



February 2, 2026

Nevada Medicaid Web Announcement 3826

Updated Presumptive Eligibility (PE) Application Available

Effective January 1, 2026, an updated Presumptive Eligibility (PE) application is now available for use:

- Form 2990-EM (English)
- Form 2990-EM/S (Spanish)

The revised application includes CareSource as a new Managed Care Organization (MCO) option.

All previous versions of the PE application must be destroyed and removed from circulation immediately and replaced with the attached version dated 01/26. Please ensure you are using the latest version of the application for all PE determinations.

For more details or to access the updated application, visit the Division of Social Services website [DWSS-Applications & Forms](#). The forms are also attached below.

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

DIVISION OF SOCIAL SERVICES

Helping people. It's who we are and what we do.



Robert H. Thompson
Administrator

Application for Presumptive Eligibility for Medicaid

Use this form to find out quickly if you qualify for presumptive eligibility for Medicaid. Presumptive eligibility offers you and your family immediate access to health care while you apply for regular Medicaid or other health coverage.

To find out if you qualify for regular Medicaid or other health coverage, you must complete and submit an Application for Health Insurance to the Division of Social Services. While you wait to learn if you qualify for regular Medicaid or other health coverage, you can get your health services through the presumptive eligibility program.

You can apply for medical assistance online at accessnevada.nv.gov

You can complete a paper application and submit by mailing the application to:

Division of Social Services
PO Box 15400
Las Vegas, NV 89114

Who can qualify for presumptive eligibility for Medicaid?

You can qualify for presumptive eligibility for Medicaid if you meet all of these rules:

- Your income is below the federal poverty level for a family of your size
- You are a U.S. citizen, U.S. national, or eligible immigrant
- You do not already have Medicaid
- You have not had presumptive eligibility for Medicaid in Nevada in the past 24 months
- You are in one of the groups that qualifies for presumptive eligibility for Medicaid:
 - Children under age 19
 - Parents and caretaker relatives
 - Pregnant women
 - Other adults age 19-64
 - Aged Out of Foster Care

Need help with your application?

You can get personalized assistance completing your application from community partners or local division staff.

Find a location nearest your home:

Visit www.dss.nv.gov and choose contact us, or call 1-800-992-0900 (voice) or 1-800-326-6888 (TTY)

1

Tell us about yourself

We ask for this information so that we can contact you about this application.

Name (first, middle last)

Home address (leave blank if you don't have one)

City State ZIP Code

Mailing address (if different from home address) *You must have a mailing address*

Phone number (if you have one) Email address (if you have one)

2

Tell us about your family

List yourself and the members of your immediate family who live with you. Include your spouse and your children, under age 19, if they live with you.

Name (first, middle, last)	Relationship to you	Gender	Date of Birth (XX/XX/XXXX)	Applying for presumptive eligibility for Medicaid? (Yes or No)	Already had Medicaid? (Yes or No)	U.S. Citizen, U.S. National, or eligible immigrant? (Yes or No)	Social Security Number	Resident of Nevada? (Yes or No)
(Same as above)	Self				Answer for family members who are applying. If a person is not applying, these questions are optional, but providing the information can speed up the application process.			

3

Other questions

Answer these questions for yourself and your family members listed in Section 2. Your answers will make it easier to find out if you and any family members qualify.

Is anyone applying for presumptive eligibility pregnant? ☐ Yes ☐ No

If yes, who? _____ Expected due date? _____ How many babies does she expect? _____

Has this individual already received presumptive eligibility for this pregnancy? ☐ Yes ☐ NoIs anyone who is applying for presumptive eligibility for Medicaid receiving Medicare? ☐ Yes ☐ No

If yes, who? _____

Has anyone applying for presumptive eligibility for Medicaid, if under the age of 26, ever been in foster care in the state of Nevada? ☐ Yes ☐ No

If yes, who? _____ Age when they left the program: _____

4

Tell us about your family's income

Write the total income before taxes are taken out for all family members listed in Section 2.

↓ Job income For example, wages, salaries, and self-employment income.

Amount \$ _____ How often? (check one) ☐ Weekly ☐ Biweekly ☐ Monthly ☐ Yearly

Amount \$ _____ How often? (check one) ☐ Weekly ☐ Biweekly ☐ Monthly ☐ Yearly

↓ Other income For example, unemployment checks, alimony, or disability payments from the Social Security Administration (SSDI). Do not include Supplemental Security Income (SSI payments) or any child support you receive.

