso y recursos usted ha limitado en esta forma. Proporcionar copias del estado de todas las cuenta bancarias corriente, valor de pólizas de seguro de vida, y registros de vehículo.

Firma del solicitante	Nombre con letra de molde	Fecha	Número de teléfono
Firma del cónyuge	Nombre con letra de molde	Fecha	Número de teléfono





MEDICAID ESTATE RECOVERY NOTIFICACIÓN DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA

Tenga en cuenta que si está solicitando o recibiendo beneficios del programa de Medicaid, ésta es información importante que podría afectar su decisión de recibir beneficios de Medicaid.

De acuerdo con la ley estatal y federal, el estado de Nevada administra un programa de recuperación de bienes de Medicaid mediante el cual la asistencia de Medicaid correctamente pagada es recuperada del estado indiviso de la persona que recibió los beneficios de Medicaid. Los beneficiarios de Medicaid de 55 años o más y ciertos pacientes hospitalizados en centros o instituciones de enfermería¹ están afectados por este programa. Cuando esos individuos pasan, Medicaid requiere que los Estados indivisos de esas personas paguen de vuelta cualquier beneficio pagado por Medicaid.

El "estado indiviso" se define ampliamente en Nevada. Incluye toda la propiedad real y personal y otros activos en o a los que una persona tenía algún título legal o interés en el momento de la muerte. Esto incluye bienes transmitidos a otra persona a través de tenencia conjunta, bienes de vida, fideicomisos, anualidad, Homestead u otro arreglo. Una reclamación de Medicaid no puede ser vencida por una exención de Homestead o por el funcionamiento de la bancarrota o la ley de la insolvencia.

Ciertas personas están protegidas contra la recuperación de Medicaid. Medicaid no puede recuperarse si el beneficiario de Medicaid tiene un cónyuge sobreviviente, un niño menor de 21 años, o un niño ciego y/o discapacitado de cualquier edad. Si se impide que Medicaid se recupere debido a un cónyuge sobreviviente, un niño discapacitado o un niño menor de edad, Medicaid puede poner un gravamen sobre el interés del beneficiario en la propiedad real y/o personal.

Sin embargo, Medicaid debe liberar el derecho de retención si el cónyuge, el niño discapacitado y/o el niño menor de edad venden la propiedad a un comprador de buena fe por el valor justo de mercado. Si el individuo eximido decide refinanciar la propiedad, Medicaid subordinará su derecho de retención.

Además, ciertos ingresos, recursos y propiedades de los Indios Americanos y de los Nativos de Alaska están exentos de la recuperación del estado de Medicaid. Por favor, consulte el manual de operaciones de Medicaid que se encuentra en www.dhcfp.nv.gov para una explicación detallada de la propiedad exenta de recuperación para estos grupos.

El idioma anterior se refiere a los beneficios que se pagan correctamente a los destinatarios de Medicaid elegibles. Cuando los beneficios son pagados a personas que no son elegibles de otra manera, esos beneficios se consideran como pagados incorrectamente. Medicaid puede recuperar beneficios pagados incorrectamente inmediatamente después del descubrimiento y sin las restricciones que se aplican a los beneficios correctamente pagados.

La recuperación de Medicaid puede ser renunciada, comprometida o retrasada si esto causaría una dificultad indebida para los herederos. Los herederos pueden presentar una exención de dificultad en el momento de la recuperación de Medicaid. La negación de una exención o compromiso de dificultad puede ser apelada a través del sistema legal apropiado. Medicaid proporcionará información de solicitud de exención de dificultades a los herederos conocidos en el momento de la recuperación.

Por favor comparta este formulario con la familia y los herederos.

Si tiene preguntas o necesita información adicional o aclaración, por favor comuníquese con el programa de recuperación de bienes de Medicaid al (775) 687-8416, correo electrónico: mer@nvha.nv.gov o visite su sitio web en www.dhcfp.nv.gov bajo "Programs."

¹Ciertos pacientes hospitalizados en centros o instituciones de enfermería se refieren a personas con respecto a las cuales el estado determina, después de la notificación y la oportunidad de audiencia, que el paciente no puede esperar razonablemente ser dado de alta de la institución médica y volver a casa.



SOLICITUD PARA INSCRIBIRSE COMO VOTANTE EN EL ESTADO DE NEVADA

Núm. de Solicitud

SÓLO USE TINTA NEGRA O AZUL – ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE

ADVERTENCIA: PROVEER DATOS FALSOS CONSTITUYE UN DELITO MAYOR (FELONY) E INCLUYE UNA MULTA DE HASTA \$20,000.

Se requiere completar todas las casillas al menos que esté marcado Opcional. Si no provee toda la información requerida, su solicitud para inscribirse como votante no estará completa.

1.	¿Es usted un ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si usted marcó "No" a la pregunta anterior, no llene esta solicitud.</i>		
	¿Tendrá usted por lo menos 18 años de edad para o antes del día de la elección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Si usted marcó "No" a la pregunta anterior, pero tiene por lo menos 17 años de edad, usted desea preinscribirse para votar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si usted marcó "No" a las dos preguntas anteriores, no llene esta solicitud.</i>		
2.	Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
3.	Dirección Residencial de Nevada – Vea las Instrucciones al Reverso (No Apartado Postal/Dirección de Negocio)		Apto. # Ciudad Estado Código Postal
4.	Dirección de Correo – Si es Diferente de la Anterior (Apartado Postal o Servicio de Buzón Aceptable)		Apto. # Ciudad Estado Código Postal
5.	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	6. Lugar de Nacimiento (Estado o País)	7. Número de Teléfono (Opcional)
8.	<input type="checkbox"/> Yo tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación y el número es: _____ <input type="checkbox"/> No tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación. Los últimos 4 dígitos de mi Número de Seguro Social son: XXX – XX - _____ <input type="checkbox"/> No tengo una Licencia de Conducir de NV o Tarjeta de Identificación, y no tengo un Número de Seguro Social. Si selecciona esta opción, usted será contactado por su Departamento de Elecciones del Condado para obtener más información una vez que reciban su solicitud. <i>Aviso: Los números de identificación que indicó arriba es información confidencial y no estarán disponibles para inspección pública.</i>		
9.	Si es aplicable, marque una de las siguientes casillas: <input type="checkbox"/> Militar Domestico (o cónyuge o dependiente de un militar) – Sólo seleccione si usted está en el servicio activo y estará ausente de su lugar de registro. <input type="checkbox"/> Militar en el Extranjero (o cónyuge o dependiente de un militar) <input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE.UU. en el Extranjero		
10.	Correo Electrónico (Opcional) – Correo Electrónico es Información Confidencial	11.	<input type="checkbox"/> MARQUE ESTA CASILLA PARA RECIBIR UNA BOLETA DE MUESTRA EN LETRA GRANDE
12.	Inscripción de Partido – Marque Sólo Una Casilla <input type="checkbox"/> Partido Demócrata (Democratic Party) <input type="checkbox"/> Partido Independiente Americano (Independent American Party) <input type="checkbox"/> Partido Libertario de Nevada (Libertarian Party of Nevada) <input type="checkbox"/> No Partidista (no afiliación a un partido) (Nonpartisan - No Political Party) <input type="checkbox"/> Partido Republicano (Republican Party) <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:center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> ____ / ____ / ____ (MM / DD / AAAA) </div> </div>
14.	Su nombre y dirección residencial de su última inscripción como votante (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.			
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 ✂			
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.

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. 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 DE ELECCIONES	CONDADO	DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ELECCIONES
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
p	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) 237-5263	10 South Main Street, Eureka, NV 89316 P.O. Box 540, 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	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
