

PARTE 4

Instrucciones para completar el formulario de evaluación de recursos, PA 1572 (Para ser usado por una pareja cuando una de las personas está en una residencia/asilo para personas mayores, en otra institución médica o ha sido declarada elegible para recibir Servicios en el Hogar y en la Comunidad [por sus siglas en inglés, HCBS], y la otra persona vive en la comunidad).

Important information for nursing facility residents and their spouses. If you need this information in another language or someone to interpret it, please notify the nursing facility or contact your local County Assistance Office. Language assistance will be provided free of charge.

Información importante para los residentes en hogares de ancianos y sus esposos. Si usted necesita esta información en otro idioma o alguien que se la traduzca, favor de notificar al personal de la residencia o comunicarse con la oficina local de Asistencia del Condado (CAO). Asistencia lingüística será proveída gratis.

ព័ត៌មានសំខាន់សម្រាប់អ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលគិលានុបដ្ឋាក/នុបដ្ឋាករនិងសម្រាប់ប្តី/ប្រពន្ធរស់នៅ។ បើលោកអ្នកត្រូវការព័ត៌មាននេះជាភាសាផ្សេងទៀត ឬអ្នកណាម្នាក់មិនអាចបកប្រែបាន សូមទំនាក់ទំនង គិលានុបដ្ឋាក/នុបដ្ឋាករនិង ឬទាក់ទងនៅការិយាល័យដើមរបស់លោកអ្នក។ ជំនួយក្នុងការបកប្រែនិងត្រូវ ផ្តល់ដោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

Thông tin quan trọng về cơ sở dưỡng lão dành cho thường trú nhân và vị phối ngẫu. Nếu quý vị cần thông tin này bằng một thứ tiếng khác hay một phiên dịch viên, xin thông báo cho cơ sở dưỡng lão hay liên lạc với Văn Phòng Trợ Cấp Quận Hạt. Trợ giúp về ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.
Важные сведения относительно жителей домов престарелых и их супруг (супругов). Если вам нужен данный документ на другом языке или его устный перевод, обращайтесь в дом престарелых либо в местное Бюро помощи (County Assistance Office). Помощь переводчика предоставляется бесплатно.

这是发给疗养所的居民及其配偶的重要通知。如果您需要此通知翻译成其他语种或需要为您提供翻译，请通知疗养所或联系您所在地区的郡县协助办事处(County Assistance Office)。提供免费语言协助。

El Programa de Asistencia Médica - conocido por sus siglas en inglés como MA - ayuda a pagar los costos de salud de las personas que necesitan servicios de Cuidado a Largo Plazo (por sus siglas en inglés, LTC). Por lo general, las personas deben usar la mayoría de sus propios recursos e ingresos antes de que Asistencia Médica ayude a pagar por los servicios de LTC. Sin embargo, hay reglas especiales (a veces denominadas Disposiciones de Empobrecimiento Conyugal) que reconocen la importancia de proteger una parte del total de los recursos de una pareja o matrimonio y evaluar las necesidades de ingresos del cónyuge que continuará viviendo en la comunidad.

El objetivo de este formulario de evaluación de recursos es determinar qué cantidad del total de los recursos de una pareja de casados puede quedar protegida o separada para el cónyuge que vive en la comunidad, y qué cantidad, si corresponde, se debe gastar antes de que la persona que vive en una residencia/asilo para personas mayores o que ha sido declarada elegible para los servicios de HCBS pueda recibir los beneficios de Asistencia Médica. Completar este formulario le ayudará a proteger la mayor cantidad posible de sus recursos de acuerdo a la ley.

El formulario de evaluación de recursos no es una solicitud de Asistencia Médica, y usted no está obligado a solicitar Asistencia Médica. Si necesita ayuda para completar este formulario, su cónyuge, familiar(es), amigo(s), abogado o agencia de servicios legales pueden ayudarlo. Si usted o su cónyuge tienen más de 60 años de edad, la Agencia Local de Servicios para la Vejez de su área también puede ayudarlo. Si necesita Asistencia Médica de inmediato, contacte a la oficina de asistencia del condado o Agencia Local de Servicio para la Vejez de su área ANTES de llenar este formulario.

