

Nombre del caso: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la trabajador(a): \_\_\_\_\_

Teléfono del/de la trabajador(a): \_\_\_\_\_

### SUPLEMENTO DE BIENES

**PARE:** Si usted está solicitando solamente Medi-Cal sin costo alguno, para **niños menores de 19 años de edad** o para **mujeres embarazadas** que solicitan solamente servicios relacionados con el embarazo, usted no necesita completar este formulario. Es posible que se le llame más tarde, si es necesario.

**SIGA:** Si usted está solicitando Medi-Cal de cobertura completa, para una familia incluyendo adultos, por favor, complete este formulario, y asegúrese de incluir todos sus bienes. El/la trabajador(a) del condado determinará qué bienes son importantes para su solicitud. Si usted tiene alguna pregunta, por favor, comuníquese con su trabajador(a). **Nota:** El ser propietario(a) de una casa no impide su elegibilidad para Medi-Cal.

Marque la casilla debajo de **SÍ** o **NO** para cada artículo a nombre de, o que se tiene para el beneficio de, cualquier miembro de la familia en el hogar. Por favor, siga las indicaciones debajo de cada pregunta.

- |    | <b>SÍ</b>  | <b>NO</b>                | <b>ARTÍCULO</b>  |
|----|--|--------------------------|--|
| 1. | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Participaciones de acciones o de fondos comunes de inversión.<br><i>Si la respuesta es sí, por favor, proporcione una copia de los certificados de las acciones o fondos comunes, indicando el número de participaciones.</i>  |
| 2. | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Cuentas Individuales de Jubilación (IRAs), Keoghs o fondos de pensión relacionados con el trabajo.<br><i>Si la respuesta es sí, por favor, proporcione las declaraciones más recientes de su empleador, institución financiera o agente financiero, indicando la cantidad del capital y de los intereses que usted esté recibiendo, o el valor en efectivo (después de las sanciones por retiro temprano).</i>   |
| 3. | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Pensiones, fideicomisos para entierro, contratos de entierro o seguro de entierro, fideicomisos o acuerdos, donde se tiene dinero o propiedad, para el beneficio de cualquier miembro de la familia en el hogar, cuentas congeladas, arreglos financieros, fallos y órdenes de mantenimiento ordenados por un tribunal, acuerdos prematrimoniales y después del matrimonio, pagarés, hipotecas, escrituras fiduciarias, etc.<br><i>Si la respuesta es sí, por favor, proporcione copias de las pólizas, contratos, fideicomisos, acuerdos de compra, órdenes del tribunal, documentos de las cuentas, que indiquen las inversiones y las distribuciones.</i> |
| 4. | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Cuentas y bienes comerciales.<br><i>Si la respuesta es sí, por favor, proporcione declaraciones de impuestos, facturas, recibos, licencias, declaraciones de ganancias y pérdidas, etc.</i>  |
| 5. | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Casa, condominio, rancho, terreno, casa móvil o derecho a un inmueble durante la vida del derechohabiente ( <i>life estate</i> ), que es la casa en la que usted vive, o que es su casa anterior, y en la que habita su cónyuge, hijo(a) menor de 21 años, hijo(a) incapacitado(a), pariente dependiente o un(a) hermano(a) que vivió continuamente en la propiedad y que proporcionó cuidado durante un año, lo cual le permitió a usted permanecer en la casa, y no en un centro de convalecencia.<br><i>Si la respuesta es sí, por favor, indique la dirección de la propiedad aquí: _____<br/>No se requiere comprobante.</i>                            |
| 6. | Si usted es propietario(a) de una casa o de una casa anterior, y usted está ausente por cualquier motivo (incluyendo el ingreso a un establecimiento de atención a largo plazo), pero tiene la intención de regresar a casa algún día, por favor, indíquelo abajo. <b>NOTA:</b> La palabra "intención" significa "deseo" de regresar a casa, aunque sea posible que usted no esté física, ni mentalmente capacitado(a) para hacerlo. |                          |  |
|    | <input type="checkbox"/> Sí, yo tengo la intención de regresar a casa algún día.<br><input type="checkbox"/> No, yo no tengo la intención de regresar a casa algún día.  |                          |  |

Por favor, indique la dirección de la propiedad aquí: \_\_\_\_\_  
No se requiere comprobante, si usted constató que tiene la intención de regresar a casa algún día. Si usted contestó que **NO** tiene la intención de regresar algún día, por favor, presente una copia de la valoración fiscal más reciente. Si usted lo decide, puede proporcionar un avalúo, de un(a) evaluador(a) autorizado(a) de bienes raíces, y se utilizará ese valor, si es menor.

