

APLICACION PARA LA DETERMINACION DE BIENES PERSONALES DEL ESPOSO (DE LA ESPOSA)

Esta forma deberá ser utilizada por individuos solicitando una evaluación de los bienes personales del esposo (de la esposa) cuando el esposo (la esposa) comienza un período continuo de institucionalización de 30 días o más en una institucionalización médica, instalación de cuidado a largo plazo, o cuando comienza a recibir servicios basados en la comunidad (cuido en su casa). El esposo(a) es identificado(a) como el esposo(a) institucionalizado. La información deberá ser utilizada para la determinación de elegibilidad cuando una solicitud para beneficios médicos esta puesta en nombre del esposo(a) institucionalizado(a).

Cuando llene esta forma, sírvase informarnos sobre los bienes personales que Ud. y su esposo (a) poseen en el momento que Ud. o su esposo(a) se institucionalice. Cuando haya completado este formulario, favor de devolverlo en sobre incluido a: _____

Si tiene algunas preguntas sobre este formulario o del process de la evaluación, sírvase comunicarse con: _____
Teléfono: _____

Conteste las siguientes preguntas honestamente y completamente. Falta de dar informacion verdadera y completa puede resultar en negación de asistencia y juicio criminal. **FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRAS DE IMPRENTA (MOLDE).**

¿Necesita asistencia ahora el esposo (la esposa) institucionalizado(a)? Si No

INFORMACION SOBRE EL ESPOSO(A) INSTITUCIONALIZADO(A)					
Nombre (apellidos, nombre)				Apellido de Soltera Paterno	Número de Teléfono
Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de Nacimiento	Núm. de Seguro Social	Núm. de Reclamo de Seguro Social
¿Dónde el o ella vive? (Número, Calle, Núm. de Apartamento, Núm. de Piso)					
Ciudad			Estado	Zona Postal	
Indique cuando ella o el fue institucionalizado.					

-PARA EL USO DE LA
OFICINA SOLAMENTE-

WORKER ID _____

CASE # _____

DATE RECEIVED _____

INFORMACION SOBRE EL ESPOSO(A) EN LA COMUNIDAD

Nombre (Apellidos, nombre)				Apellido de Soltera Paterno	Número de Teléfono
Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de Nacimiento	Núm. de Seguro Social	Núm. de Reclamo de Seguro Social
¿Dónde el o ella vive? (Número, Calle, Núm. de Apartamento, Núm. de Piso)					
Cuidad			Estado	Zona Postal	

-PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE-

BIENES PERSONALES - Avísenos sobre todos los bienes personales poseídos por los dos cónyuges en el momento en que se institucionalizó el esposo o la esposa, si los bienes personales son poseídos conjuntamente por Ud. y su esposo(a), o son poseídos conjuntamente con otra(s) persona(s). También avísenos sobre cualquier persona que tiene/tenía bienes personales en nombre de cualquiera de los cónyuges en el momento de institucionalizarse el esposo (la esposa), aún si los bienes personales no pertenecen a ninguno de los conyuges. Conteste cada seccion. LLene cualquier sección que contesta "sí".

1) **DINERO EFFECTIVO** Sí No Cantidad \$ _____

2) **CUENTAS DE BANCO/COOPERATIVA DE AHORROS Y CREDITO** Sí No Indique ahorros, chequera, C.D., I.R.A., club de vacaciones, de natividad u otro tipo de cuenta. Incluya cuentas combinadas y fideicomisos en su nombre aunque el dinero no sea suyo o de su esposo(a). También incluya cuentas en deposito para Ud. o su esposo(a).

