

## Solicitud de exención por dificultades financieras

Es necesario presentar la presente Solicitud de exención por dificultades financieras (Solicitud) y la documentación para poder solicitar una exención de la parte proporcional de la herencia del solicitante. El solicitante tiene 60 días desde la fecha indicada en el aviso de reclamo del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California (Departamento o DHCS) para presentar la Solicitud. Toda la información solicitada en esta Solicitud es voluntaria, pero si no se presenta documentación precisa que acredite las dificultades financieras, la Solicitud podrá ser rechazada. Es necesario contar con la firma para procesar la Solicitud. No es necesario que el Solicitante presente documentación previamente recibida del Departamento. El Departamento se reserva el derecho de solicitar documentación adicional.

Se considerará que no existen dificultades financieras cuando dichas dificultades hubieran sido provocadas por el fallecido o el solicitante mediante la utilización de métodos de planificación de herencia para desviar o proteger bienes para evitar el cobro de sumas adeudadas.

### **El formulario completo debe enviarse a:**

Department of Health Care Services  
Estate Recovery Section  
P.O. Box 997425, MS 4720  
Sacramento, CA 95899-7425

Para preguntas acerca del formulario, llame al representante asignado a su caso o a la línea de atención de Cobranzas (Estate Recovery), 916-650-0490.

**\*\*\*\*Todos los solicitantes deben completar las Secciones A, B, C y G.** Los solicitantes también deberán presentar la documentación solicitada y completar otras secciones especificadas en la Sección C.

## **Sección A – Información de los bienes del fallecido**

**Completar toda la información aplicable sobre los bienes.**

- Nombre del fallecido:
- Cuenta DHCS Nro.:

¿El fallecido tenía cónyuge o pareja de hecho inscrita que hubiera fallecido antes que el fallecido y que también estuviera afiliado a Medi-Cal?

Sí      No      Si la respuesta es sí, indique:

- Nombre del cónyuge/pareja de hecho inscrita:
- Cuenta DHCS Nro.:

## Sección A (continuación):

¿Los bienes del acervo están administrados bajo un fideicomiso?

Sí No Si la respuesta es sí, adjunte una copia completa del acuerdo de fideicomiso con todas sus enmiendas.

¿Existe un testamento?

Sí No Si la respuesta es sí, adjunte una copia del testamento.

Dirección de los bienes del acervo Ciudad Estado Código postal

Bienes inmuebles / casa (s)

Valor de mercado del inmueble/casa(s): \$ Deuda hipotecaria: \$  
(Adjuntar escritura, contrato de hipoteca y valuación o análisis de mercado comparativo donde se valúe el bien al momento de la muerte del fallecido, si fuera posible.)

Casas móviles

Valor de mercado de la caravana(s) estática(s): \$ Deuda hipotecaria: \$  
(Adjuntar título, contrato de hipoteca y valuación al momento de la muerte del fallecido, si correspondiera)

¿La propiedad se encuentra o se encontró en venta?

Sí No

Si la respuesta es sí, presente copia de la autorización de venta. Si la propiedad se vendió, adjunte copia de la liquidación.

**Otros Bienes** a nombre del fallecido al momento de su muerte. (Adjuntar copias de estados de cuenta, contratos, pólizas, etc.):

Cuenta(s) bancaria(s) (Adjuntar estado(s) de cuenta a la fecha de la muerte)

Cta. de Cheques.	Si	No	Saldo \$
------------------	----	----	----------

Cta. de Ahorro	Si	No	Saldo \$
----------------	----	----	----------

Seguro de retiro (Adjuntar contrato con prueba de fecha de compra) Valor \$

Seguro de vida Valor \$

Beneficiario(s)

(Adjuntar copia de la documentación donde se indique el o los beneficiarios, si corresponde)

Planes de jubilación (CD/IRA/401K/Otros) Valor \$

Beneficiario(s)

(Adjuntar copia de la documentación donde se indique el o los beneficiarios, si corresponde)

### Sección A (continuación):

Acciones/Bonos/Otros títulos/Otros bienes muebles (automóviles, etc.) a nombre del fallecido al momento de su muerte

Tipo de bien	Valor \$
Tipo de bien	Valor \$
Tipo de bien	Valor \$
Tipo de bien	Valor \$
Tipo de bien	Valor \$

¿Hay gastos del acervo hereditario?

