PARTE 4

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE RECURSOS, PA 1572

(Para parejas en las que uno de ellos está en una casa de reposo u otra institución médica y el otro vive en la comunidad)

Important information for nursing facility residents and their spouses. If you need this information in another language or someone to interpret it, please notify the nursing facility or contact your local County Assistance Office. Language assistance will be provided free of charge.

Información importante para los residentes en hogares de ancianos y sus esposos. Si usted necesita esta información en otro idioma o alguien que se la traduzca, favor de notificar al personal de la residencia o comunicarse con la oficina local de Asistencia del Condado (CAO). Asistencia lingüística será proveída gratis.

ព័ត៌មានសំខាន់សម្រាប់អ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលគិលានុបដ្ឋាក/ឧបដ្ឋាយិការនិងសម្រាប់ប្តី/ប្រពន្ធរបស់គេ។ បើណែនាអ្នកត្រូវការព័ត៌មាននេះជាភាសាផ្សេងទៀត ឬអ្នកណាម្នាក់ណែនាបកប្រែអោយ សូមជំរាបមណ្ឌល គិលានុបដ្ឋាក/ឧបដ្ឋាយិការ ឬទាក់ទងទៅការិយាល័យជំនួយជើងវៀរបស់ណែនាអ្នក។ ជំនួយក្នុងការបកប្រែនឹងត្រូវផ្តល់អោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

Thông tin quan trọng về cơ sở dưỡng lão dành cho thường trú nhân và vị phối ngẫu. Nếu quí vị cần thông tin này bằng một thứ tiếng khác hay một phiên dịch viên, xin thông báo cho cơ sở dưỡng lão hay liên lạc với Văn Phòng Trợ Cấp Quận Hạt. Trợ giúp về ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

Важные сведения относительно жителей домов престарелых и их супруг (супругов). Если вам нужен данный документ на другом языке или его устный перевод, обращайтесь в дом престарелых либо в местное Бюро помощи (County Assistance Office). Помощь переводчика предоставляется бесплатно.

这是发给疗养所的居民及其配偶的重要通知。如果您需要此通知翻译成其他语种或需要为您提供翻译，请通知疗养所或联系您所在地区的郡县协助办事处(County Assistance Office)。可提供免费语言协助。

El programa de asistencia médica, conocido como MA o Medicaid, ayuda a pagar los gastos médicos de los individuos que necesitan cuidados en una casa de reposo. En general, una persona debe utilizar la mayoría de sus recursos e ingresos antes de que Medicaid ayude a pagar el costo de una casa de reposo. Sin embargo, hay reglas especiales (algunas veces denominadas Disposiciones contra en empobrecimiento del cónyuge) que reconocen la importancia de proteger una parte de los recursos totales de la pareja casada y evaluar las necesidades de ingreso del cónyuge que permanece en la comunidad. Estas reglas especiales se aplican a todo individuo casado que haya sido admitido a una casa de reposo el 30 de septiembre de 1989 o después y cuya pareja aún está en la comunidad.

El propósito de este Formulario de Evaluación de Recursos es determinar en el caso de una pareja casada qué porción de los recursos totales de la pareja se pueden proteger o apartar para el cónyuge que está en la comunidad y cuánto, de ser el caso, deberán gastar para que el individuo que está en la casa de reposo califique para recibir beneficios de asistencia médica. Completar este formulario le ayudará a proteger la máxima cantidad de los recursos que se lepermiten en virtud de la ley.

La Evaluación de Recursos no es una solicitud para recibir asistencia médica y usted no tiene ninguna obligación de solicitar asistencia médica. Si necesita ayuda para completar este formulario, su pareja, un miembro de la familia, un amigo, abogado o una agencia de servicios legales le puede ayudar. Si usted o su cónyuge tiene más de 60 años de edad, la agencia local para la senectud (Area Agencyon Aging) de su localidad le puede ayudar. Si necesita asistencia médica ahora, comuníquese con la Oficina de Asistencia del Condado (CAO) de su localidad o con la agencia para la senectud ANTES de completar este formulario.