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

2) CUENTOS DE BANCO/COOPERATIVA DE AHORROS Y CREDITO (continuado)

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

-PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE-

2) CUENTOS DE BANCO/COOPERATIVA DE AHORROS Y CREDITO (continuado)

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

-PARA EL USO DE LA
OFICINA SOLAMENTE-

3) ANUALIDADES/FONDOS DE FIDEICOMISO Sí No

Nombre del Fondo y Dirección		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre del Fondo y Dirección		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

4) ACCIONES Sí No

Dueño(s)	Nombre de las Acciones	Número de Acciones

-PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE-

5) BONOS/BONOS DE AHORRO LOS EE.UU. Sí No

Dueño(s)	Tipo	Núm. de Serie	Fecha de Compra	Denominación

-PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE-

6) FONDOS PARA ENTIERRO/FUNERAL PAGADO CON ANTELACION Sí No

Nombre de la Compañía y Dirección		
Nombre(s) de Fondo	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre de la Compañía y Dirección		
Nombre(s) de Fondo	Número de Cuenta	Cantidad \$

7) **SEGURO DE VIDA/BENEFICIOS DE DEFUNCION** Sí No

Nombre de la Compañía y Dirección		
Nombre de Poliza	Número de Poliza	Valor Nominal

Nombre de la Compañía y Dirección		
Nombre de Poliza	Número de Poliza	Valor Nominal

Nombre de la Compañía y Dirección		
Nombre de Poliza	Número de Poliza	Valor Nominal

Nombre de la Compañía y Dirección		
Nombre de Poliza	Número de Poliza	Valor Nominal

Nombre de la Compañía y Dirección		
Nombre de Poliza	Número de Poliza	Valor Nominal

**-PARA EL USO DE LA
OFICINA SOLAMENTE-**

8) VEHICULOS - ¿Tiene Ud. o su esposo(a) un auto, camión, bote, vehículo recreativo, remolque, motocicleta u otro vehículo registrado en su nombre o de él o ella?

Sí No En caso afirmativo, complete la siguiente sección.

Dueño(s)	Año	Marca	Modelo

9) BIENES RAICES - ¿Posee Ud. o su esposo(a) algunos bienes raíces (incluso su propiedad fuera del estado)? Sí No

Dueño(s)
Ubicación (Calle, Ciudad, Estado)
Descripción de Propiedad

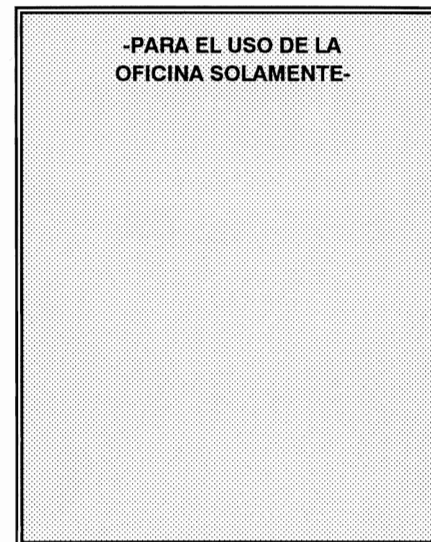
Dueño(s)
Ubicación (Calle, Ciudad, Estado)
Descripción de Propiedad

-PARA EL USO DE LA
OFICINA SOLAMENTE-

10) *¿Tiene Ud. o su esposo(a) el uso de algunos bienes raíces por vida?* Sí No

11) *¿Tiene Ud. o su esposo(a) otros bienes no indicados arriba (por ejemplo el contenido de una caja de seguridad, hipoteca pagadera a Ud., etc.)?* Sí No

En caso afirmativo, indique los bienes y el valor.



Esta solicitud será considerada sin atención a Raza, Color, Sexo, Edad, Incapacidad Física o Mental, Credo Religioso, Origen Nacional, Orientación Sexual, Ascendencia, Barreras de Idioma o Creencias Políticas.

OPCIONAL - *¿Cuál es su origen racial/étnico? Aunque Ud. no es obligado a informar esta información, su cooperación ayudará a determinar el cumplimiento de las leyes federales de derechos civiles. La consideración de su solicitud no será afectada de ninguna manera si Ud. se niega a dar esta información. Estamos autorizados a pedir esta información bajo el título VI del acta de derechos civiles de 1964.*

Esposo(a) Institucionalizado(a) - Yo soy:

- Blanco Negro Hispáno Isleño del Pacífico/Asia Indio Americano/Nativo de Alaska

Esposo(a) de la Comunidad - Yo soy:

- Blanco Negro Hispáno Isleño del Pacífico/Asia Indio Americano/Nativo de Alaska