Sí      No

(Facturas o gastos pagados por el solicitante desde la muerte del fallecido en su nombre, incluidos los gastos de entierro, los gastos de administración tales como pagos de hipotecas, honorarios de abogados, impuestos, seguros, etc.) Enumere los gastos y presente copias de todos los recibos o liquidaciones.

Tipo de gasto	Monto \$
Tipo de gasto	Monto \$
Tipo de gasto	Monto \$
Tipo de gasto	Monto \$
Tipo de gasto	Monto \$

### Sección B – Información del solicitante

Nombre del solicitante  
(Primero, segundo, apellido)      Número de Seguro Social      Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Dirección      Ciudad      Estado C.P.      Nro. de Teléfono

Relación con el fallecido

## **Sección C – Criterios para la exención por dificultades financieras**

Analice todos los criterios a continuación (1-6) que determinan si el solicitante tiene derecho a una exención por dificultades financieras (ver Título 22, Código de Regulaciones de California, sección 50963). Los solicitantes deberán presentar también la documentación solicitada y completar las otras secciones incluidas debajo de cada criterio. Los criterios se incluyen en las páginas 4, 5 y 6.

**1. Al recibir la herencia del acervo hereditario, el solicitante podrá dejar de calificar para los pagos de asistencia pública y/o programas de asistencia médica.**

***Presentar:***

- Carta del trabajador social del condado del solicitante donde conste que al recibir la herencia el solicitante perdería la elegibilidad para los pagos de asistencia pública, y/o programas de asistencia médica, **y**
- Prueba de elegibilidad para los beneficios recibidos por el solicitante, **y**
- Prueba de que la herencia implicaría la pérdida de los beneficios que recibe el solicitante.

***Completar:***

- “Certificación”, Sección G, página 7.
- Si el criterio 1 es el único fundamento de la solicitud, saltee las Secciones D, E y F.

**2. El bien del acervo es parte de una empresa que genera ingresos, por ejemplo, una granja o rancho, y la recuperación de los gastos de asistencia médica haría que el solicitante pierda su fuente principal de ingresos.**

***Completar:***

- “Ingresos mensuales del solicitante”, Sección D, página 6 y “Certificación”, Sección G, página 7.
- Si el criterio 2 es el único fundamento de la solicitud, saltee las Secciones E y F.

**3. El solicitante es de edad avanzada, ciego o discapacitado y ha vivido en forma continua en la casa del fallecido durante un año, como mínimo, antes de la muerte del fallecido y aún vive allí, y es incapaz de obtener financiamiento para devolver el dinero al Estado.**

El solicitante deberá presentar una solicitud de financiamiento por un monto que no podrá exceder su parte proporcional del reclamo a una institución financiera según la definición del Código de Sucesiones (Probate Court) Sección 40. El solicitante deberá presentar al Departamento las cartas de denegación de la institución financiera.

***Presentar:***

- Prueba de que el solicitante tiene (65 años o más), es ciego o discapacitado según la definición de la Sección 1614 de la Ley Federal de Seguridad Social (Sección 1382c del Título 42 del Código de los Estados Unidos - USC); la documentación puede incluir una carta de otorgamiento de Ingresos Complementarios del Seguro Social o un Seguro de Discapacidad del Seguro Social, etc., **y**
- Prueba de que el solicitante vivió en la casa del fallecido durante un mínimo de un año antes de la muerte del fallecido; la documentación puede ser una boleta de servicios, un estado de cuenta del banco a nombre del solicitante, etc., **y**
- Prueba de que el solicitante continúa residiendo en el hogar del fallecido; la documentación puede ser una boleta de servicios, un estado de cuenta del banco a nombre del solicitante, etc., **y**

- Carta de rechazo de una institución financiera (un banco, una cooperativa de ahorros, cooperativa de crédito, etc.) por la parte proporcional del reclamo del solicitante o la parte proporcional de la herencia que corresponde al solicitante, la que sea menor.