Amount \$ _____ How often? (check one) ☐ Weekly ☐ Biweekly ☐ Monthly ☐ Yearly

Amount \$ _____ How often? (check one) ☐ Weekly ☐ Biweekly ☐ Monthly ☐ Yearly

5

Health Plan Selection

AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE:

Tribal members who enroll in Medicaid, Nevada Check Up and through the Nevada Health Link can also get services from the Indian Health Services, Tribal Health Programs or Urban Indian Health Programs.

If you or your family members are American Indian or Alaska Native, you may not have to pay premiums or cost sharing. We will ask additional questions to make sure you and your family get the most help possible. Tribal Affiliation Cards are required.

Nevada households are covered by a managed care organization (MCO). You are being asked to choose one of the following health plans. If you do not select a preference, you will be assigned a plan randomly. Your choice does not guarantee enrollment into the Nevada Medicaid or Nevada Check Up program. If you or any family members are already enrolled in one of the current MCOs, you might not be able to switch at this time. Enrolled families will receive a member handbook explaining their benefits.

Which Managed Care Option Would You Like?	Available Region	Contact Phone	Website (Visit for more information)
☐ Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions	Urban Clark Urban Washoe	1-844-396-2329	mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html
☐ CareSource	Rurals Urban Clark Urban Washoe	1-833-230-2058	caresource.com/nv/plans/medicaid/
☐ Health Plan of Nevada	Urban Clark	1-800-962-8074	myHPNmedicaid.com/Member
☐ Molina Healthcare	Urban Clark Urban Washoe	1-844-327-7136	meetmolina.com/nv-medicaid
☐ SilverSummit Healthplan	Rurals Urban Clark Urban 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	TTY	Carson City	Reno	Las Vegas	Elko
(800) 992-0900	(800) 326-6888	(775) 684-3651	(775) 687-1900	(702) 668-4200	(775) 753-1191

6**Sign this form here**

I'm signing this application under penalty of perjury, which means I've provided true answers to all of the questions to the best of my knowledge. I know that I may be subject to penalties under federal law if I intentionally provide false or untrue information.

I swear I have honestly reported the citizenship status of myself and anyone I am applying for.

Your signature:**Date:****Witness:** (Use if applicant cannot read or write or is blind.)

The information in this application has been read to the applicant, and I have witnessed the above signature.

Signature of witness:**Date:****7****If you qualify for presumptive eligibility for Medicaid, what happens next?**

- You will get a letter from the hospital saying you were approved.
- **You can start using your presumptive eligibility for Medicaid coverage right away** for services such as doctor visits, hospital care, and prescription drugs. You can go to any health care provider who accepts Medicaid, starting the day you are approved.
 - To start using your presumptive eligibility for Medicaid, the hospital will give you a letter saying you are approved. Use the letter to get services until you get a card in the mail. The card should arrive within 7 - 10 days. If you lose the letter, you can call customer service at 1-800-992-0900.
 - If the letter says you qualify for presumptive eligibility for Medicaid because you are pregnant, you can get care at outpatient clinics or other places in the community. Presumptive eligibility for Medicaid will not cover the cost if you are admitted to a hospital.
- If you do not fill out and send the Application for Health Insurance to see if you qualify for regular Medicaid or other health coverage, your presumptive eligibility for Medicaid coverage will end on the last day of the month after the month you are approved.
 - For example, if you qualified for presumptive eligibility for Medicaid in January, it will end on the last day of February.
 -
- **To see if you qualify for regular Medicaid or other health coverage:**

You can apply for medical assistance online at accessnevada.nv.gov

You can complete a paper application and submit by mailing the application to:

Division of Social Services
PO Box 15400
Las Vegas, NV 89114

The hospital will give you an application.

8**If you do not qualify for presumptive eligibility for Medicaid, what happens next?**

You will get a letter from the hospital saying you were not approved. You cannot appeal the hospital's decision. BUT, you can still apply for regular Medicaid or other health coverage by completing the Application for Health Insurance online at accessnevada.nv.gov or by telephone or on paper.



