



May 15, 2026

Nevada Medicaid Web Announcement 3919

Updated Presumptive Eligibility (PE) Application Available

Effective May 16, 2026, providers must begin using the updated Presumptive Eligibility (PE) applications:

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

The revised applications include reorganized sections and updated language, including:

- Replaced all references to “Head of Household” with “Applicant.”
- Added a “Household Information” section to clarify who should be counted in the household.
- Added an “Additional Members in the Household” section to list each member individually.
- Added a “Former Foster Youth” section with applicable questions.
- Moved the Health Plan Selection section after “Sign Your Application” section.
- Updated the “Sign Your Application” language to remove “under penalty of perjury.”
- Added Division of Social Services contact information for submitting or completing a full Medicaid application.

All previous versions of the PE application must be destroyed and removed from circulation effective 5/16/26 and replaced with the attached version dated 04/26. Please ensure you are using the most current version for all PE determinations.

For more information or to access the updated applications, visit the Division of Social Services website [Applications and Forms](#). The forms are also attached below.

Joe Lombardo
Governor

Laura Rich
Director



DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

DIVISION OF SOCIAL SERVICES

Serving Nevada. Supporting Community. Building Futures.



Robert H. Thompson
Administrator

Application for Presumptive Eligibility for Medicaid

You can use this application to:

- apply for presumptive eligibility for Medicaid for you and your family.
- apply for presumptive eligibility through a qualified provider or hospital.
- receive prenatal care for a new pregnancy.
- receive health care services from a qualified hospital.
- receive immediate access to health care for a temporary period of up to 60 days for you and your family.

You may qualify for presumptive eligibility for Medicaid if you meet all 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 or have not already received presumptive eligibility for your current pregnancy
- You are in one of the groups that qualifies for presumptive eligibility for Medicaid:

Who may qualify for Presumptive Eligibility (PE) for Medicaid?

- Children under age 19
- Pregnant women
- People under age 26 who were in foster care at age 18
- Individuals in treatment for breast and cervical cancer will be referred to the Women's Health Connection program
- Parents and caretaker relatives
- Other adults aged 19-64

Ask your representative to call us at 1-800-992-0900 (voice), to assist you in applying for full Medicaid over the telephone. Need help in another language other than English, call 1-800-992-0900 and tell the customer service representative the language you need.

TTY users should call 1-800-326-6888.

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

1 Applicant 1 <i>(This information is used so that we can register this application.)</i>		
First Name, MI, Last Name, (Suffix)		Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Date of Birth	Social Security Number (Optional):	United States Citizen, National or eligible immigrant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Are you pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, have you received PE previously for this pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
How many babies do you expect? _____		
All PE applicants are eligible to receive PE in Nevada only once within a 24-month period for any non-pregnancy related reason.	Have you received PE within the last 24 months for a non-pregnancy related reason? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, when did you receive PE? ____/____/____	

2 Contact Information <i>(This information is used so that we can contact you about this application if needed.)</i>				
Are you Homeless? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>(If yes, you must still provide a mailing address to receive your mail)</i>				
Do you intend to reside in Nevada? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Residence Address: <i>(Leave blank if you don't have one)</i>				
Number	Direction	Street	Type	Apt#
City		State/Territory	Zip Code	Other
Is Your Mailing Address the Same as the Residence Address? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Mailing Address: <i>(Leave blank if your mailing address is the same as your residence address)</i>				
Number	Direction	Street	Type	Apt#
City		State/Territory	Zip Code	Other
Daytime Phone #	Ext.	Cellular Phone #	Message Phone #	
Email address: _____				
Optional Text Messaging Opt-In/Opt-Out				
The information provided on this application, including your phone number(s), will be shared with any Department of Human Services (DHS) Division and Managed Care Organization (MCO) to which you are assigned. Consent authorizes calls and/or texts from DHS, MCO, or any contractors acting on their behalf, at any phone number(s) you provide on this application, now or in the future, including information regarding healthcare needs and treatment, wellness services, plan benefits, eligibility, renewal and/or redetermination, and for any other communication relating to your relationship with DHS or the MCO concerning health coverage. These calls/texts may be made using automated technology, such as with an automatic telephone dialing system or artificial or prerecorded voice message. Standard message and data rates may apply.				
<input type="checkbox"/> I Do Consent to Receive Text Messaging			<input type="checkbox"/> I Do Not Consent to Receive Text Messaging	

Household Information

Your income and family size help us decide what programs you qualify for. With this information, we can make sure everyone gets the most coverage possible.

