

BIENES RAÍCES Y PROPIEDADES—Anexo de la Solicitud por Correspondencia de Medi-Cal

Nombre y apellido del solicitante: _____ Número de Seguro Social (SSN): _____
Primero Segundo Apellido

Por favor complete la siguiente información. Puede utilizar otras hojas si necesita más espacio.

SECCIÓN 1: Cuentas en Instituciones Financieras.—Marque el cuadro(s) junto a los tipos de cuentas que tiene.

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bancos, Ahorros/Préstamos, Cuentas de Ahorro o cuentas Corrientes de Cooperativas de Crédito | <input type="checkbox"/> Compensación Diferida | <input type="checkbox"/> Certificados de Depósito (CD) | <input type="checkbox"/> Fondos(s) Fiduciario(s) |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de Fondos de Retiro, <input type="checkbox"/> IRA, <input type="checkbox"/> KEOGH | <input type="checkbox"/> Renta Vitalicia | <input type="checkbox"/> Mercado de Dinero | <input type="checkbox"/> Fondos Mutuos |
| | <input type="checkbox"/> Acciones | <input type="checkbox"/> Bonos | <input type="checkbox"/> Otros |

Complete la siguiente información:

Titular: _____
No. De cuenta: _____ Valor actual: _____
Nombre de la institución financiera: _____
Dirección: _____

Titular: _____
No. De cuenta: _____ Valor actual: _____
Nombre de la institución financiera: _____
Dirección: _____

Cheques cobrados o no cobrados:

Nombre que figura en el cheque: _____ Cantidad: _____

SECCIÓN 2: Bienes Raíces/Pagarés, Hipotecas, Escrituras de Fideicomiso, Contratos de Compraventa.

Vivienda (ya sea que viva en ella o no), otras casas, apartamentos, fincas, tierras, edificios, viviendas móviles (mobile homes) o propiedades de dominio vitalicio dentro o fuera de EE.UU. o del estado de CA.

Dirección o descripción legal de la propiedad: _____

Nombre y apellido del propietario: _____

¿Alguien vive allí actualmente? Sí No

¿Cuánto hace que vive allí? _____

Nombre y apellido de la persona que vive allí: _____

Relación con usted: _____

Si no vive allí ahora, ¿desea volver a vivir en esa propiedad en el futuro? Sí No

(Debe informar al condado dentro de un plazo de 10 días sobre cualquier cambio en sus intenciones de vivir en la propiedad.)

¿La propiedad está publicada para la venta actualmente? Sí No

Valor total de la propiedad (de la declaración de impuestos): \$ _____

Cantidad que debe: \$ _____

Renta que cobra mensualmente por la propiedad: \$ _____

Gastos sobre la propiedad:

Intereses \$ _____ Anuales Mensuales

Impuestos y contribuciones \$ _____ Anuales Mensuales

Servicios \$ _____ Anuales Mensuales

Seguros \$ _____ Anuales Mensuales

Mantenimiento y reparaciones \$ _____ Anuales Mensuales

Si usted/un miembro de su familia es dueño de una propiedad de dominio vitalicio, por favor complete la siguiente información:

Dirección: _____

¿Usted/un miembro de su familia tiene una participación en los ingresos de la propiedad de dominio vitalicio? Sí No

¿La propiedad de dominio vitalicio produce/genera ingresos? Sí No

Hipotecas, pagarés, escrituras fiduciarias, contratos de compraventa:

A nombre de quién están: _____

Valor/Saldo: _____

SECCIÓN 3: Actividad Comercial—(Marque “Sí” o “No” en cada pregunta.)

Cuenta corriente/de ahorros o efectivo de su actividad comercial o trabajo por cuenta propia: Sí No

Equipos de vehículos, herramientas, inventario o materiales de su actividad comercial (incluya ganado o aves de corral que no sean para uso personal): Sí No

Tipo de equipo: _____ Nombre que figura en la propiedad: _____

Descripción del artículo: _____ Valor estimado: \$ _____ Cantidad que debe: \$ _____

Bienes raíces, edificios, locaciones, licencias comerciales: Sí No

Descripción: _____ Nombre que figura en la propiedad: _____

Valor estimado: \$ _____ Cantidad que debe: \$ _____

PARA USO DEL CONDADO

Case Name: _____

Case Number: _____

Worker Number: _____

Date: _____

Verification (List):

Verification of Income and Expenses (List):

Verification (List):

Appraisal Provided: Yes No

Business or Self-employment Verified: Yes No

SECCIÓN 4: Vehículos/Vehículos de Recreación

A. Incluya todos los automóviles, camiones, motocicletas, aeroplanos, vehículos para nieve, o vehículos para todo terreno (aunque no funcionen) de los que es propietario usted o su familia. Si no es propietario de ninguno, escriba "ninguno."