Medicaid Estate Recovery Notification of Program Operation

Please be advised that if you are applying for or receiving benefits from the Medicaid Program, this is important information that could affect your decision to receive benefits from Medicaid.

Pursuant to State and Federal law, the State of Nevada administers a Medicaid Estate Recovery Program whereby correctly paid Medicaid assistance is recovered from the undivided estate of the person who received Medicaid benefits. Medicaid recipients aged 55 or older and certain inpatients in nursing facilities or institutions¹ are affected by this program. When those individuals pass away, Medicaid requires that the undivided estates of those individuals pay back any benefits paid by Medicaid.

“Undivided estate” is defined broadly in Nevada. It includes all real and personal property and other assets in or to which an individual had any interest or legal title at the time of death. This includes assets conveyed to someone else through joint tenancy, life estate, living trust, annuity, homestead or other arrangement. A Medicaid claim cannot be defeated by a homestead exemption or by the operation of bankruptcy or insolvency law.

Certain individuals are protected from Medicaid recovery. Medicaid cannot recover if the Medicaid recipient has a surviving spouse, a child under the age of 21 or a blind and/or disabled child of any age. If Medicaid is prevented from recovering because of a surviving spouse, blind or disabled child or a child under the age of 21, Medicaid may place a lien on the deceased recipient’s interest in real and/or personal property.

However, Medicaid must release the lien if the spouse, blind or disabled child or child under the age of 21 sells the property to a bona fide purchaser for fair market value. If the exempted individual chooses to refinance the property, Medicaid will subordinate its lien.

In addition, certain income, resources and property of American Indians and Alaska Natives are exempt from Medicaid estate recovery. Please reference the Medicaid Operations Manual at www.dhcfp.nv.gov for a detailed explanation of the property exempt from recovery for these groups.

The above language refers to benefits that are correctly paid to eligible Medicaid recipients. When benefits are paid to persons who are not otherwise eligible, those benefits are considered as incorrectly paid. Medicaid may recover incorrectly paid benefits immediately upon discovery and without the restrictions that apply to correctly paid benefits.

Medicaid recovery may be waived, compromised or delayed if it would cause undue hardship for the heirs. Heirs may submit a hardship waiver request at the time of Medicaid recovery. The denial of a hardship waiver or compromise may be appealed through the appropriate legal system. Medicaid will provide hardship waiver application information to the known heirs at the time of recovery.

Please share this form with all family members and potential heirs.

If you have questions or need additional clarification, please contact the Medicaid Estate Recovery Program at (775) 687-8416, email mer@nvha.nv.gov or visit its website at www.dhcfp.nv.gov under “Programs.”

¹Certain inpatients in nursing Facilities or institutions refers to individuals with respect to whom the State determines, after notice and opportunity for hearing, that the inpatient cannot reasonably be expected to be discharged from the medial institution and return home.



STATE OF NEVADA VOTER REGISTRATION APPLICATION

Application No.

USE BLACK OR BLUE INK ONLY – PLEASE PRINT CLEARLY

WARNING: GIVING FALSE INFORMATION IS A FELONY AND INCLUDES A CIVIL PENALTY OF UP TO \$20,000.

All fields are required unless marked Optional. If you do not provide all of the required information, your application to register to vote will not be complete.

