



***Servicio Social del Condado de Clark  
Aplicación de Colocación de Cuidados a Largo Plazo***

Llene por completo la aplicación, incluyendo la primera sección. Si una sección no es aplicable, favor de poner N/A.

*Junta y copie todas las comprobaciones pertinentes listado en la pagina 6 de la aplicación.*

Devuelva la aplicación y las comprobaciones a:

Clark County Social Service  
Long Term Care/Homemaker Services  
1600 Pinto Lane  
Las Vegas, NV 89106  
Fax: 702-455-8682

Puede enviar por correo la aplicación y las comprobaciones, o traerlas personalmente y dejárselas a la recepcionista. Una trabajadora social **no estará** disponible en este tiempo para repasar la solicitud o responder a sus preguntas. Trajeando la documentación en persona solo ahorra tiempo de envío.

**Si tiene preguntas mientras llena la aplicación, favor de llamar 702-455-8687.**

**Servicio Social del Condado de Clark**  
**Aplicación de Colocación de Cuidados a Largo Plazo**

Por favor, llene toda la aplicación. No deje espacios sin contestar;  
si una sección no es aplicable, marque N/A.

<b>USO de OFICINA</b> Date Received: ____ / ____ / ____ Assigned Worker: _____ PIN: _____ Case #: _____
---

Fecha de solicitud: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enviado por: \_\_\_\_\_

Relacion/Agencia: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso en el hospital o centro de cuidados de larga duración: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha en que ya no se requieren cuidados intensivos: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Posible fecha de alta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Evaluación del nivel de asistencia determinado por el Estado de Nevada: \_\_\_\_\_ Fecha de Evaluación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Problemas médicos/razón de la colocación: \_\_\_\_\_

Persona de contacto para la cita: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

<b><u>SELECCIONE UNO:</u></b> Asilo de Ancianos Cuidado Grupal de Adults
--

**Información Del Paciente Que Requiere Cuidado a Largo Plazo**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido de soltero/a: \_\_\_\_\_

Número de Seguro social: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M F

Etnicidad: Hispano No – Hispano No elegido

Raza: Indio Americano / Nativo Americano Asiático Negro / Afro Americano  
Hispano o Latino Blanco Hawaiano Nativo / Isleño del Pacifico

Medicare #: \_\_\_\_\_ Parte A Fecha de Inicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Parte B Fecha de Inicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Si nació en el extranjero, estatus legal : \_\_\_\_\_

Estado Civil: Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Servicio Militar: \_\_\_\_\_ # de orden: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ A \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Discapacidad relacionada con el servicio: Si No \_\_\_\_\_ % Discapacidad

Dirección Actual: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Mensajes: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Información de Esposo/a** (Complete si la persona esta vivo/a, divorciado/a o fallecido/a) M F

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido de Soltero/a: \_\_\_\_\_

Número de Seguro social: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Etnicidad: Hispano No – Hispano No elegido

Raza: Indio Americano / Nativo Americano Asiático Negro / Afro Americano  
Hispano o Latino Blanco Hawaiano Nativo / Isleño del Pacifico

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de Medicare #: \_\_\_\_\_ Parte A Fecha de Inicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Parte B Fecha de Inicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Si nació en el extranjero, estatus legal: \_\_\_\_\_

Servicio Militar: \_\_\_\_\_ # de orden: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ A \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Discapacidad relacionada con el servicio: Si No \_\_\_\_\_ % Discapacidad

Dirección Actual: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Núm ero de Mensajes: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Otras personas que viven en el hogar (Sea concreto: hijo, hija, primos, ex esposa, amigo/a, Etc.)

Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Numero social	Relación a la cabeza de familia

**Ingresos familiares** (Lista de **todos los fondos** recibidos por **Paciente de cuidados a largo plazo, esposo/a, y los hijos menores a su cargo**, por ejemplo empleo, beneficios de desempleo, Pensión, Seguridad Social, manutención de los hijos, Etc.)

