

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA EVALUACIÓN DE BIENES

1. Nombre del/de la solicitante o representante autorizado(a) para quien se pide la evaluación	Número de teléfono de la casa ()	Número de teléfono del trabajo ()	
Dirección residencial (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente de la anterior) (número, calle, No. de apartado postal, etc.)	Ciudad	Estado	Código postal

2. Complete para la persona que vive en un centro de convalecencia o institución médica en que recibe un nivel de atención de un centro de convalecencia.

Nombre (de pila, inicial, apellido)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección residencial (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección previa (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha en que ingresó al centro de convalecencia	¿Planea regresar al hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si así es, ¿cuándo?	
Estado civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Nunca se ha casado <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Cohabitante <input type="checkbox"/> Viudo(a)			

3. Complete para el/la cónyuge que vive “en el hogar” (comunidad).

Nombre (de pila, inicial, apellido)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Dirección residencial (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal

4. A. ¿Tiene usted, o alguien de su familia, cualquiera de los bienes/recursos que se indican enseguida? Marque (✓) cada artículo, ya sea con “sí” o “no”.

- Incluya todos los recursos **de su propiedad, usados, controlados o que son de propiedad conjunta** con o para otra(s) persona(s).
- Incluya los recursos en los cuales se nombran las personas indicadas en el 2 y 3 (aunque sea sólo por conveniencia).
- **El condado determinará si toma en cuenta o no estos recursos.**

		SÍ	NO			SÍ	NO
● Dinero en efectivo (a la mano o en algún otro lugar)				● Cuentas de mercado financiero (<i>Money market</i>)			
● Cheque sin cambiar (a la mano o en algún otro lugar)				● Fondos fideicomisos (estén o no a la disposición)			
● Cuentas de ahorros (de niños y adultos)				● Pagarés, hipotecas, fideicomisos, escrituras, contratos de ventas, etc.			
● Cuentas corrientes (se utilicen o no)				● Planes de pensión <i>IRA</i> o <i>KEOGH</i>			
● Cuentas en cooperativas de crédito				● Fondos de jubilación (como <i>PERS</i>) a su disposición si deja de trabajar			
● Acciones o valores				● Planes de compensación diferida para empleados			
● Certificados de depósito				● Otro (especifique la clase)			

Si contestó sí a cualquiera de lo anterior, complete la sección enseguida.

Clase de Recurso	Propietario(a)	Número de Cuenta	Nombre y Dirección del Banco	Valor Actual
				\$
				\$
				\$
				\$

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

Trust fund not court ordered

Court petitioned
Date: _____

Resources verified
Explain how: _____

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

B. ¿Ha cerrado o transferido usted, o alguien de su familia, una cuenta bancaria durante los últimos 30 meses (2 años y medio)? Sí No
Si es así, complete la información enseguida:

Clase de Cuenta	¿Fecha en que la(s) cuenta(s) se cerró/cerraron o transfirió/transfirieron?	Saldo al Momento del Cierre o Transferencia

LTC only:

- Adequate consideration
 Spenddown

5. ¿Tiene usted, o alguien de su familia, seguro de vida? Sí No

Compañía de Seguros	1. Persona Asegurada	Valor Normal	Número de Póliza	Fecha en que la Póliza se Emitió	Valor en Efectivo Actual
	2. Póliza Propiedad de				
A.	1.	\$			\$
	2.				
B.	1.	\$			\$
	2.				
C.	1.	\$			\$
	2.				

Exempt Yes No CSV \$ _____

Exempt Yes No CSV \$ _____

Exempt Yes No CSV \$ _____

Total CSV \$ _____

6. ¿Es usted, o alguien de su familia, dueño(a) de un lote de entierro, bóveda o cripta? Sí No
¿Para uso de la familia inmediata? Sí No
Si es así, complete lo siguiente:

Descripción		Propiedad de	
Valor actual \$	Cantidad que se debe \$	Ubicación	

7. ¿Es usted, o alguien de su familia dueño(a) de una reserva o fideicomiso para entierro? Sí No
Si es así, complete lo siguiente:

Precio de compra \$	Cantidad que se debe \$	Precio de compra \$	Cantidad que se debe \$
PARA quién se compró		DE quién se compró	

- Revocable
 Irrevocable

Current value: \$

8. Enumere todos los vehículos (aunque no funcionen) que usted o su familia tiene. Si no tiene ninguno, indique "Ninguno"

Marca y modelo	Año	Clase (Matricula)	Propietario(a)	Cantidad que Se Debe	Usado para Transporte	
					Sí	No

List exempt vehicle:

Verification of nonexempt vehicles

9. ¿Es usted, o alguien de su familia, dueño(a) de barcos, vehículos de remolque (no incluya camionetas), casas motores, casas móviles o casas-remolques que no se utilizan en el hogar y a las que el condado no les impone impuestos como bienes inmuebles? Sí No

Verification of personal property

Descripción	Año	Clase (Matricula)	Propietario(a)	Precio de Compra	Único Modo de Transporte	
					Sí	No
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		

NOTA: Si usted cree que el valor de los artículos anteriores en base en los cuadros de matrícula del Departamento de Vehículos Motorizados será muy alto, usted podría proveer tres valoraciones del valor real, y se utilizará el promedio.