1.	Are you a citizen of the United States? ☐ Yes ☐ No <i>If you checked "No" to the above question, do not complete this form.</i> Will you be at least 18 years of age on or before election day? ☐ Yes ☐ No If you checked "No" to the above question but are at least 17 years of age, do you wish to preregister to vote? ☐ Yes ☐ No <i>If you checked "No" to both of the prior questions, do not complete this form.</i>					
2.	Last Name	First Name	Middle Name	Suffix		
3.	Nevada Residential Address – See Instructions on Back (No P.O. Box/Business Address)		Apt. #	City	State NV Zip Code	
4.	Mailing Address – If Different From Above (P.O. Box or Mail Service Address Acceptable)		Apt. #	City	State Zip Code	
5.	Birth Date (MM/DD/YYYY)		6.	Place of Birth (State or Country)	7.	Telephone Number (Optional)
8.	☐ I have a valid NV Driver’s License or ID Card and that number is: _____ ☐ I have not been issued a NV Driver’s License or ID Card. The last 4 digits of my Social Security Number are: XXX – XX - ____ _ ☐ I have not been issued a NV Driver’s License or ID Card, and I do not have a Social Security Number. If you select this option, you will be contacted by your County Election Department for more information once your application is received. <i>Note: ID numbers provided above are confidential and not available for public inspection.</i>					
9.	If applicable, check one of the following: ☐ Military Domestic (or military spouse or dependent) – Only check if you are on active duty and will be absent from your place of registration ☐ Military Overseas (or military spouse or dependent) ☐ U.S. Citizen Overseas					
10.	Email Address (Optional) – Email Address is Confidential		11.	☐ CHECK THIS BOX TO RECEIVE A SAMPLE BALLOT IN LARGER TYPE		
12.	Party Registration – Check Only One Box ☐ Democratic Party ☐ Independent American Party ☐ Libertarian Party of Nevada ☐ Nonpartisan (No Political Party) ☐ Republican Party ☐ Other Party – Write in below _____		13.	I swear or affirm I am a U.S. citizen. I will be at least 18 years old by the date of the next election, or if I indicated in Box 1 above that I am preregistering to vote, I am at least 17 years old. I will have continuously resided in Nevada at least 30 days in my county and at least 10 days in my precinct before the next election at which I intend to vote. The residential address listed herein is my sole legal place of residence, and I claim no other place as my legal residence. If I am preregistering to vote, I understand and acknowledge that I will be deemed to have registered to vote as of the date of my 18th birthday unless my preregistration is canceled by any of the means or for any of the reasons for canceling voter registration pursuant to Chapter 293 of the Nevada Revised Statutes. I am not currently serving a term of imprisonment for a felony conviction. I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. SIGNATURE OF APPLICANT (REQUIRED) (MM / DD / YYYY)		
14.	Your name and residential address where you were last registered to vote (Name Used, Address, State, etc.)					
15.	Important! If you are assisting a person to register to vote and you are not a Field Registrar appointed by a County Clerk / Registrar of Voters or an employee of a voter registration agency, you MUST complete the following. Your signature is required. Failure to do so may be a felony.					
	Full Name	Mailing Address	City/State/Zip Code	Signature		
OFFICIAL USE ONLY. DO NOT WRITE IN THE SHADED AREA BELOW.						
DATE STAMP		☐ AGENCY ☐ FIELD REGISTRAR ☐ MAIL ☐ IN PERSON ☐ OTHER	CANCELLED INACTIVE PRECINCT	APPLICATION NO.		
				RECEIVED BY:		
✂ Detach Here ✂		✂ Detach Here ✂		✂ Detach Here ✂		
NAME OF PERSON RETAINING THIS APPLICATION (Agency Stamp or Name of Agent, Election Official or Person Retaining Application)		ELECTION OFFICIAL OR AGENCY (Contact Information, Address, Telephone, Fax)		VOTER APPLICATION RECEIPT (Please Retain Receipt) Your voter registration information has been transmitted to your County Election Office for processing. Within 10 days after receiving your information, your County Election Office will mail your Nevada Voter Registration Card or a notice that additional information is required to complete your registration. APPLICATION NO.		

INSTRUCTIONS

Box 1 – PREREGISTRATION: Every citizen of the United States who is 17 years of age or older but less than 18 years of age and has continuously resided in this state for 30 days or longer may preregister to vote by any of the means available for a person to register to vote pursuant to Nevada law. If a person preregisters to vote, he or she shall be deemed to be a registered voter on his or her 18th birthday unless the person’s preregistration has been cancelled or he or she does not satisfy the voter eligibility requirements.

Box 2 – NAME: Required. Please write your name exactly as it appears on your Nevada Driver’s License, ID Card, or Social Security Card.

Box 3 – ADDRESS WHERE YOU LIVE: Required. Your home address is the street address assigned to the location at which you actually reside. If you reside at a location that has not been assigned a street address, a description of the location at which you actually reside must be provided. A P.O. Box or business address cannot be listed as a home address.

Box 4 – ADDRESS WHERE YOU RECEIVE MAIL: Optional. Include your mailing address if it is different than your physical address. Include P.O. Boxes and Mail Service Addresses, if applicable.