En la mayoría de los casos la mitad de todos los recursos que se toman en cuenta se consideran protegidos para el cónyuge que se queda en la comunidad, hasta un máximo estándar, pero no menos que una cantidad mínima estándar, dispuesta por ley Federal. Algunosrecursos *no* afectan la determinación de la cantidad protegida. A fin de poder determinar cuáles recursos cuentan y cuáles no cuentan, así como la cantidad protegida, es muy importante que usted anote todos los recursos, independientemente de que sean propiedad entera de una persona (p. ej., una cuenta de jubilación IRA del cónyuge que está en la comunidad), de ambos cónyuges o de uno o el otro con otras personas. La información de este formulario debe reflejar el valor de los recursos en la FECHA DE ADMISIÓN a la casa de reposo NO la fecha en que se completó este formulario. Se DEBEN enviar fotocopias de comprobantes que verifiquen todos los recursos. No envíe los documentos originales, pues NO se le devolverán. *No se podrá hacer una evaluación a menos que los recursos se hayan verificado y la verificación haya sido presentada junto con el Formulario de Evaluación de Recursos.* La Evaluación de Recursos es válida siempre y cuando uno individuo continúe en una casa de reposo.

Le rogamos que lea y complete el formulario con cuidado. NO complete las área sombreadas. Firme el formulario y repase la lista de verificación para asegurarse de haber suministrado todos los comprobantes necesarios. Usted, su cónyuge y, si corresponde, su representante legal, recibirán notificación escrita de la cantidad de recursos que pueden apartar y la cantidad, si corresponde, que deberá gastar antes de poder solicitar asistencia médica.

Envíe por correo o entregue en persona el formulario completado y los comprobantes en la Oficina de Asistencia del Condado del condado en el que se encuentra la casa de reposo. La pasa de reposo le puede dar la dirección o búsquela en el directorio telefónico.

RECURSOS/COMPROBANTES ACEPTABLES

SE DEBERÁ ADJUNTAR AL FORMULARIO COMPROBANTE DE TODOS LOS RECURSOS. POR EJEMPLO:

CÓDIGO	RECURSO	VERIFICACIÓN *VALOR EN LA FECHA DE ADMISIÓN A LA CASA DE REPOSO
01	DINERO EN EFECTIVO	Una declaración escrita por usted indicando la cantidad total que no tiene en el banco o invertida.
02	CUENTA(S) DE AHORROS	Fotocopias de los estados de cuenta del banco, libretas bancarias o una declaración escrita de la institución bancaria*.
03	CUENTA(S) DE CHEQUES	Fotocopias del estado de cuenta del banco o declaración escrita de la institución bancaria*.
04	CLUB NAVIDEÑO Y/O VACACIONAL	Fotocopias del estado de cuenta del banco o declaración escrita de la institución bancaria*.
05	ACCIONES Y/O BONOS, ETC.	Declaración escrita de la empresa corredora, del agente corredor o de la autori dad o institución donde se compraron o donde están las acciones, bonos, etc.; o una copia del certificado de acciones o bono y una declaración del valor*.
06	FONDO FIDUCIARIO	Fotocopia del contrato e inventario de los bienes u otra documentación del valor*.
07	RESERVA IRREVOCABLE PARA ENTIERRO	Fotocopia del contrato de reserva para entierro.
08	RESERVA REVOCABLE PARA ENTIERRO	Fotocopia del contrato de reserva para entierro.
09	RESERVADO	
10	SEGURO DE VIDA	Documento que identifica al propietario de cada póliza de seguro y declaración de la aseguradora indicando el valor en efectivo*.
11	PROPIEDAD NO RESIDENCIAL	Su cuenta del impuesto sobre la propiedad o una declaración de corredor indicando el valor justo en el mercado de la propiedad; si la propiedad está alquilada, el contrato de alquiler*.
12	VEHÍCULO(S) AUTOMOTOR(ES)	Declaración escrita del valor, proveniente de una concesionaria de autos; o anote el año, marca y modelo del vehículo y nosotros utilizaremos el "libro rojo" para determinar el valor.
13	EMBARCACIONES, MOTONIEVES, REMOLQUES Y OTROS VEHÍCULOS	Declaración escrita del valor justo en el mercado del vehículo, proveniente de una concesionaria*.
14	CERTIFICADOS DE DEPÓSITO	Declaración escrita de la institución bancaria en la que se declare el valor y al propietario*.
15	ANUALIDADES	Fotocopia del documento que explica los términos, la fecha de compra y el valor de la anualidad en el momento de la admisión*.
16	BONOS DE AHORROS	Fotocopias de los bonos o una declaración escrita de un banco que identifique al / a los propietario(s) de los bonos, el número de serie, la fecha de compra y el valor de los bonos en el momento de la admisión.
17	FONDOS MUTUOS	Una declaración escrita, desglosada del valor del fondo mutuo o corredor*.
18	NEGOCIO INCORPORADO O NO - INCORPORADO (SOCIEDAD/- PROPIETARIO ÚNICO)	En el caso de una corporación, una declaración del valor de las acciones; en el caso de un negocio no incorporado, documentos de establecimiento del negocio y documentos que verifiquen el valor de su participación en el negocio.
19	IRA O KEOGH	Declaración escrita del banco o institución bancaria que identifica al / a los propietario(s) y el valor*.
20	OTROS	Fotocopia(s) de cualquier contrato(s) o estado de cuenta referente a cualquier dinero u otro recurso que no aparece en la lista*.