Who should be counted as part of your household on this application:

- your spouse, if married
- your children who live with you under age 19
- your partner who lives with you (but only if you have children together who need health insurance)
- anyone you include on your federal tax return, **whether they live with you or not**
- **If you don't file a tax return, remember to still add family members who live with you.**

If any members of your household are applying for PE, complete the "Additional Members in the Household" section for each person. If you have more than 3 people in your family applying for PE, you will need to make a copy of the "Additional Members in the Household" pages and complete for each additional member.

How many people are in your household? _____

Are Additional Members in the Household Applying for PE?

Yes (If yes, complete section 3)

No (If no, skip to section 4)

How many additional members are applying for PE with you? _____

3

Additional Members in the Household

(Complete one section for each additional member in the household, use additional sheets of paper if you need to add more than 3 additional members)

+1	First Name, MI, Last Name, (Suffix)	Relationship to Applicant 1	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth
	Social Security Number (Optional):		United States Citizen, National or eligible immigrant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	Are you pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	How many babies do you expect? _____	If yes, have you received PE previously for this pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
	All PE applicants are eligible to receive PE in Nevada only once within a 24-month period for any non-pregnancy related reason.	Have you received PE within the last 24 months for a non-pregnancy related reason? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, when did you receive PE? ____/____/____		

+2	First Name, MI, Last Name, (Suffix)	Relationship to Applicant 1	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth	
	Social Security Number (Optional):		United States Citizen, National or eligible immigrant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Are you pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, have you received PE previously for this pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
How many babies do you expect? _____		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
All PE applicants are eligible to receive PE in Nevada only once within a 24-month period for any non-pregnancy related reason.		Have you received PE within the last 24 months for a non-pregnancy related reason? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, when did you receive PE? ____/____/____			
+3	First Name, MI, Last Name, (Suffix)	Relationship to Applicant 1	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth	
	Social Security Number (Optional):		United States Citizen, National or eligible immigrant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
	Are you pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, have you received PE previously for this pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
	How many babies do you expect? _____		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
All PE applicants are eligible to receive PE in Nevada only once within a 24-month period for any non-pregnancy related reason.		Have you received PE within the last 24 months for a non-pregnancy related reason? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, when did you receive PE? ____/____/____			

4	Former Foster Youth <i>(Answer this question for anyone applying for PE.)</i>
Has anyone applying for presumptive eligibility for Medicaid, if under the age of 26, ever been in foster care? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, who? _____ Age when they left the program: _____	

5	Medicare <i>(Answer this question for anyone applying for Hospital Presumptive Eligibility.)</i>
Does anyone applying for hospital presumptive eligibility qualify for or entitled to Medicare? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, who? _____	

6	Tell Us About Your Family's Income <i>(Include the total income before taxes, received by you and all household members.)</i>
----------	---

↓ 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

Alimony received as a result of a divorce decree finalized on or after 1-1-2019 is not countable income for PE.

7	<p>Sign your application</p> <p>I'm signing this application and providing 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.</p> <p>I swear I have honestly reported the citizenship status of myself and anyone I am applying for.</p>
	<p>Your signature: _____ Date: _____</p>

8	<p>Health Plan Selection / Managed Care Organization Preference</p> <p><i>(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 programs. If you or any family members are already enrolled in one of the current managed care organizations (MCO), you might not be able to switch at this time. Enrolled families will receive a member handbook explaining their benefits.)</i></p>
----------	--

Which Managed Care Plan Would You Like?	Available Regions	Contact Phone	Website (Visit for more Information)
<input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions	Urban Clark Urban Washoe	1-844-396-2329	mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html
<input type="checkbox"/> CareSource	Rurals Urban Clark Urban Washoe	1-833-230-2058	caresource.com/nv/plans/medicaid/
<input type="checkbox"/> Health Plan of Nevada	Urban Clark	1-844-962-8074	myHPNmedicaid.com/Member
<input type="checkbox"/> Molina Healthcare	Urban Clark Urban Washoe	1-33-685-2102	meetmolina.com/nv-medicaid
<input type="checkbox"/> 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 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	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

9	<p>If you qualify for presumptive eligibility, what happens next?</p>
----------	--