Box 8 – IDENTIFICATION: Required. Include your Nevada Driver’s License or Nevada Identification Card number. If you do not have a driver’s license or identification card issued by a Nevada DMV, include the last four digits of your Social Security Number. If you do not have a Nevada Driver’s License or Social Security Number, you will be contacted by your County Election Department for more information once your application is received.

Box 9 – MILITARY: Required, if applicable. Mark the applicable box.

Box 12 – POLITICAL PARTY AFFILIATION: Required. Mark your choice of a qualified political party, “Nonpartisan” or “Other.” If you mark “Other,” you may print the name of an unlisted political party. If you register with a minor political party or as a nonpartisan, you will receive a nonpartisan ballot for the Primary Election.

Box 13 – DECLARATION: Required. Sign and date. Voting Rights are immediately restored for all felony convictions upon release from prison.

Box 14 – UPDATING INFORMATION: Optional. You may include the last address where you were registered to vote. This helps the County Clerk/Registrar of Voters identify you as the applicant.

Box 15 – ASSISTANCE: Required, if applicable. If you are assisting a person to preregister or register to vote, you must complete Box 15. *FAILURE TO DO SO MAY BE A FELONY.*

DEADLINES FOR SUBMITTING APPLICATION:

- ❖ By Mail – Postmarked by the fourth Tuesday preceding the primary or general election.
- ❖ In-Person at your local County Clerk’s or Registrar of Voters Office – By the fourth Tuesday preceding the primary or general election.
- ❖ Online – By the Thursday preceding the primary or general election. Online Registration available at: www.RegisterToVoteNV.gov
- ❖ For Special / Recall Elections – Contact your County Clerk or Registrar of Voters.

SAME-DAY VOTER REGISTRATION: Eligible Nevada voters can register to vote or update existing voter registration information in person at the polling place either during early voting or on Election Day.

INTERESTED IN BEING A POLL WORKER? Please contact your local County Clerk or Registrar of Voters Office.

NOTICE: You are urged to return your application to the County Clerk or Registrar of Voters in person or by mail. If you choose to give your completed application to another person to return to the County Clerk or Registrar of Voters on your behalf, and the person fails to deliver the application to the County Clerk or Registrar of Voters, you will not be preregistered or registered to vote, as applicable. Please retain the duplicate copy or receipt from your application to preregister or register to vote.

COUNTY	ELECTION DEPARTMENT ADDRESS	COUNTY	ELECTION DEPARTMENT ADDRESS
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 P.O. Box 90, 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 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) 237-5263	10 South Main Street, Eureka, NV 89316 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 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

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



**DEPARTMENT OF
HUMAN SERVICES**

DIVISION OF SOCIAL SERVICES

Helping people. It's who we are and what we do.



Robert H. Thompson
Administrator

Solicitud de elegibilidad presunta de Medicaid

Utilice este formulario para saber rápidamente si califica para elegibilidad presunta de Medicaid. La elegibilidad presunta le ofrece a usted y a su familia acceso inmediato a cuidado de salud mientras solicita Medicaid normal u otra cobertura de salud.

Para saber si califica para Medicaid normal u otra cobertura de salud, usted debe completar y entregar una Solicitud de Seguro de Salud a la División de Servicios Sociales. Mientras espera saber si califica para Medicaid normal u otra cobertura de salud, usted puede recibir servicios de salud a través del programa de elegibilidad presunta.

Usted puede solicitar en línea para asistencia médica en www.dss.nv.gov Puede completar la solicitud en formato papel y enviarla por correo a:

Division of Social Services PO Box 15400
Las Vegas, NV 89114

¿Quién califica para elegibilidad presunta de Medicaid?

Usted puede calificar para elegibilidad presunta de Medicaid si cumple con todas las siguientes reglas:

- Sus ingresos están por debajo del nivel federal de pobreza para una familia del tamaño de la suya.
- Usted es ciudadano de los EE.UU. o inmigrante elegible.
- Aún no tiene Medicaid.
- No ha tenido elegibilidad presunta de Medicaid en Nevada en los últimos 24 meses.
- Pertenece a uno de los grupos que califican para elegibilidad presunta de Medicaid:
 - Niños menores de 19 años
 - Padres y parientes cuidadores
 - Mujeres embarazadas
 - Otros adultos de 19-64 años
 - De edad límite para Cuidado Temporal

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Puede obtener ayuda para completar su solicitud a través de socios de la comunidad o el personal de la división.