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF PUBLIC WELFARE (DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PÚBLICO)

EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS

SU INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y SERÁ UTILIZADA ÚNICAMENTE POR EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PÚBLICO

INFORMACIÓN GENERAL

APELLIDO DEL RESIDENTE	NOMBRE	INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO / /	NO. SEGURO SOCIAL	
NOMBRE DE LA CASA DE REPOSO			TEL. CASA DE REPOSO ( )	FECHA DE ADMISIÓN / /	
DIRECCIÓN CASA DE REPOSO	(CALLE Y CIUDAD)		CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
APELLIDO DEL CÓNYUGE	NOMBRE	INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO / /	NO. SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN DEL CÓNYUGE	CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DEL CÓNYUGE ( )

RECURSOS

SE TIENEN QUE INCLUIR COMPROBANTES DE CADA RECURSO CON ESTE FORMULARIO. **AL DORSO DE LA PÁGINA DE INSTRUCCIONES SE INDICAN** LAS FORMAS ACEPTABLES DE COMPROBANTES Y LOS CÓDIGOS DE RECURSO CORRESPONDIENTES.

NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES, PUES LOS COMPROBANTES NO SE DEVUELVEN. Si usted y otra persona, que no sea su cónyuge, son propietarios de un recurso, anote en una hoja de papel aparte el recurso y el nombre de todos los propietarios. Indique si usted u otra persona compró el bien. Si la participación de todos los propietarios no es igual, proporcione comprobante de la división del bien así como de su valor total*.

ASEGÚRESE DE ANOTAR **TODOS** LOS RECURSOS, BIEN SEA QUE SEA PROPIETARIO ÚNICO O CON OTRA(S) PERSONA(S)

PROPIETARIO(S) DEL RECURSO			CÓDIGO DEL RECURSO	*EN LA FECHA DE ADMISIÓN			DOCUMENTADO	
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL		VALOR TOTAL	CANTIDAD SUYA	VALOR NETO	SÍ	NO