- You will get a letter from the qualified provider or hospital saying you were approved.
- **You can start using your presumptive eligibility for Medicaid coverage right away** for services such as prenatal doctor visits or other health care services including 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 qualified provider or hospital will give you a letter saying that you are approved for one of the presumptive eligibility programs. The letter will also contain your new Medicaid billing number. You may use the letter as proof of eligibility for Medicaid to receive services from a Medicaid provider within the presumptive eligibility program you have been approved for. If you lose your letter, you must return to the provider or hospital that approved you for a replacement if you are still eligible. Presumptive eligibility is temporary and may end prior to the 60th day.
 - If the letter says you qualify for presumptive eligibility for prenatal care because you are pregnant, you can get prenatal care at outpatient clinics or other places in the community. Presumptive eligibility for prenatal care provides limited services and will not cover the cost if you are admitted to a hospital.

- If you do not submit a completed Application for Health Insurance to DSS 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 would end on the last day of February.

- **To see if you qualify for regular Medicaid or other health coverage:**

To find out, you must complete and submit an “Application for Health Insurance” to the Division of Social Services (DSS). While you wait to learn if you qualify for regular Medicaid or other health coverage, you may be able to get your prenatal care or other health services temporarily through the presumptive eligibility program.

You can apply for health insurance online at accessnevada.nv.gov

You may also download a paper application for health insurance from dss.nv.gov.

You may submit your completed application to DSS by mail to:

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

You may email a completed application to welfare@dss.nv.gov

You can complete a full Medicaid application over the phone by contacting DSS at:

○ Statewide	○ (800) 992-0900
○ Southern Nevada	○ (702) 486-1646
○ Northern Nevada	○ (775) 684-7200
○ Language Number	○ (800) 992-0900

You may send your application via facsimile (fax) to 702-486-1837.

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

Find a location nearest your home:

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

For more information, go to dss.nv.gov.

10 If you do not qualify for presumptive eligibility, what happens next?

You will get a letter from the qualified provider or hospital saying you were not approved. You cannot appeal the decision. You may 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 by submitting a paper application.



Solicitud de Elegibilidad Presunta de Medicaid

Usted puede utilizar esta solicitud para:

- solicitar para la elegibilidad presunta de Medicaid para usted y su familia.
- solicitar para la elegibilidad presunta por un proveedor calificado u hospital.
- recibir cuidado prenatal por un nuevo embarazo.
- recibir servicios de salud de un hospital calificado.
- recibir acceso inmediato a cuidado de salud por un periodo temporal de hasta 60 días para usted y su familia.

Usted puede calificar para la elegibilidad presunta de Medicaid si cumples con todas estas reglas:

¿Quién puede calificar para la Elegibilidad Presunta (PE) de Medicaid?

- Su ingreso es menos del nivel federal de pobreza para una familia de su tamaño
- Eres un ciudadano de los EE.UU., nacional de los EE.UU., o inmigrante elegible
- No tiene ya Medicaid
- No ha tenido elegibilidad presunta para Medicaid en Nevada en los últimos 24 meses o no ha recibido ya la elegibilidad presunta para su embarazo actual
- Usted esta en uno de los grupos que califica para Medicaid de elegibilidad presunta:
 - Niños menores de 19 años
 - Mujeres embarazadas
 - Las personas menores de 26 años quien estaban en el cuidado temporal a los 18 años
 - Las personas en tratamiento para el cáncer cervical y de mama será referido al programa Conexión de Salud para las Mujeres.
 - Padres y parientes cuidadores
 - Otros adultos 19 a 64 años de edad

¿Necesita ayuda con su solicitud?

Pídale a su representante que nos llame al 1-800-992-0900 (voz), para asistir en solicitar por teléfono el Medicaid completo. Necesita ayuda en un idioma distinto al inglés, llame 1-800-992-0900 e informe al representante de servicio al cliente lo que necesita.

Usuarios TTY deben llamar 1-800-326-6888.

Puede recibir asistencia personal en completando su solicitud por socios comunitarios o personal local de la división.