Miembro del hogar	Origen	Cantidad	Fecha de concesión Por semana/Mes.	Numero de reclamo

Ingresos Totales del Hogar: \$ \_\_\_\_\_

**Gastos Domésticos Pagados Realmente al Mes**

Gastos	Cantidad	Gastos	Cantidad
Hipoteca      Alquiler		Manutención de los hijos	
Recetas medicas, material medico		Cuidado de niños que no es pariente	
Seguro medico		IRS, Multas de conteo, Retribución	
Medico/Dentista/pago de facturas medicas		Otro:	

Total Actual de Gastos Mensuales del Hogar: \$ \_\_\_\_\_

**RECURSOS ANTERIORES**

Compañía de Seguro médico: \_\_\_\_\_ Pago por mes: \$ \_\_\_\_\_

Si no, razón: \_\_\_\_\_

Otros Recursos: Yo/Nosotros hemos solicitado el siguiente recurso \_\_\_\_\_ (SSI, SSA, VA, ADC, SIIS, Otro)  
 aplicamos en \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Fecha). Planeo/planemos aplicar en \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Fecha).

Demandas: Especifique las demandas pendientes por accidentes de automóvil u otros accidentes, trabajo, Etc.:

\_\_\_\_\_  
 Nombre y dirección del abogado: \_\_\_\_\_

Yo/Nosotros hemos declarado en bancarota: No Si Planeo/planemos aplicar en \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Fecha)

Nombre y dirección del abogado: \_\_\_\_\_

Bienes	Si	No	Cantidad en Efectivo o Valor	Compañía / Local	Número de Cuenta /Policía
Efectivo en mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
LTC cuenta fiduciaria del cliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Certificado de ahorro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Contenido de la caja fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Seguro(s) de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Seguro funerario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Acciones/ Bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Propiedad de viviendas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Propiedad que no es vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Fideicomiso/Escritura/Documentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Fondo Conjunto/IRA/Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Vehículo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Ganadería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Maquinaria/Equipamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		

Beneficiario: \_\_\_\_\_

Yo/nosotros vendido/ Regalado, o transferido propiedad de terreno(s), dinero, escrituras de fideicomiso, otros bienes a alguien en los últimos 36 meses. No Si En caso que si, facilite detalles:

Artículo: \_\_\_\_\_ Transferido a: \_\_\_\_\_

Relación conmigo/con nosotros: \_\_\_\_\_

Mercado libre No Si Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Valor : \$ \_\_\_\_\_

Yo/nosotros hemos recibido una suma de dinero en los últimos 36 meses: No  Si

Cantidad: \$ \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fuente: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

**Residencia en los últimos 3 Años:**

Dirección	Ciudad/Estado/Código Postal	Fechas	
		De	A

¿Cuánto tiempo lleva el paciente residiendo en el Condado de Clark? \_\_\_\_\_

**Empleo --- Paciente de cuidados a largo plazo, los últimos tres años:**

Empleador & Dirección	Posición	De	A	Motivo del abandono

Afiliación a la Unión, Pasado o presente. Local: \_\_\_\_\_

**Empleo --- Esposo/a, los últimos tres años**

Empleador & Dirección	Posición	De	A	Motivo del abandono

Afiliación a la Unión, Pasado o presente. Local: \_\_\_\_\_

**Familiares (Lista de Padres, Hermanos, Hermanas, hijos adultos)**

Nombre	Relación	Dirección	Teléfono

**Declaración del Paciente y Su Cónyuge:**

Yo/Nosotros Declaramos que yo/nosotros      Tengo/Tenemos       No Tengo/ No Tenemos   
algún familiar que pueda proporcionarle ayuda financiera.

Si la respuesta es si, Por favor Nombre: \_\_\_\_\_

**Yo/nosotros renunció/renunciamos expresamente y para siempre a, indemnizar y eximir la responsabilidad, al Condado de Clark y todos sus respectivos funcionarios, empleados, agentes, o representantes de cualquier reclamación, demandas, derechos, danos, acciones, honorarios de abogados, costas, gastos e indemnizaciones, conocidos i imprevistos, por danos personales o danos sufridos, incurridos, derivados o relacionados de algún modo, con mi/nuestro ingreso en un centro de cuidados de larga plazo (residencia de ancianos, cuidado de adultos en grupos, o centro de día para adultos) por el Servicio Social del Condado de Clark.**

**A la mejor de mi/nuestra comprensión y bajo pena de perjurio, declaro/declaramos que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Se autoriza a Clark County Social Service a realizar cualquier investigación razonable con el fin de establecer mi/nuestra elegibilidad.**

**INFORME: Tanto el paciente como su cónyuge o representante deben firmar. Solicitud no es válida sin las firmas.**

X \_\_\_\_\_  
Paciente/Padre/Tutor/Representante      Fecha

X \_\_\_\_\_  
Esposo/a      Fecha

X \_\_\_\_\_  
Institution Worker

Persona que completó la aplicación:      Relación al paciente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Aviso al paciente o a su representante:** Este paquete es una solicitud del paciente y la institución para determinar la elegibilidad del paciente para recibir atención médica institucional. Debe cumplimentarse con exactitud y en detalle específica y también firmado por el paciente y su cónyuge o representante y la institución. La familia está obligada para atestiguar la veracidad de su contenido.