SI NECESITA MÁS ESPACIO, USE LA SECCIÓN DE NOTAS/INFORMACIÓN DEL FORMULARIO

NOTA: SI PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER RECURSO ES DE POR VIDA, POR FAVOR INDÍQUELO

EN LA COLUMNA "CÓDIGO" ANOTE EL CÓDIGO DE DOS DÍGITOS QUE MEJOR DESCRIBE EL RECURSO QUE ESTÁ IDENTIFICANDO

01 DINERO EN EFECTIVO
02 CUENTA(S) DE AHORROS
03 CUENTA(S) DE CHEQUES
04 CLUB NAVIDEÑO/VACACIONAL
05 ACCIONES, BONOS, ETC.
06 FONDO FIDUCIARIO
07 RESERVA IRREVOCABLE PARA ENTIERRO
08 RESERVA REVOCABLE PARA ENTIERRO
09 RESERVADO
10 SEGURO DE VIDA
11 PROPIEDAD NO RESIDENCIAL
12 VEHÍCULO(S) AUTOMOTOR(ES)
13 EMBARCACIONES, MOTONIEVES, REMOLQUES Y OTROS VEHÍCULOS
14 CERTIFICADOS DE DEPÓSIT
15 ANUALIDADES
16 BONOS DE AHORROS
17 FONDOS MUTUOS
18 NEGOCIO
19 IRA O KEOGH
20 OTRO

SEGURO DE VIDA - COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA CADA PÓLIZA DE SEGURO

NOMBRE DEL ASEGURADO	ASEGU-RADORA	No. DE PÓLIZA	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO*	FECHA DE ADQUISICIÓN	DOCUMENTADO	
							SÍ	NO

*EN LA FECHA DE ADMISIÓN A LA CASA DE REPOSO

SECCIÓN DE NOTAS/INFORMACIÓN -- USE HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

ANOTE TODA CASA DE REPOSO EN LA QUE HAYA ESTADO ANTES DE LA ACTUAL Y LA FECHA DE ADMISIÓN

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN ▶ .....

FECHA DE ADMISIÓN ▶

REPRESENTACIÓN LEGAL

☐ SÍ ☐ NO ¿TIENE EL RESIDENTE DE LA CASA DE REPOSO ALGÚN REPRESENTANTE LEGAL QUE NO SEA EL CÓNYUGE? (p. ej., tutor nombrado por el tribunal, carda poder, etc.)

IF YES ▶

NOMBRE		NÚMERO DE TELÉFONO		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	RELACIÓN CON EL RESIDENTE

NOTA: SE LE ENVIARÁ A SU REPRESENTANTE LEGAL UNA COPIA DEL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE RECURSOS.

Juro o declaro que toda la información que proporciono en este formulario es verdad y correcta a mi mejor saber y entender.

FIRMA _____ FECHA _____ RELACIÓN CON LA PERSONA QUE ESTÁ EN LA CASA DE REPOSO _____

LISTA DE VERIFICACIÓN

1. ¿COMPLETÓ LA INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE ESTÁ EN LA CASA DE REPOSO?
2. ¿COMPLETÓ LA INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE QUE ESTÁ EN CASA?
3. ¿ANOTÓ TODOS LOS RECURSOS DE SU PERTENENCIA EN LA FECHA DE ADMISIÓN?
4. ¿COMPLETÓ LA SECCIÓN DE SEGURO DE VIDA?
5. ¿LEYÓ LA DECLARACIÓN SOBRE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONA? ¿FIRMÓ EL FORMULARIO, INDICÓ SU RELACIÓN CON LA PERSONA QUE ESTÁ EN LA CASA DE REPOSO Y ANOTÓ LA FECHA EN EL FORMULARIO?
6. ¿ADJUNTÓ FOTOCOPIAS DE LA DOCUMENTACIÓN DE COMPROBACIÓN DE SUS RECURSOS?

SÓLO PARA USO DEL DPW

TOTAL VERIFIED COUNTABLE RESOURCES $ _____

SPOUSE'S SHARE 1/2 TOTAL NET VERIFIED RESOURCES $ _____

ASSESSOR'S SIGNATURE _____ DATE _____

NOTICE SENT TO ▶ INSTITUTIONALIZED PERSON ☐ YES ☐ NO | SPOUSE ☐ YES ☐ NO | LEGAL REPRESENTATIVE ☐ YES ☐ NO