Encontrar una ubicación cercana a su domicilio:
Visite dss.nv.gov y escoge contacto, o llame 1-800-992-0900 (voz) 1-800-326-6888 (TTY)

1 Solicitante 1 (Esta información fue utilizada para registrar su solicitud.)		
Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, (Sufijo)		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social (Opcional):	¿Ciudadano de los EE.UU., Nacional o inmigrante elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿ha recibido anteriormente PE para este embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cuántos bebés espera? _____		
Todos los solicitantes de PE son elegible para recibir PE en Nevada solo una vez dentro de 24 meses del periodo por cualquier motivo no relacionado con el embarazo.		¿Ha recibido PE en los últimos 24 meses por un motivo no relacionado con el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, cuándo recibió PE? <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>

2 Información de contacto (Esta información es utilizado para poder estar en contacto con usted sobre esta solicitud, si es necesario.)				
¿Es usted una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es sí, todavía tiene que proporcionar una dirección de correo para recibir su correo)				
¿Tiene la intención de vivir en Nevada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Dirección de Residencia: (Dejar en blanco si no tiene uno)				
Número	Dirección	Calle	Tipo	Apt#
Ciudad	Estado/Territorio		Código postal	Otro
¿Su dirección de correo es la misma que la dirección de domicilio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Dirección de correo: (Dejar en blanco si su dirección de correo es el mismo a su dirección de residencia)				
Número	Dirección	Calle	Tipo	Apt#
Ciudad	Estado/Territorio		Código postal	Otro
Número de teléfono de día#		Ext.	Teléfono de celular#	Teléfono de mensajes#
Dirección de correo electrónico: _____				
Opción de Mensaje de Texto optar por participar/optar por no participar				
La información proporcionado en esta solicitud, incluyendo su número(s) de teléfono, serán compartidos con la División de Departamento de Servicios Humanos (DHS), y la Organización de Atención Administrado (MCO), por lo cual se le asigna. Consentimiento autoriza llamadas y/o textos de DHS, MCO, o cualquier contratista actuando en su nombre, en cualquier número(s) de teléfono que proporcionó en su solicitud, ahora o en el futuro, incluyendo información sobre sus necesidades de salud o tratamientos, servicios de bienestar, planes de beneficios, elegibilidad, renovar y/o redeterminación, y para cualquier otra comunicación relacionado con DHS o MCO sobre su cobertura de salud. Estas llamadas/textos se pueden hacer usando la tecnología automática, como con un sistema de marcación telefónica automática o artificial o mensaje de voz grabado antemano. Tarifas de mensajes y datos estándares pueden aplicar.				
<input type="checkbox"/> Do my consentimiento para recibir mensaje de texto			<input type="checkbox"/> No do my consentimiento para recibir mensajes de texto	

Información del hogar

Sus ingresos y el tamaño de la familia nos ayudan a decidir para cuales programas califica. Con esta información, podemos asegurarnos de que todos reciban la más amplia cobertura posible.

Quién debe ser contado como parte de su hogar en esta solicitud:

- su cónyuge, si es casado
- sus niños que viven con usted menor de 19 años
- su pareja que vive con usted (pero sólo si tiene niños en común que necesitan seguro de salud)
- cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos federal, **sin importar que viven con usted o no**
- **Si usted no presenta una declaración de impuestos, debe aún incluir los miembros de la familia que viven con usted.**

Si algún miembro de su hogar esta solicitando PE, complete la sección “Miembros Adicionales en el Hogar” para cada persona. Si tiene más de 3 personas en su familia solicitando PE, tendrá que hacer una copia de las páginas “Miembros adicionales del hogar” y completarlas por cada miembro adicional.

¿Cuántas personas están en su hogar?

¿Miembros adicionales en el hogar están solicitando PE?

Sí (Si la respuesta es sí, complete sección 3)

No (Si no, pase a sección 4)

¿Cuántos miembros adicionales están solicitando PE con usted?

3

Miembros adicionales en el hogar

(Complete una sección por cada miembro adicional en el hogar, utilizar hojas de papel adicionales si necesita agregar más de 3 miembros adicionales)

+1	Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, (Sufijo)	Parentesco con Solicitante 1	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento
	Número de Seguro Social (Opcional):		¿Ciudadano de los EE.UU., Nacional o inmigrante elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿ha recibido anteriormente PE para este embarazo? ¿Cuántos bebés espera? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Todos los solicitantes de PE son elegible para recibir PE en Nevada solo una vez dentro de 24 meses del periodo por cualquier motivo no relacionado con el embarazo	¿Ha recibido PE en los últimos 24 meses por un motivo no relacionado con el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, cuándo recibió PE? ____/____/____		