Para encontrar una ubicación cercana a su domicilio:

Visite www.dss.nv.gov y seleccione *comuníquese con nosotros*, o llame al 1-800-992-0900 (voz) o 1-800-326-6888(TTY)

1

Infórmenos acerca de usted

Pedimos esta información para poder comunicarnos con usted referente a esta solicitud.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Dirección de su **domicilio** (deje en blanco si no tiene una dirección)

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo (si es distinta a la dirección de su domicilio) Debe proporcionar una dirección en donde recibe correo.

Número de teléfono (si tiene uno)

Dirección de correo electrónico (si tiene una)

2

Infórmenos acerca de su familia

Anote a usted y a los miembros de su familia inmediata que viven con usted. Incluya su cónyuge y sus hijos, menores de 19 años, si viven con usted.

Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)

Parentesco con usted

Género

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAA A)

¿Está solicitando elegibilidad presunta de Medicaid? (Sí o No)

¿Ya había recibido beneficios de Medicaid? (Sí o No)

¿Es usted ciudadano de los EE.UU. o inmigrante elegible? (Sí o No)

Número de Seguro Social

¿Es residente de Nevada? (Sí o No)

Conteste por los miembros de la familia que están solicitando asistencia. Si una persona no está solicitando asistencia, estas preguntas son opcionales, pero el proporcionar la información puede acelerar el proceso de solicitud.

(Igual que lo arriba indicado)

Sí mismo

3

Otras preguntas

Conteste estas preguntas para usted y los miembros de la familia indicados en la sección 2. Sus respuestas ayudarán a determinar si usted o algún miembro de la familia califican.

¿Está embarazada alguien que está solicitando elegibilidad presunta de Medicaid?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Fecha esperada de parto? (mes/día/año) _____

¿Cuántos bebés se esperan? _____

¿Ya ha recibido este individuo elegibilidad presunta para este embarazo?

Sí No

¿Está recibiendo Medicare alguien que está solicitando elegibilidad presunta de Medicaid?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

¿Ha estado en cuidado temporal en el Estado de Nevada alguien, menor de 26 años, que está solicitando elegibilidad presunta de Medicaid?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ Edad cuando salieron del programa: _____

4

Infórmenos acerca de los ingresos de su familia

Escriba el total de ingresos, antes de deducciones de impuestos, para todos los miembros de la familia indicados en la sección 2.

↙ Ingresos de empleo *Por ejemplo: sueldos, salarios, e ingresos de empleo por cuenta propia.*

Cantidad \$ _____ ¿Frecuencia? (marque uno) ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Anual

Cantidad \$ _____ ¿Frecuencia? (marque uno) ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Anual

↙ Otros ingresos *Por ejemplo: cheques de beneficios por desempleo, pensión alimenticia, o pagos por discapacidad de la Administración del Seguro Social (SSDI). No incluya Seguridad de Ingreso Suplementario (pagos de SSI) o manutención de niños.*

Cantidad \$ _____ ¿Frecuencia? (marque uno) ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Anual

Cantidad \$ _____ ¿Frecuencia? (marque uno) ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Anual

5

Selección del plan de salud

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)
☐ Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions	Urbano Clark Urbano Washoe	1-844-396-2329	mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.htm
☐ CareSource	Rurales Urbano Clark Urbano Washoe	1-833-230-2058	caresource.com/nv/plans/medicaid/
☐ Health Plan of Nevada	Urbano Clark	1-800-962-8074	myHPNmedicaid.com/Member
☐ Molina Healthcare	Urbano Clark Urbano Washoe	1-833-685-2109	meetmolina.com/nv-medicaid
☐ 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
---------------------------------------	-----------------------	-------------------------------	------------------------	-----------------------------	------------------------

6**Firme este formulario aquí**

Yo firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas a mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a penalidades bajo las leyes federales si intencionalmente proporciono información falsa o incorrecta.

Yo juro que he reportado honestamente mi estado de ciudadanía y de cualquier persona por la cual estoy solicitando.

Su firma:**Fecha:****Testigo:** (Utilice si el solicitante no puede leer ni escribir o es ciego.)

La información contenida en esta solicitud ha sido leída al solicitante y he sido testigo de la firma anterior.

