

Suplemento para atención a largo plazo



- ¿Necesita servicios de atención a largo plazo en una institución tipo instalación de enfermería? Sí No
Si contesta sí, debe responder todas las preguntas y completar todas las secciones de este suplemento.
- ¿Está solicitando u obteniendo servicios de atención a largo plazo en su hogar en base a la Exención para servicios basados en el hogar y la comunidad?
 Sí No **Si contesta sí**, sólo debe completar la sección de “**Tranferencias de recursos**” en la página 22.

Por favor escriba claramente en imprenta. Conteste todas las preguntas y complete todas las secciones. Si necesita más espacio para completar cualquier sección, por favor use una hoja separada (incluya su nombre y número de seguro social) y adjúntela a este suplemento.

Información sobre el solicitante/afiliado

| | | |
|--|--|-------------------------|
| Apellido, nombre, inicial | | Número de Seguro Social |
| Nombre y dirección del hospital, instalación de enfermería u otra institución | | |
| Fecha de admisión (mm/dd/aaaa) | ¿fue colocado aquí por otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta sí , ¿qué estado? | |
| 1. ¿Tiene que pagar gastos de guardianía o tutela para un guardián asignado por un tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

Gastos de vivienda del cónyuge y miembros de familia que viven en la casa

Su cónyuge que vive en casa quizás pueda retener parte de los ingresos que usted recibe. Complete la siguiente información sobre los gastos de vivienda actuales de su cónyuge. **Si no tiene cónyuge**, pase a la siguiente sección (**Tranferencias de recursos**).

Envíe prueba de los gastos actuales de vivienda de su cónyuge.

| | | |
|--|--|-------------------------|
| Apellido del cónyuge, nombre, inicial | | Número de Seguro Social |
| 2. ¿Cuánto paga su cónyuge cada mes por concepto de: ¿Alquiler? _____ ¿Hipoteca (capital e intereses)? _____ ¿Seguro de propietario o de inquilino? _____ ¿Impuestos catastrales (por bienes raíces)? _____ ¿Cuota de mantenimiento obligatoria del condominio o cooperativa? _____ ¿Comida y alojamiento en un centro asistencial de vivienda? _____ | | |
| 3. ¿Su cónyuge paga por calefacción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 4. ¿Su cónyuge paga por servicios públicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 5. ¿Un hijo/a, padre, madre, hermano, y/o hermana vive(n) con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

Si contesta sí, complete esta sección. **Si contesta no**, pase a la siguiente sección (**Tranferencias de recursos**).

Envíe prueba de los ingresos mensuales de ellos antes de deducciones.

Quizá le autoricen una deducción para cubrir los gastos de mantenimiento de ellos. Estas personas deben ser parientes suyos o de su cónyuge; y, uno de ustedes debe declararlos como dependientes en su declaración federal de impuestos.

| | | |
|------------|----------------------------------|---|
| Nombre | | Número de Seguro Social |
| Parentesco | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Ingreso mensual antes de deducciones \$ |

| | | |
|------------|----------------------------------|--|
| Nombre | | Número de Seguro Social |
| Parentesco | Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) | Ingreso mensual antes de deducciones \$ |

Transferencias de los recursos (incluyen ingresos y bienes)

6. En los 60 meses pasados:

- ¿Alguna propiedad que estuvo a la disposición o fue propiedad suya o de su cónyuge, ha sido transferida desde o hasta un fideicomiso? Sí No
- ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, hizo una transferencia de ingresos o del derecho a ingresos? Sí No
- ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, hizo una transferencia, cambió la propiedad, obsequió o vendió algún bien, incluyendo su hogar u otro bien raíz? Sí No
- ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, cambió la escritura o la propiedad de cualquier bien raíz, incluyendo la creación de una propiedad de bienes raíces vitalicia, incluso si la propiedad vitalicia fue comprada en la residencia de otra persona? Sí No
- Si usted compró una propiedad vitalicia en la casa de otra persona, ¿vivió usted ahí por lo menos un año después de haber comprado la propiedad vitalicia? Sí No
- ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, agregó otro nombre a una escritura de algún bien de propiedad suya? Sí No
- ¿Usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, recibió u otorgó a alguien una hipoteca, préstamo, o pagaré sobre cualquier propiedad u otro bien? Sí No
- ¿Compró o cambió de cualquier forma usted, su cónyuge, o alguna otra persona a su nombre, una anualidad? Sí No

Si usted respondió sí a cualquiera de las preguntas anteriores, tiene que completar lo siguiente, y enviarnos prueba de esta información.

| | | |
|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Descripción del bien/ingreso | | Fecha de transferencia (mm/dd/aaaa) |
| Transferido a quién | Parentesco con usted o su cónyuge | Cantidad de la transferencia \$ |
| Descripción del bien/ingreso | | Fecha de transferencia (mm/dd/aaaa) |
| Transferido a quién | Parentesco con usted o su cónyuge | Cantidad de la transferencia \$ |
| Descripción del bien/ingreso | | Fecha de transferencia (mm/dd/aaaa) |
| Transferido a quién | Parentesco con usted o su cónyuge | Cantidad de la transferencia \$ |

7. ¿Usted, su cónyuge, o alguien actuando a nombre suyo ha hecho un depósito a una instalación residencial o de atención médica, como una instalación de residencia asistencial, una comunidad de retiro con atención médica continua, o a una comunidad de atención médica vitalicia? Sí No

Si contesta sí, dénos el nombre y dirección de la instalación, la cantidad del depósito, conteste las siguientes preguntas; y envíenos una copia del contrato que firmó con la instalación y cualquier documento que tenga que ver con este depósito.