+2	Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, (Sufijo)	Parentesco con Solicitante 1	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento
	Número de Seguro Social (Opcional):		¿Ciudadano de los EE.UU., Nacional o inmigrante elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿ha recibido anteriormente PE para este embarazo? ¿Cuántos bebés espera? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Todos los solicitantes de PE son elegible para recibir PE en Nevada solo una vez dentro de 24 meses del periodo por cualquier motivo no relacionado con el embarazo		¿Ha recibido PE en los últimos 24 meses por un motivo no relacionado con el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, cuándo recibió PE? ____/____/____	

+3	Primer nombre, Segundo nombre, Apellido, (Sufijo)	Parentesco con Solicitante 1	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento
	Número de Seguro Social (Opcional):		¿Ciudadano de los EE.UU., Nacional o inmigrante elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿ha recibido anteriormente PE para este embarazo? ¿Cuántos bebés espera? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Todos los solicitantes de PE son elegible para recibir PE en Nevada solo una vez dentro de 24 meses del periodo por cualquier motivo no relacionado con el embarazo		¿Ha recibido PE en los últimos 24 meses por un motivo no relacionado con el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, cuándo recibió PE? ____/____/____	

4	Joven Bajo Cuidado Temporal Estatal <i>(Contestar esta pregunta para cualquiera solicitando PE.)</i>
¿Alguien solicitado elegibilidad presunta de Medicaid, si es menor de 26 años, ha estado bajo el cuidado temporal estatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ Edad cuando salieron del programa: _____	

5	Medicare <i>(Contestar esta pregunta para cualquiera solicitando para Elegibilidad Presunta del Hospital.)</i>
¿Alguien solicitando elegibilidad presunta del hospital califica o tiene derecho a Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es sí, ¿quién? _____	

6	Díganos Sobre el Ingreso de Su Familia <i>(Incluir el ingreso total antes de impuestos, recibido por usted y todos los miembros del hogar.)</i>
----------	---

↓ Ingresos por Empleo Por ejemplo, sueldos, salarios, e ingreso de cuenta propia.
Cantidad \$ _____ ¿Frecuencia? (Marque uno) Semanal Quincenal Mensual Anual

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

↓ Otros ingresos: Por ejemplo, cheques del desempleo, pensión alimenticia, o pagos de discapacidad de la Administración del Seguro Social (SSDI). *No incluir Seguridad de Ingreso Suplementario (pagos del SSI) o cualquier manutención de niños que recibe.*
Cantidad \$ _____ ¿Frecuencia? (Marque uno) Semanal Quincenal Mensual Anual
Cantidad \$ _____ ¿Frecuencia? (Marque uno) Semanal Quincenal Mensual Anual
Petición alimenticia recibido como resultado de un decreto de divorcio finalizado en o después del 1-1-2019 no es ingreso contable para PE.

7	<p>Firmar su solicitud</p> <p>Estoy firmando esta solicitud y proporcionando respuestas verdaderas a todas las preguntas a lo mejor de mi consentimiento. Sé que puedo ser sujeto a penalidades bajo la ley federal si doy información intencionalmente falsa o incorrecta.</p> <p>Yo juro que he reportado honestamente la ciudadanía mía y de cualquier persona por la cual también solicito servicios.</p>
<p>Su firma: _____ Fecha: _____</p>	

8	<p>Selección del Plan de Salud / Organizaciones de Preferencia de Atención Administrada</p> <p><i>(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 de azar. Su selección de plan de salud no garantiza la aceptación en los programas Medicaid de Nevada o Nevada Check-Up. Si usted o algún miembro de la familia ya está inscrito en una de las organizaciones de atención administradas (MCO) actualizadas, no podrá cambiarlo en este momento. Las familias inscritas recibirán un manual explicándoles los beneficios del plan de salud.)</i></p>
----------	---

¿Cuál Opción de Atención Administrada le Gustaría?	Regiones Disponibles	Número de Contacto	Sitio web (Visite para más información)
<input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross and Blue Shield Healthcare Solutions	Urban Clark Urban Washoe	1-844-396-2329	mss.anthem.com/nevada-medicaid/home.html
<input type="checkbox"/> CareSource	Rurales Urban Clark Urban Washoe	1-833-230-2058	caresource.com/nv/plans/medicaid/
<input type="checkbox"/> Health Plan of Nevada	Urban Clark	1-844-962-8074	myHPNmedicaid.com/Member
<input type="checkbox"/> Molina Healthcare	Urban Clark Urban Washoe	1-33-685-2102	meetmolina.com/nv-medicaid
<input type="checkbox"/> SilverSummit Healthplan	Rurales Urban Clark Urban Washoe	1-844-366-2880	silversummithealthplan.com

Ninguna Preferencia (Nota: Si no escoge una opción de Atención Administrada, usted será asignado uno por Medicaid)

Para más información en los planes diferentes de MCO, visite <https://dhcfnv.gov/Members/BLU/MCOMain/>.