El cónyuge que vive en la comunidad puede quedarse con una cantidad mínima de recursos, o la mitad de los

recursos contables combinados de la pareja, hasta una cantidad máxima. Algunos recursos no afectan la determinación de la cantidad protegida. Para poder determinar cuáles recursos cuentan y cuáles no cuentan, así como la cantidad protegida, es fundamental que usted incluya todos los recursos, independientemente de si pertenecen a una persona en su totalidad (por ej.: una cuenta IRA que pertenece al cónyuge que vive en la comunidad), si pertenecen a ambos cónyuges o si son de propiedad conjunta con otras personas. La información en este formulario debe reflejar el valor de los recursos a la FECHA DE INGRESO en la residencia/asilo para personas mayores o la FECHA DE EVALUACIÓN para los servicios de HCBS, NO la fecha en que usted completa este formulario.

Se DEBEN enviar fotocopias para verificar todos los recursos junto con este formulario. No envíe documentos originales ya que NO le serán devueltos. No se podrá completar la evaluación a menos que se hayan verificado todos los recursos y que dicha verificación o comprobantes se hayan presentado junto con el formulario de evaluación de recursos.

Lea y complete este formulario prestando mucha atención. NO llene las partes sombreadas. Firme el formulario y revise la lista de verificación para asegurarse de haber proporcionado toda la verificación o comprobantes necesarios. Se notificará por escrito a usted, su cónyuge y, si corresponde, su representante legal acerca de la cantidad de los recursos que se puede dejar reservada y la cantidad, en caso de corresponder, que debe gastarse antes de que usted pueda solicitar Asistencia Médica.

Envíe el formulario completo y la verificación por correo (o llévelos personalmente) a la oficina de asistencia del condado del condado donde se encuentra la residencia/asilo para personas mayores o donde esté recibiendo los servicios de HCBS. Consulte la guía telefónica o pregúntele la dirección al proveedor de servicios de LTC.

RECURSOS/COMPROBANTES ACEPTABLES

SE DEBE ADJUNTAR AL FORMULARIO LA VERIFICACIÓN O COMPROBANTES DE TODOS LOS RECURSOS. POR EJEMPLO:

CÓDIGO	RECURSO	VERIFICACIÓN
01	EFFECTIVO	Una declaración escrita que indique la cantidad de dinero que no está en el banco ni invertido de alguna otra manera.
02	CUENTA(S) DE AHORROS	Fotocopias de sus estados de cuentas bancarias, libretas de ahorros o una declaración escrita de la institución financiera.*
03	CUENTA(S) CORRIENTES	Fotocopias de su estado de cuenta bancaria o una declaración escrita de la institución financiera.*
04	CUENTAS DE AHORROS PARA NAVIDAD O VACACIONES	Fotocopias del estado de cuenta bancaria o una declaración escrita de la institución financiera.*
05	ACCIONES Y/O BONOS, ETC.	Estado de cuenta o declaración escrita de la empresa de corretaje/firma bursátil, agente emisor o autoridad o institución donde se adquirieron o se mantienen las acciones, bonos, etc.; o copia del certificado de acciones o bonos y un comprobante de su valor.*
06	FONDO DE FIDEICOMISO	Fotocopia del contrato fiduciario e inventario de los activos del fideicomiso u otra documentación que indique su valor.*
07	RESERVA PARA SERVICIOS FUNERARIOS IRREVOCABLE	Fotocopia del convenio de reserva para servicios funerarios.
08	RESERVA PARA SERVICIOS FUNERARIOS REVOCABLE	Fotocopia del convenio de reserva para servicios funerarios.
09	RESERVADO	
10	SEGURO DE VIDA	Documento que identifique a quién pertenece cada póliza de seguro y estado de cuenta escrito emitido por la empresa de seguros que indique el valor monetario/ en efectivo de las pólizas.*
11	INMUEBLE DE NO RESIDENCIA	La factura de los impuestos inmobiliarios o una declaración del agente inmobiliario que indique el valor justo de mercado de la propiedad. Si el inmueble está alquilado, el contrato de alquiler o arrendamiento.*
12	VEHÍCULO(S)	Declaración escrita del valor emitida por un concesionario/comerciante de automóviles; o indique la marca, año y modelo del vehículo y usaremos el libro rojo para determinar el valor del vehículo.
13	BOTES, MOTOS DE NIEVE, REMOLQUES Y OTROS VEHÍCULOS	Declaración escrita del valor justo de mercado del vehículo emitida por un concesionario/comerciante.*
14	DEPÓSITO A PLAZO FIJO	Estado de cuenta escrito de la institución financiera indicando el valor y a quién pertenece.*
15	ANUALIDADES	Fotocopia del documento que explica los términos, fecha de compra y valor de la anualidad al momento del ingreso a la residencia/asilo o de la evaluación para HCBS.*
16	BONOS DE AHORRO	Fotocopias de los bonos o comprobante escrito emitido por un banco que indique el o los dueños de los bonos, los números de serie, la fecha de compra y el valor al momento del ingreso a la residencia/asilo.*
17	FONDOS MUTUOS	Estado de cuenta o declaración detallada del valor emitida por la firma de corretaje/bursátil o de fondos mutuos.*
18	EMPRESA, YA SEA UNA CORPORACIÓN O NO (SOCIEDAD/ EMPRESA INDIVIDUAL)	En el caso de una corporación, una declaración del valor de sus acciones; en el caso de una empresa no incorporada, documentos constitutivos de la empresa que verifiquen el valor de su parte del negocio.
19	CUENTA IRA O KEOGH	Estado de cuenta o comprobante escrito del banco o institución financiera que identifique a el o los propietarios y el valor de la cuenta.*
20	OTROS	Fotocopia(s) de cualquier contrato o declaración correspondiente(s) a otros recursos o dinero que no se hayan incluido en la lista.*