Para determinar la elegibilidad, la siguiente información debe estar incluida en la referencia. Ayudará al proceso de solicitud si se presentan copias de las siguientes copias junto con el paquete cumplimentado:

1. Identificación del paciente (o padre/tutor) y cónyuge. Debe incluir un número del Seguro Social, y prueba de ciudadanía o condición de extranjero si es nacido en el extranjero.
2. Identificación de todos los requeridos miembros de la familia. Prueba de ciudadanía o condición de extranjero si es nacido en el extranjero.
3. Comprobación de los gastos de alojamiento (recibo de alquiler, cupones de pago de la casa, etc.).
4. Verificación de todas las fuentes de dinero recibidas por el hogar (se aceptan copias de cheques o cartas de concesión).
5. Copias de las pólizas de Seguro médico, y prueba del importe n efectivo/préstamo para pólizas de vida y sepelio.
6. Cuentas bancarias: Últimos tres extractos mensuales de actividad. Para pacientes de cuidados de largo plazo, se requiere una copia del extracto bancario de cada mes que se requiere la asistencia del Condado.
7. Verificación de la aplicación a otros recursos: Vales pendientes, notificaciones de rechazo y documentos de todas las fuentes, como AFDC, SSI/SSD.
8. Copias de los registros y verificación de propiedad de todos los vehículos, incluyendo automóviles, camiones, remolques, autocaravanas, motocicletas, buggies, barcos, etc., con o sin licencia, independientemente de su ubicación (no es necesario si el hogar solo tiene un vehículo declarado esencial).
9. Documentos escritos relativos a la venta o transferencia de activos, dinero u otros bienes ocurridos en los últimos 36 meses.
10. Caja(s) de seguridad: proporcionar ubicación(es), signatarios y lista de contenidos.
11. Evaluación del nivel de atención (NSW PASARR).
12. Historia clínica y examen físico
13. Todos los solicitantes son requeridos para tener una radiografía de pechos antes de la admisión.

Puede enviarse una carta para avisar al paciente, a la institución o al representante ponerse en contacto con un asistente social designado por el Condado para facilitar más información, si es necesario. **Puede ser necesario que el paciente, cónyuge o representante sea entrevistado por el Servicio Social del Condado de Clark.**

**La falta de cooperación o de información puede dar lugar a la denegación de la ayuda.**

Se enviará una notificación de la decisión sobre la admisibilidad del paciente a la institución y al paciente o representante.

FIRMADO: \_\_\_\_\_  
Paciente o a su representante

\_\_\_\_\_  
Testigo (trabajador de la institución)





# Department of Social Service

1600 Pinto Lane • Las Vegas NV 89106-4309  
(702) 455-4270 • Fax (702) 455-5950

**Jamie Sorenson, Director**

Pamela Kowalski, Deputy Director, Randy Reinoso, Deputy Director • Teresa Etcheberry Deputy Director



## AUTHORIZATION FOR LEVEL OF CARE ASSESSMENT

I, \_\_\_\_\_, hereby authorize Clark County Social Service to obtain medical, social and/or psychiatric information concerning me.

I hereby authorize Clark County Social Service to obtain information as needed regarding my daily physical functioning ability and physical condition. I understand this information will be used to determine the level of care required prior to/and during admission to an adult group care or long term care facility through on-going audit procedure.

This authorization is valid for the period I am eligible to receive Clark County assistance. A photocopy of this authorization is considered the same as the original.