Si necesita buscar un proveedor, visite <https://www.medicaid.nv.gov/hcp/provider/Home/tabid/135/Default.aspx>, y buscar un proveedor o puede llamar una de las oficinas del distrito local de Medicaid hacia abajo:

Estatal	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

9	<p>Si califica para la elegibilidad presunta, ¿qué pasa después?</p>
----------	---

- Recibirá una notificación del proveedor calificado u hospital diciendo que fue aprobado.
- **Puede empezar el uso de su elegibilidad presunta para la cobertura de Medicaid de inmediato** para servicios como visitas al médico prenatal u otro servicios de salud incluyendo cuidado de hospital y drogas de receta. Puede ir a cualquier proveedor quien acepta Medicaid, empezando el día que es aprobado.
 - Para empezar el uso de su elegibilidad presunta de Medicaid, el proveedor calificado u hospital le dará una notificación diciendo que esta aprobada para una de las programas de elegibilidad presunta. La carta también contiene su nueva numeración de facturación para Medicaid. Usted puede usar la carta como comprobante de elegibilidad de Medicaid para recibir servicios del proveedor de Medicaid dentro del programa de elegibilidad presunta que usted fue aprobado. Si pierde su carta, usted tiene que regresar al hospital o al proveedor donde fue aprobado para recibir un reemplazo si aún sigue elegible. La elegibilidad presunta es temporal y puede terminarse antes del 60 día.
 - Si su notificación dice que calificó para elegibilidad presunta para el cuidado prenatal porque usted esta embarazada, puede recibir cuidado prenatal en clínicas de consulta externa u otras ubicaciones en la comunidad. La Elegibilidad Presunta para el cuidado prenatal proporciona servicios limitados y no cubrirá el gasto si usted es admitido al hospital.

- Si usted no somete una Solicitud de Seguro de Salud a DSS para ver si califica para Medicaid regular u otra cobertura de salud, su elegibilidad presunta para cobertura de Medicaid terminará el último día del mes después del mes en que eres aprobado.
 - Por ejemplo, si calificó para la elegibilidad presunta de Medicaid en enero, se terminará el último día de Febrero.

- **Para ver si califica para Medicaid regular u otra cobertura de salud:**

Para informarse, usted tiene que completar y someter una “Solicitud para Seguro de Salud” con la División de Servicios Sociales (DSS). Mientras que espera saber si califica para Medicaid regular u otra cobertura de salud, usted puede recibir cuidado prenatal u otros servicios de salud temporalmente por el programa de elegibilidad presunta.

Puede solicitar seguro de salud en línea al accessnevada.nv.gov

También puede descargar una solicitud en formato papel para seguro de salud de dss.nv.gov.

Puede someter su solicitud completado por DSS por correo a:

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

Puede enviar por correo electrónico una solicitud completada a welfare@dss.nv.gov

Usted puede completar una Solicitud de Medicaid por teléfono si se comunica con DSS al:

○ Estatal	○ (800) 992-0900
○ Sur de Nevada	○ (702) 486-1646
○ Norte de Nevada	○ (775) 684-7200
○ Número de idioma	○ (800) 992-0900

Puede enviar su solicitud a través de facímil (fax) a 702-486-1837.

Puede recibir asistencia personal completando su solicitud de socios comunitarios o personal de la división local.

Encontrar una ubicación cercana a su domicilio:

Visite dss.nv.gov y escoge contacto, o llame 1-800-992-0900 (voice)
 1-800-326-6888 (TTY)

Para más información, ir a dss.nv.gov.

10

Si no califica para la elegibilidad presunta, ¿qué pasa después?

Recibirá una notificación del proveedor calificado u hospital diciendo que no fue aprobado.

Usted no puede apelar la decisión. Todavía puede solicitar el Medicaid regular u otra cobertura de salud si completa una Solicitud de Seguro en línea a accessnevada.nv.gov o por teléfono o mediante una solicitud en papel.