Firma del testigo:**Fecha:****7****Si usted califica para elegibilidad presunta de Medicaid, ¿cuál es el siguiente paso?**

- Usted recibirá una carta del hospital notificándole que ha sido aprobado.
- **Puede comenzar a usar su cobertura de elegibilidad presunta de Medicaid inmediatamente** para servicios como visitas al médico, servicios de hospital y medicamentos con receta. Puede ir a cualquier proveedor de servicios de salud que acepte Medicaid, a partir del día de aprobación.
 - El hospital le dará una carta notificándole que está aprobado para que pueda comenzar a usar su cobertura de elegibilidad presunta de Medicaid. Use esta carta para obtener servicios hasta que reciba una tarjeta por correo. Debe recibir la tarjeta dentro de 7 a 10 días. Si pierde la carta, llame al servicio al cliente al 1-800-992-0900.
 - Si la carta indica que usted califica para elegibilidad presunta de Medicaid porque está embarazada, puede obtener cuidado en una clínica ambulatoria o en otros lugares en la comunidad. La elegibilidad presunta de Medicaid no cubre los costos de hospitalización.
- Si usted no completa y envía la Solicitud de Seguro de Salud para saber si califica para Medicaid normal u otra cobertura de salud, su cobertura de elegibilidad presunta de Medicaid terminará el último día del mes después del mes de aprobación.
 - Por ejemplo, si calificó para elegibilidad presunta de Medicaid en enero, esta terminará el último día de febrero.
- **Para saber si califica para Medicaid normal u otra cobertura de salud:**

Usted puede solicitar en línea para asistencia médica en www.dss.nv.gov

Puede completar la solicitud en formato papel y enviarla por correo a:

Division of Social Services
PO Box 15400
Las Vegas, NV 89114

El hospital le dará una solicitud.

8**Si usted no califica para elegibilidad presunta de Medicaid, ¿cuál es el siguiente paso?**

Usted recibirá una carta del hospital notificándole que no ha sido aprobado. No puede apelar la decisión del hospital. PERO, aún puede solicitar Medicaid normal u otra cobertura de salud al completar la Solicitud de Seguro de Salud, en línea en accessnevada.nv.gov, por teléfono o con una solicitud en formato papel.



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? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ No ¿Si usted marcó “No” a la pregunta anterior, pero tiene por lo menos 17 años de edad, usted desea preinscribirse para votar? ☐ Sí ☐ No <i>Si usted marcó “No” a las dos preguntas anteriores, no llene esta solicitud.</i>		
2.	ApellidoPrimer NombreSegundo NombreSufijo		
3.	Dirección Residencial de Nevada – Vea las Instrucciones al Reverso (No Apartado Postal/Dirección de Negocio)Apto. #CiudadEstadoCódigo PostalNV		
4.	Dirección de Correo – Si es Diferente de la Anterior (Apartado Postal o Servicio de Buzón Aceptable)Apto. #CiudadEstadoCódigo Postal		
5.	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)Lugar de Nacimiento (Estado o País)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. <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: ☐ 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 ☐ MARQUE ESTA CASILLA PARA RECIBIR UNA BOLETA DE MUESTRA EN LETRA GRANDE		
12.	Inscripción de Partido – Marque Sólo Una Casilla ☐ Partido Demócrata <i>(Democratic Party)</i> ☐ Partido Independiente Americano <i>(Independent American Party)</i> ☐ Partido Libertario de Nevada <i>(Libertarian Party of Nevada)</i> ☐ No Partidista (no afiliación a un partido) <i>(Nonpartisan - No Political Party)</i> ☐ Partido Republicano <i>(Republican Party)</i> ☐ 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 (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 CompletoDirección de CorreoCiudad/Estado/Código PostalFirma		
SÓLO PARA USO OFICIAL NO ESCRIBA EN LA SIGUIENTE ÁREA SOMBREADA.			
		☐ AGENCY ☐ FIELD REGISTRAR ☐ MAIL ☐ IN PERSON	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)	

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 Carson City Clerk (775) 887-2087	DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ELECCIONES 885 East Musser Street, Suite 1025, Carson City, NV 89701	CONDADO Lincoln Clerk (775) 962-8077	DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ELECCIONES 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