**Completar:**

- “Certificación”, Sección G, página 7.
- Si el criterio 3 es el único fundamento de la solicitud, saltee las Secciones D, E y F.

4. **El solicitante cuidó al fallecido durante dos o más años y ello evitó o demoró la internación del fallecido en una institución de cuidado de largo plazo o una institución médica. El solicitante debe haber residido en el hogar del fallecido durante el período en el cual lo cuidó y continuar residiendo en el hogar del fallecido. El solicitante deberá presentar una fundamentación médica por escrito firmada por un proveedor de servicio de salud con licencia donde se exprese claramente que el nivel y la duración del cuidado evitaron o demorar la internación del fallecido en una institución de cuidado de largo plazo o una institución médica.**

**Presentar:**

- Fundamentación médica por escrito firmada por un proveedor de servicio de salud con licencia indicando que el solicitante brindó cuidado al fallecido durante dos años o más y que ello evitó o demoró la internación del fallecido en una institución de cuidado de largo plazo o una institución médica, **y**
- Prueba de que el solicitante residía en el hogar del fallecido y continúa residiendo en el hogar del fallecido; la documentación puede ser una boleta de servicios, un estado de cuenta del banco a nombre del solicitante, etc., etc.

**Completar:**

- “Certificación”, Sección G, página 7.
- Si el criterio 4 es el único fundamento de la solicitud, saltee las Secciones D, E y F.

5. **El solicitante transfirió el bien al fallecido sin contraprestación.**

**Presentar:**

- Documentación que demuestre que el bien se transfirió al fallecido sin contraprestación. La documentación puede incluir escrituras anteriores, estados de cuenta del banco, estados de cuenta de créditos hipotecarios, etc.

**Completar:**

- “Certificación”, Sección G, página 7.
- Si el criterio 5 es el único fundamento de la solicitud, saltee las Secciones D, E y F.

6. **A) El solicitante necesita el capital del bien inmueble para poder transformar el bien en una propiedad habitable.**

**Presentar:**

- Prueba de que el bien inmueble representa capital; la documentación puede incluir una valuación o un análisis comparativo de mercado, estado de cuenta de crédito hipotecario, etc., **y**
- Prueba de que la propiedad no es habitable; la documentación puede incluir un informe de inspección de un contratista con licencia que documente las reparaciones necesarias y los costos asociados para hacer que la casa sea habitable, etc.

**Sección C (Continuación):**

**Completar:**

- “Certificación”, Sección G, página 7.
- Si el criterio 6A es el único fundamento de la solicitud, saltee las Secciones D, E y F.

**Q**

**6. B) El capital del bien es necesario para la satisfacción de necesidades básicas, tales como alimentos, ropas, vivienda o atención médica.**

**Presentar:**

- Prueba de que el bien inmueble representa capital; la documentación puede incluir una valuación o un análisis comparativo de mercado, estado de cuenta de crédito hipotecario, etc.

**Completar:**

- “Ingresos mensuales del solicitante”, Sección D, página 6 y “Gastos mensuales del solicitante”, “Valor de los bienes del solicitante”, y “Certificación”, Secciones E, F y G, página 7.

## **Sección D – Ingresos mensuales del solicitante**

**Completar la Sección D para el Criterio 2 y 6B, según las instrucciones de la Sección C, y presentar la documentación que se indica a continuación (según corresponda). Saltear esta sección si presenta la solicitud fundada en la Sección C, criterios 1, 3, 4, 5 o 6A.**

Ingresos bruto \$

Ingresos brutos del cónyuge/otro adulto \$

Rentas/Aportes que percibe \$

Jubilación/Pensiones \$

Seguro Social \$

Discapacidad \$

Asistencia pública \$

Ganancias de su negocio \$

Comisiones \$

Otros ingresos (fuente): Dividendos, Intereses, Alimentos para un hijo, Alimentos para un cónyuge, Propinas, etc. \$

**TOTAL DE INGRESOS MENSUALES: \$**

**Presentar** copias de: últimas declaraciones juradas impositivas (Formulario IRS 1040, 1040EZ, 1040A); los dos últimos recibos de pago por cada adulto en el hogar; los dos últimos recibos de jubilación/pensión; carta de otorgamiento de Ingresos Complementarios del Seguro Social o Seguro de Discapacidad del Seguro Social.