EVALUACIÓN DE RECURSOS

SU INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PÚBLICO

INFORMACIÓN GENERAL

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL 2.º	FECHA DE NACIMIENTO / /	NÚM. DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN (CALLE Y NÚM. Y CIUDAD)			CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LTC			NÚM. DE TELÉFONO ()	FECHA DE INGRESO O EVALUACIÓN PARA HCBS / /	
APELLIDO DEL CÓNYUGE	NOMBRE	INICIAL 2.º	FECHA DE NACIMIENTO / /	NÚM. DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO) DEL CÓNYUGE CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚM. DE TELÉFONO DEL CÓNYUGE ()

RECURSOS

SE DEBEN ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO LA VERIFICACIÓN O COMPROBANTES PARA CADA RECURSO LISTADO. LA VERIFICACIÓN/COMPROBANTES ACEPTABLES Y LOS CORRESPONDIENTES CÓDIGOS DE RECURSOS SE LISTAN AL DORSO DE LA PÁGINA DE INSTRUCCIONES.

NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES YA QUE NO SE LE DEVOLVERÁN LOS COMPROBANTES PRESENTADOS.

Si un recurso le pertenece a usted y a otra persona que no sea su cónyuge, indique en otra hoja separada el recurso y los nombres de los otros dueños o copropietarios. Indique si el bien fue comprado por usted o por otra persona. Si la posesión o propiedad no se divide en partes iguales, proporcione comprobantes de la división del derecho de propiedad así como del valor total.*

ASEGÚRESE DE INCLUIR **TODOS** LOS RECURSOS, YA SEAN DE PROPIEDAD CONJUNTA O INDIVIDUAL

DUEÑO(S) DEL RECURSO			CÓDIGO DE RECURSO	*A la fecha de ingreso a la residencia/asilo o de evaluación para HCBS.			DOCUMENTADO	
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL 2.º		VALOR TOTAL	CANTIDAD ADEUDADA	VALOR NETO	SÍ	NO