Nombre de la instalación _____

Dirección de la instalación _____ Cantidad \$ _____

- a. ¿La instalación todavía tiene en su poder el depósito? Sí No

- b. ¿La instalación devolvió el depósito? Sí No

Si contesta sí, dénos el nombre y la dirección de la persona que recibió el depósito devuelto por la instalación.

Nombre de la persona _____

Dirección _____

Bienes raíces

Las respuestas a las siguientes preguntas se utilizarán para determinar si: (1) sus bienes raíces se van a contar como un bien; o (2) si se colocará un embargo preventivo o gravamen a sus bienes raíces.

Nota: Si el patrimonio neto de su residencia principal excede ciertos límites, quizás no sea elegible para recibir servicios para atención a largo plazo, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

8. ¿Usted o su cónyuge posee o tiene un derecho legítimo por su hogar, incluyendo una propiedad vitalicia? Sí No

Si contesta sí, complete la siguiente información y conteste las preguntas 8 a 15. **Si contesta no,** conteste la pregunta 15 solamente.

Nombre y dirección de la(s) persona(s) en los documentos de propiedad _____

Descripción y dirección de la ubicación de la propiedad _____

Tipo de propiedad (Marque uno.)

Individual (*Valor normal del mercado*) \$ _____ Inquilinato común (*Valor normal del mercado*) \$ _____

Inquilinato unido (*Valor normal del mercado*) \$ _____ Propiedad vitalicia (*Valor normal del mercado*) \$ _____

Nombre y dirección de la(s) persona(s) en los documentos de propiedad _____

Descripción y dirección de la ubicación de la propiedad _____

Tipo de propiedad (Marque uno.)

Individual (*Valor normal del mercado*) \$ _____ Inquilinato común (*Valor normal del mercado*) \$ _____

Inquilinato unido (*Valor normal del mercado*) \$ _____ Propiedad vitalicia (*Valor normal del mercado*) \$ _____

9. ¿Tiene usted cónyuge? Sí No **Si contesta sí,** complete esta sección.

Nombre _____ ¿Esta persona vive en su casa? Sí No

10. ¿Tiene usted un niño ciego, o con discapacidad total permanente? Sí No **Si contesta sí,** complete esta sección.

Nombre _____ ¿Esta persona vive en su casa? Sí No

11. ¿Tiene usted un niño menor de 21 años de edad? Sí No **Si contesta sí,** complete esta sección.

Nombre _____ Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____ ¿Esta persona vive en su casa? Sí No

12. ¿Tiene usted un hermano o hermana que posea un interés legal sobre el domicilio y que haya vivido en el mismo por lo menos durante un año inmediatamente anterior a la fecha en que usted ingresara en la institución médica? Sí No

Si contesta sí, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Esta persona vive en su casa? Sí No

13. ¿Tiene usted un hijo o hija que ha vivido en el domicilio por al menos los últimos dos años antes de que usted ingresara en la institución médica y que el hijo o hija le dió atención que le permitió a usted vivir en casa? Sí No **Si contesta sí,** complete esta sección.

Nombre _____ ¿Esta persona vive en su casa? Sí No

14. ¿Tiene usted un pariente dependiente? Sí No **Si contesta sí,** complete esta sección.

Nombre _____ ¿Esta persona vive en su casa? Sí No

Describa el parentesco y la naturaleza de la dependencia: _____

15. ¿Usted tiene la intención de regresar a su hogar? Sí No

16. ¿Usted o su cónyuge posee o tiene un interés legal en otros bienes raíces que no figuren en la anterior pregunta #7? Sí No

Si contesta sí, por favor describa la propiedad e indique a continuación su dirección.

Si necesita más espacio, por favor use una hoja de papel separada.

Seguro para atención a largo plazo

17. ¿Usted o su cónyuge tiene seguro para atención a largo plazo? Sí No

Si contesta sí, complete esta sección. **Si contesta no**, pase a la siguiente sección (**Declaraciones de impuestos**).

Envíe una copia de la póliza.

| Nombre de la compañía/Número de la póliza | Nombre del titular de la póliza | Fecha en que entró en vigor (mm/dd/aaaa) | Cantidad de la prima \$ |
|---|---------------------------------|--|----------------------------|
| | | | |
| Nombre de la compañía/Número de la póliza | Nombre del titular de la póliza | Fecha en que entró en vigor (mm/dd/aaaa) | Cantidad de la prima \$ |

Declaraciones de impuestos

18. ¿Usted o su cónyuge hizo declaraciones de impuestos de EE. UU. en los últimos dos años? (Marque una.)

Sí, ambos años Sí, uno de estos años No, ningún año

Si contesta sí, usted debe **enviar copias** de estas declaraciones. Si no conservó copias de una o más de estas declaraciones, **debe enviar un Formulario 4506 debidamente completado y firmado**. El Formulario 4506 se incluye como parte del Suplemento para atención a largo plazo si usted necesita hacer uso de el.

Firme este suplemento.

Al firmar este suplemento a continuación, por la presente certifico bajo penas y penalidades de perjurio que las presentaciones y declaraciones que he hecho en esta solicitud son veraces y completas a mi mejor saber y entender, y estoy de acuerdo en aceptar y cumplir con los derechos y responsabilidades anteriores.

Importante: Si está enviando esta solicitud como un representante autorizado, debe enviarnos un Formulario de designación de representante autorizado (ARD) para que podamos procesar esta solicitud. Es importante completar este formulario, ya que esta es la única manera como podemos hablar con usted respecto a esta solicitud.

| Firma del solicitante/afiliado o representante autorizado | Nombre en imprenta | Fecha |
|---|--------------------|-------|
| | | |