## Sección E – Gastos mensuales del solicitante

**Completar la Sección E para el criterio 6B, según las instrucciones de la Sección C, y presentar la documentación solicitada a continuación (según corresponda). Saltee esta sección si solo solicita en virtud de la Sección C, criterios 1, 2, 3, 4, 5 o 6A.**

Hipoteca/Renta \$	Alimentos para cónyuge o hijo \$	Gastos del automóvil \$
Comida \$	Servicios públicos \$	Atención médica \$
		Seguro \$
Total de pagos en cuotas (tarjeta de crédito, préstamo estudiantil, etc.) \$		Otros gastos \$

**TOTAL DE GASTOS MENSUALES: \$**

**Presentar** copias de los estados de cuenta de hipotecas o recibos de renta.

## Sección F – Valor de los bienes del solicitante

**Completar la Sección F para el criterio 6B, según las instrucciones de la Sección CC. Saltee esta sección si solo solicita en virtud de la Sección C, criterios 1, 2, 3, 4, 5 o 6A.**

Valor del inmueble \$	Cuenta de cheques / de ahorros \$	
Cuenta de mercado de dinero \$	Plazo fijo (CD) \$	Acciones/Bonos \$
IRA/401K \$	Seguro de vida/retiro \$	Bienes en alquiler \$
Automóviles \$	Otros bienes \$	<b>TOTAL DE BIENES: \$</b>

## Sección G - Certificación

**Entiendo que la información presentada en esta Solicitud y la documentación presentada estarán sujetas a investigación y verificación, y que se me podrá solicitar información o documentación adicional. Declaro bajo pena de perjurio que la información provista en este formulario y la documentación presentada son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.**

Firma del solicitante	Nombre completo (en imprenta o impreso)	Número de teléfono	Fecha
-----------------------	--	--------------------	-------

**(si difiere del solicitante)**

Firma de la persona que firma el formulario	Nombre completo (en imprenta o impreso)	Número de teléfono	Fecha
--	--	--------------------	-------

## DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

La Ley de Prácticas de Información de 1977 (Código Civil de California, sección 1798.1 y ss.) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Título 5, Código de los Estados Unidos, Sección 552a y ss.) exigen la entrega de este aviso al solicitarle información personal a alguna persona.

El Sector de Recuperación del Patrimonio Sucesorio del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California (Departamento) solicita la información requerida en la Solicitud de Exención por Dificultades Financieras en virtud de la autoridad conferida por el Código del Departamento de Bienestar e Instituciones, Secciones 14009.5 y el Título 22 del Código de Regulaciones de California, Secciones 50960 y ss. La persona responsable del sistema de registro de la información obtenida a través de la Solicitud es el Jefe de la División de Responsabilidad Civil y Recuperación - *Third Party Liability and Recovery Division*, MS 4718, P.O. Box 997425, Sacramento, CA, 95899-7425.

La notificación del fallecimiento deberá presentarse de conformidad con la ley de California (Secciones 215, 9202 y 19202 del Código de Sucesiones). Si no se suministra la información solicitada, se podrán producir demoras en la determinación del patrimonio sucesorio, intereses y costos legales. La información se utilizará principalmente para determinar si corresponde la Recuperación del Patrimonio Sucesorio (ER) y para identificar posibles excepciones a la Recuperación.

La información requerida en la Solicitud es voluntaria; sin embargo, de no presentarse en forma completa y precisa, se podrá denegar la Solicitud. El objeto principal para el que se utilizará la información es para determinar si un solicitante califica para una exención por dificultades financieras del reclamo de recuperación de patrimonio del Departamento y verificar la información provista en la Solicitud a fin de evitar el fraude contra el programa Medi-Cal.

El Departamento no tiene ni considera que pueda tener motivos para revelar la información suministrada. El informante tiene derecho a acceder a los registros que contengan información personal mantenida por el Departamento.