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant/Recipient

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Witness

**BOARD OF COUNTY COMMISSIONERS**  
TICK SEGERBLOM Chair, WILLIAM MCCURDY II Vice Chair  
MARILYN KIRKPATRICK • MICHAEL NAFT • ROSS MILLER •  
JUSTIN JONES • JAMES B. GIBSON  
KEVIN SCHILLER, County Manager



# Department of Social Service

1600 Pinto Lane • Las Vegas NV 89106-4309  
(702) 455-4270 • Fax (702) 455-5950

**Jamie Sorenson, Director**

Pamela Kowalski, Deputy Director, Randy Reinoso, Deputy Director • Teresa Etcheberry Deputy Director



## RELEASE OF INFORMATION

To the best of my knowledge and under penalty of perjury, I declare that all information provided by me is true and correct. I will not sell, trade, or willfully destroy any supplies or services given to me. I will notify Clark County Social Service (CCSS) whenever there is any change in my circumstances that might affect my eligibility for assistance.

I hereby authorize Clark County Social Service to make any investigation concerning me or other members of my household/service unit which is necessary to determine eligibility for any benefits I have or will receive under programs administered by Clark County Social Service. I hereby authorize and consent to the release of any and all information concerning me and my household/service unit members to Clark County Social Service by the holder of the information, regardless of the manner or form held, including, without limitation, information made confidential by law or otherwise and patient information privileged under N.R.S. 49.225 or any other provision of the law or otherwise. I also authorize CCSS to give any other governmental agency (local, state, or federal) information necessary to determine my (our) eligibility for your program or the other agency's program. I hereby release the holder of such information from liability, if any, resulting from the disclosure of the required information. **A REPRODUCED COPY OF THIS AUTHORIZATION LEGALLY CONSTITUTES AN ORIGINAL COPY.**

\_\_\_\_\_  
Signature/Date

\_\_\_\_\_  
Signature/Date

\_\_\_\_\_  
Signature/Date

\_\_\_\_\_  
Signature/Date

SS-9105 Release of Information

**BOARD OF COUNTY COMMISSIONERS**  
TICK SEGERBLOM Chair, WILLIAM MCCURDY II Vice Chair  
MARILYN KIRKPATRICK • MICHAEL NAFT • ROSS MILLER •  
JUSTIN JONES • JAMES B. GIBSON  
KEVIN SCHILLER, County Manager



# Department of Social Service

1600 Pinto Lane • Las Vegas NV 89106-4309  
(702) 455-4270 • Fax (702) 455-5950

**Jamie Sorenson, Director**

Pamela Kowalski, Deputy Director, Randy Reinoso, Deputy Director • Teresa Etcheberry Deputy Director



## Authorization for Release of Information To Other Agencies/Resources

I hereby authorize Clark County Social Service to disclose information regarding my physical, psychological, social, financial circumstances and/or any other necessary information to any agencies, organization or facility in order to determine the need and eligibility for appropriate long term care services and payment sources.

This authorization is valid for the period my case is active for CCSS services. A photocopy of this authorization is considered the same as the original.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Date

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Date of Birth

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant or Recipient

\_\_\_-\_\_\_-\_\_\_  
SSN

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant or Recipient

\_\_\_\_\_  
Clark County Social Service Worker

SS-6113

**BOARD OF COUNTY COMMISSIONERS**  
TICK SEGERBLOM Chair, WILLIAM MCCURDY II Vice Chair  
MARILYN KIRKPATRICK • MICHAEL NAFT • ROSS MILLER •  
JUSTIN JONES • JAMES B. GIBSON  
KEVIN SCHILLER, County Manager



# Department of Social Service

1600 Pinto Lane • Las Vegas NV 89106-4309  
(702) 455-4270 • Fax (702) 455-5950

**Jamie Sorenson, Director**

Pamela Kowalski, Deputy Director, Randy Reinoso, Deputy Director • Teresa Etcheberry Deputy Director



## Authorization for Release of Information

I, \_\_\_\_\_, give full authorization to:

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

to provide verbal and/or written information regarding my physical, psychological, social and/or financial status to:

Clark County Social Service  
1600 Pinto Lane  
Las Vegas, NV 89106

for the purpose of \_\_\_\_\_. This consent is valid for one year from the date of signature unless otherwise stated. I understand that I may revoke this consent, in writing, at any time, except to the extent that action has been taken in reliance on the consent.

A photocopy of this authorization is considered the same as the original.

Client Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Client Signature

\_\_\_\_\_  
Date

BOARD OF COUNTY COMMISSIONERS  
TICK SEGERBLOM Chair, WILLIAM MCCURDY II Vice Chair  
MARILYN KIRKPATRICK • MICHAEL NAFT • ROSS MILLER  
• JUSTIN JONES • JAMES B. GIBSON  
KEVIN SCHILLER, County Manager