SI NECESITA MÁS ESPACIO, USE LA SECCIÓN DE NOTAS/INFORMACIÓN DEL FORMULARIO

NOTA: SI SU INTERÉS EN ALGÚN RECURSO ES USUFRUCTO VITALICIO, ESPECIFIQUELO

EN LA COLUMNA "CÓDIGO DE RECURSO", ESCRIBA EL CÓDIGO DE DOS DÍGITOS QUE MEJOR DESCRIBA EL RECURSO QUE ESTÁ IDENTIFICANDO

- | | | | |
|---|--|---|-----------------------|
| 01 EFECTIVO | 06 FONDO DE FIDEICOMISO | 11 INMUEBLE DE NO RESIDENCIA | 16 BONOS DE AHORRO |
| 02 CUENTA(S) DE AHORROS | 07 RESERVA PARA SERVICIOS FUNERARIOS IRREVOCABLE | 12 VEHÍCULO(S) | 17 FONDOS MUTUOS |
| 03 CUENTA(S) CORRIENTES | 08 RESERVA PARA SERVICIOS FUNERARIOS REVOCABLE | 13 BOTES, MOTOS DE NIEVE, REMOLQUES Y OTROS VEHÍCULOS | 18 EMPRESA |
| 04 CUENTAS DE AHORROS PARA NAVIDAD O VACACIONES | 09 RESERVADO | 14 DEPÓSITO A PLAZO FIJO | 19 CUENTA IRA O KEOGH |
| 05 ACCIONES, BONOS, ETC. | 10 SEGURO DE VIDA | 15 ANUALIDADES | 20 OTROS |

SEGURO DE VIDA - COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN PARA CADA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	COMPAÑÍA DE SEGURO	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO*	FECHA DE ADQUISICIÓN	DOCUMENTADO	
							SÍ	NO

*A la fecha de ingreso a la residencia/asilo o de evaluación para HCBS.

SECCIÓN DE NOTAS/INFORMACIÓN -- USE HOJA(S) ADICIONAL(ES) DE SER NECESARIO

INDIQUE CUALQUIER INGRESO A UNA RESIDENCIA/ASILO O EVALUACIÓN PARA HCBS ANTERIORES

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LTC	FECHA DE INGRESO O EVALUACIÓN PARA HCBS
--	---

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LTC	FECHA DE INGRESO O EVALUACIÓN PARA HCBS
--	---

REPRESENTACIÓN LEGAL

SÍ NO ¿LA PERSONA TIENE UN REPRESENTANTE LEGAL ADEMÁS DE SU CÓNYUGE? (por ej.: tutor nombrado por el tribunal, apoderado, etc.)

EN CASO SÍ	NOMBRE Y APELLIDO	NÚMERO DE TELÉFONO
	DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO) CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL RELACIÓN CON EL RESIDENTE

NOTA: SE ENVIARÁ UNA COPIA DEL RESULTADO DE SU EVALUACIÓN DE RECURSOS A SU REPRESENTANTE LEGAL.

Juro o afirmo que toda la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta, dentro de mis posibilidades y según mi leal saber y entender.

_____ FIRMA _____ FECHA _____ RELACIÓN CON LA PERSONA QUE NECESITA SERVICIOS DE LTC

LISTA DE VERIFICACIÓN

1. ¿COMPLETÓ LA INFORMACIÓN PARA LA PERSONA QUE NECESITA SERVICIOS DE LTC?
2. ¿COMPLETÓ LA INFORMACIÓN PARA EL CÓNYUGE QUE VIVE EN LA COMUNIDAD?
3. ¿INCLUYÓ TODOS LOS RECURSOS QUE TENÍAN A LA FECHA DEL INGRESO A LA RESIDENCIA/ASILO O DE EVALUACIÓN PARA HCBS?
4. ¿COMPLETÓ LA SECCIÓN SOBRE EL SEGURO DE VIDA?
5. ¿LEYÓ LA DECLARACIÓN ACERCA DE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÓ? ¿FIRMÓ EL FORMULARIO, INDICÓ SU RELACIÓN CON LA PERSONA QUE NECESITA LOS SERVICIOS DE LTC Y COLOCÓ LA FECHA EN EL FORMULARIO?
6. ¿ADJUNTÓ FOTOCOPIAS DE LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA VERIFICAR LOS RECURSOS?

PARA USO EXCLUSIVO DEL DPW

TOTAL VERIFIED COUNTABLE RESOURCES \$ _____	ASSESSOR'S SIGNATURE _____
SPOUSE'S SHARE 1/2 TOTAL NET VERIFIED RESOURCES \$ _____	DATE _____
NOTICE SENT TO	INDIVIDUAL RECEIVING LTC SERVICES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	SPOUSE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	LEGAL REPRESENTATIVE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO