

SÍ	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Renta Vitalicia		
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Otro		
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Alguna persona en su hogar incurre en gastos laborales relacionados con la discapacidad? Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de gastos?: Cantidad mensual de gastos: \$ _____ ¿Para quién? _____ ¿La persona es ciega? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
SÍ	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Alguna persona en su hogar le paga a otra persona por cuidar a un menor dependiente o adulto con discapacidad/incapacidad para poder ir a trabajar/escuela? Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información:		
Nombre		Nombre del Menor o Adulto con Discapacidad/Incapacidad		Proveedor de Servicios	Cantidad Pagada
					Frecuencia

ACTIVOS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR						
Seleccione "sí" o "no" para cada tipo de activo mencionado.						
TIPO DE ACTIVO	SÍ	NO	VALOR			Propietario
Vehículos			Modelo _____ Año _____ Valor _____	Cantidad que debe _____		
			Modelo _____ Año _____ Valor _____	Cantidad que debe _____		
Casa			Valor _____	Cantidad que debe _____		
¿Tiene alguna otra propiedad además de su casa?			Valor _____	Cantidad que debe _____		
Casa Rodante			Modelo _____ Año _____ Valor _____	Cantidad que debe _____		
Cuenta(s) de Cheques						
Cuenta(s) de Ahorros						
Cuenta del Mercado Monetario						
Unión de Crédito						
Efectivo Disponible						
Aguinaldo						
Acciones						
Bonos/Ahorros						

TIPO DE ACTIVO	SÍ	NO	VALOR	Propietario
Certificados de Depósito				
Fideicomisos				
IRA/Keogh				
Reparto de Utilidades				
Cuenta de Garantía/Venta de Casa				
Seguro de Vida			Póliza No.: _____ Fecha de Compra: _____ Valor nominal: _____ Valor de rescate en efectivo: _____	
Fondos para Funeral/Entierro				
Parcela para Sepultura				
Ganado				
Derechos Mineros				
Equipo para Negocio			Modelo _____ Año _____ Valor _____ Cantidad que debe _____	
Equipo para Granja / Tractor			Modelo _____ Año _____ Valor _____ Cantidad que debe _____	
Caravana/Remolque			Modelo _____ Año _____ Valor _____ Cantidad que debe _____	
Vehículo todo terreno, 3 ruedas, Vehículo utilitario			Modelo _____ Año _____ Valor _____ Cantidad que debe _____	
Embarcación			Modelo _____ Año _____ Valor _____ Cantidad que debe _____	
Otro Vehículo Recreativo			Modelo _____ Año _____ Valor _____ Cantidad que debe _____	
Cobranza Personal				
Otro				
Otro				

NOTA: Es posible que deba proporcionar información adicional y/o verificación

¿Alguno de los activos mencionados no está disponible para el propietario debido a copropiedad, proceso/orden de la corte, etc.?

SÍ ____ NO ____ Si la respuesta es "Sí", ¿Cuáles activos y por qué?

¿Alguno de los activos mencionados está apartado para sepultura?

SÍ ____ NO ____ Si la respuesta es "Sí",
¿Cuáles activos? _____

¿Alguien ha recibido un pago de una suma global? Si la respuesta es "Sí", escribe el nombre de la persona, tipo de pago y fecha.

¿Usted o alguien en su hogar espera recibir alguna prestación o ingreso, como Prestación de Seguro Social, Salario por Empleo, Prestaciones por Desempleo, Subsidio para la Manutención de Menores o Pagos por Seguros, entre otros, que no reciba en este momento?

SÍ ____ NO ____ Si la respuesta es "Sí", escribe el nombre de la persona, tipo de ingreso y fecha esperada de pago.

Nombre _____ Tipo _____ Fecha Esperada de Pago _____

¿Alguien le ha transferido o cedido la inversión de, vendido, o traspasado propiedad, ingreso o cualquier otro activo incluyendo vehículos, seguro de vida o ha establecido un fideicomiso en los últimos cinco (5) años (60 meses)?

SÍ ____ NO ____ Si la respuesta es sí, Nombre _____
Fecha de la Transferencia _____ Transferido a _____
(mm/dd/aa)
Valor del Activo _____ Cantidad Recibida _____

¿Alguien tiene derecho a o cuenta con Medicare Parte A o Parte

B?

SÍ ____ NO ____ Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Persona	Número de Reclamo de Medicare	Fecha de Inicio Parte A	Fecha de Terminación Parte A	Fecha de Inicio Parte B	Fecha de Terminación Parte B	Cantidad de la Prima

Certifico que he leído o me han leído todas las declaraciones de este formato y que comprendo las preguntas. Certifico que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta y acepto las responsabilidades previamente mencionadas.

Firma del Solicitante

Fecha de la Firma

Firma del Co-solicitante

Fecha de la Firma

Representante que Responde el Formato de Solicitud

Fecha de la Firma