| Marca y Modelo | Año | Clase (Nombre de Registro) | Propietario | Cantidad que Debe | ¿Publicado para la venta? | | ¿Utilizado para Actividad Comercial? | |
|----------------|-----|----------------------------|-------------|-------------------|---------------------------|----|--------------------------------------|----|
| | | | | | Sí | No | Sí | No |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

B. Incluya todo barco, camper (no incluya el camión), casas rodantes (motor homes) o trailers que no se utilizan como viviendas y sobre los que el condado no cobra impuestos.

| Marca y Modelo | Año | Clase (Nombre de Registro) | Propietario | Cantidad que Debe | ¿Publicado para la venta? | | ¿Utilizado para Actividad Comercial? | |
|----------------|-----|----------------------------|-------------|-------------------|---------------------------|----|--------------------------------------|----|
| | | | | | Sí | No | Sí | No |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Si no está de acuerdo con el valor que el DMV da a su vehículo(s) que se indica en A y B, puede solicitar otra cotización por parte de un profesional calificado.

SECCIÓN 5: Otros—Usted o algún miembro de su familia es dueño de:

- **Alhajas valuados en más de \$100** (que no sean anillos de boda/compromiso o de herencia familiar): Sí No
 ¿Publicado para la venta? Sí No Valor: \$ _____ Cantidad que debe: \$ _____ Propiedad de: _____
- **Artículos del hogar o todo bien personal valuado en más de \$500 por artículo (instrumentos musicales, PC):** Sí No
 Valor: \$ _____ Descripción: _____ Propiedad conjunta Propiedad personal
- **Derechos de explotación de minerales o concesiones mineras (petróleo, carbón, etc.):** Sí No
 ¿Alguno de ellos está publicado para la venta? Sí No Descripción: _____ Propiedad de: _____
 Valor actual: \$ _____ Cantidad que debe: \$ _____ Ubicación: _____
- **Fondos fiduciarios o contratos para sepelio, seguros, fondos designados para sepelios/dinero para parcelas de cementerio, ataúdes u otros artículos fúnebres:** Sí No
 ¿Es para ser utilizado por su familiares próximos? Sí No
 Descripción: _____ Propiedad de: _____ Valor actual: \$ _____
 Cantidad que debe: \$ _____ Ubicación: _____ Precio de compra: \$ _____
 ¿Para quién fue comprado? _____ Número de cuenta: _____
- **Seguros de Vida:** Sí No
 Indique de cuántas pólizas es titular: _____ Si son más de una, utilice otra hoja.
 Compañía de seguros: _____ Persona asegurada: _____ Titular de la póliza: _____
 Valor nominal: \$ _____ Número de póliza: _____ Fecha de emisión de la póliza: _____ Valor actual en efectivo: \$ _____
- **Seguro de atención médica a largo plazo:** Sí No
 Nombre de la compañía de seguros: _____ Número de póliza: _____
 Cantidad pagada en beneficios por la compañía de seguros hasta la fecha: \$ _____ Nombre que figura en la póliza : _____
- **Otras cuentas/artículos:** Sí No
 Nombre que figura en la cuenta/artículo: _____ Valor: \$ _____

SECCIÓN 6: Transferencia (Marque "Sí" o "No" en cada pregunta.)

¿Alguna persona ha cerrado, cedido, transferido, vendido o intercambiado dinero, vehículos u otros bienes como los que se mencionan más arriba durante los últimos 30 meses? Sí No

Si la respuesta es Sí, complete la siguiente información: Artículo: _____ Fecha: _____
 Transferido Vendido Intercambiado Cerrado Cedido

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del estado de California que las respuestas que he dado son correctas y verdaderas a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha

PARA USO DEL CONDADO

List Verification/
Estimates of Value/
Encumbrance

List Verification/
Estimates of Value/
Encumbrance

Appraisal Provided:
 Yes No

LTC Insurance Benefit
Summary Provided:
 Yes No

Transfer or Receiving
NF Level of Care?
 Yes No

See MC 176 PI

DECLARACIÓN SOBRE LA PRIVACIDAD

- **Notificación sobre la Confidencialidad de Medi-Cal:** La información proporcionada en esta solicitud es privada y confidencial, conforme a la Sección 14100.2, del Código de Asistencia Pública e Instituciones. Esta información se revelará únicamente en conformidad con esas leyes.
- **Notificación sobre la Privacidad de Medi-Cal:** Es posible que esta información se comparta con las agencias locales, estatales y federales, para fines de verificar la elegibilidad, así como para otros fines relacionados a la administración del programa de Medi-Cal, incluyendo la confirmación con el *INS*, de la situación de inmigración de únicamente aquellas personas que solicitan beneficios completos de Medi-Cal. (La ley federal estipula que el *INS* no puede usar la información para nada más, excepto para los casos de fraude.)
- **La información requerida en este formulario es obligatoria,** con las excepción de la información sobre la etnicidad, así como cualquier otro artículo marcado como voluntario u opcional.