7.   Otros bienes raíces, condominios, edificios, casas móviles, derechos a inmuebles durante la vida del derechohabiente (*life estate*), departamentos de tiempo compartido, derechos a petróleo y minerales.

Si la respuesta es sí, por favor, proporcione copias de los documentos de la hipoteca, las valoraciones fiscales más recientes, los documentos de registro o de propiedad.

8.   Motocicletas, casas-remolque, barcos u otros vehículos motorizados que usted no utilice como casa.

Por favor, proporcione una copia de los documentos propietarios o de los registros más recientes, acuerdos de compra, recibos de venta o presupuestos de su valor, de una fuente autorizada. En el comprobante que se presente para cada artículo, indique si el artículo se usa:

- en el trabajo (como por ejemplo, un taxi);
- para recorrer largas distancias a fin de trabajar (como una camioneta utilizada por un contratista que trabaja fuera de la ciudad);
- para llevar el abastecimiento principal de combustible o agua para su casa;
- para transportar a un(a) pariente incapacitado(a) que vive en la casa, o si es propiedad comercial.

9.   Joyería (excluyendo anillos de boda, anillos de compromiso o reliquias heredadas) con un valor de más de \$100.00 dólares.

Si la respuesta es sí, por favor, proporcione copias de los recibos de venta, avalúos, presupuestos de valor o documentos de seguro.

10.   Cualesquier otros bienes raíces o personales, bienes (activos) o recursos valorados en \$500.00 dólares o más.

Si la respuesta es sí, envíe copias que comprueben los bienes y su valor.

11.   ¿Ha gastado o utilizado alguien cualquiera de los artículos enumerados anteriormente en pago por, o como garantía para, servicios médicos?

Si la respuesta es sí, por favor, explique enseguida, y adjunte comprobantes.

**1 al 10. Si usted debe dinero en cualquiera de los artículos enumerados anteriormente, o si cualquiera de los artículos enumerados anteriormente tiene embargos en su contra, por favor, proporcione copias del embargo, préstamo o documentos de garantía.**

12.   Usted, o algún miembro de la familia en el hogar, ¿vendió o regaló dinero o propiedad en:

- los últimos 36 meses (ó 60 meses, si la transferencia se hizo a, o desde, un fideicomiso o acuerdo, a fin de mantener el dinero o la propiedad, para el beneficio de alguien) si usted está solicitando Medi-Cal; o
- 12 meses si usted está recibiendo Medi-Cal actualmente?

Si la respuesta es sí, por favor, explique en la sección de "Información Adicional" al final de este formulario, y adjunte los comprobantes.

**Las siguientes preguntas solamente les son relevantes a las personas que ya están recibiendo Medi-Cal.**

13.   ¿Hay algún miembro de la familia en el hogar que tenga una cuenta bancaria de cheques o de ahorros?

Si la respuesta es sí, envíe copias de las declaraciones de estado de cuenta, que muestren los saldos actuales en las cuentas.

14.   ¿Hay alguien que tenga un arreglo financiero o fallo ordenado por el tribunal?

Si la respuesta es sí, envíe copias de todas las órdenes judiciales, documentos y acuerdos. Si ya se le proporcionaron copias a su trabajador(a), usted no tiene que volver a proporcionarlas.

15.

¿Hay alguien que tenga seguro de vida o seguro de atención a largo plazo?

*Si la respuesta es sí, envíe copias de sus pólizas, contratos y acuerdos de compra. Si ya se le proporcionaron copias a su trabajador(a), usted no tiene que volver a proporcionarlas. Si su póliza es una póliza certificada por la Asociación de California para la Atención a Largo Plazo, (California Partnership for Long-Term Care), envíe una copia de su declaración de beneficios más reciente.*

**Información adicional:**