10. ¿Es usted, o alguien de su familia, dueño(a) de equipo, vehículos, herramientas, inventario o materiales comerciales (incluyendo ganado o aves que no son para uso personal)? Si es así, indique:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		SÓLO PARA USO DEL CONDADO	
	Descripción	Valor Calculado		Cantidad de su Propiedad	
		\$		\$	
		\$		\$	
		\$		\$	
11. ¿Está usted, o alguien de su familia, comprando, o es dueño(a) de cualquier terreno o edificios en los que usted no vive ahora? (Asegúrese de incluir propiedades en cualquier estado o país, y todo el terreno que sea de su propiedad, sobre el que tenga título o sobre el que lo comparta.) Por ejemplo: lotes, casas, casas-remolques, departamentos, casas móviles a las que el condado impone impuestos como bienes inmuebles, etc. Si es así:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Verification of "Good Cause" for utilization of property	
Dirección de otra propiedad (número, calle)		Ciudad	Estado	Código postal	
Descripción de la propiedad		Nombre del/de la propietario(a)			
¿Vive alguien ahí ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿quién vive ahí ahora?	¿Qué relación tiene con usted?	¿Hace cuánto tiempo han vivido ahí?		
¿Planea usted regresar a esa propiedad a vivir? (Si posteriormente usted cambia de opinión, tiene que notificárselo al condado en un plazo de 10 días.)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Está la propiedad a la venta actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Valor total (de la declaración de impuestos) \$	Cantidad que se debe \$	Alquiler que se cobra cada mes \$		
Gastos de la Propiedad					
Interés \$	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual	Seguro \$	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual	Servicios públicos \$	<input type="checkbox"/> Anuales <input type="checkbox"/> Mensuales
Impuestos y tasaciones \$	<input type="checkbox"/> Anuales <input type="checkbox"/> Mensuales	Mantenimiento y reparaciones \$		<input type="checkbox"/> Anuales <input type="checkbox"/> Mensuales	
12. ¿Tiene usted, o alguien de su familia, un interés sobre un derecho a un inmueble de por vida (derecho a usarlo) sobre cualquier propiedad? Si es así, ¿cuál es la dirección?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable	
Dirección (número, calle)		Ciudad	Estado	Código postal	
¿Tiene usted, o alguien de su familia, un interés sobre ingreso sobre un inmueble de por vida al que tiene derecho? Si es así, ¿produce ingresos este inmueble de por vida?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuánto recibió usted? \$		¿Con qué frecuencia?			
13. ¿Ha traspasado, vendido o regalado usted, o alguien de su familia, alguna propiedad (incluyendo dinero) durante los últimos 30 meses (2 años y medio)? Si es así, indique:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		LTC ONLY: <input type="checkbox"/> Adequate consideration <input type="checkbox"/> Spenddown	
	Descripción del Artículo	Fecha de la Venta, Traspaso o Regalo	Valor	Cantidad que Recibió	
			\$	\$	
			\$	\$	
14. ¿Ha recibido usted, o alguien de su familia, dinero de los arreglos de un seguro o de un tribunal, herencia, lotería o pago retrasado durante los últimos 30 meses (2 años y medio)? Si es así, indique:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		LTC ONLY: <input type="checkbox"/> Adequate consideration <input type="checkbox"/> Spenddown	
	Fuente	Fecha en que lo Recibió	Cantidad		
			\$		
			\$		
			\$		
15. A. ¿Ha impuesto usted, o alguien de su familia, un gravamen sobre una propiedad, o hecho un pago por servicios de atención médica que recibió o recibirá durante un período para el cual usted está pidiendo beneficios de		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Payment or lien used to bring property within property limits <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
B. ¿Se ha registrado un embargo preventivo en contra de su propiedad o de la de algún familiar, como garantía por servicios de atención médica recibidos o que se recibirán durante un período para el cual usted está pidiendo beneficios de Medi-Cal?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		If yes: <input type="checkbox"/> Notice to provider	
C. Si la respuesta para A o B es sí, complete enseguida:					
Cantidad del pago/gravamen o embargo preventivo \$	Gravamen o pago hecho a o embargo preventivo registrado por	Fecha y clase de atención médica que se recibió o que se recibirá			

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 la excepción de la información sobre la etnicidad, así como cualquier otro artículo marcado como voluntario u opcional.