

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS RESIDENTES DE CASAS DE CONVALECENCIA Y SUS CÓNYUGES

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 residentes de casas de convalecencia y sus cónyuges. Si necesita esta información en otro idioma o alguien que se la traduzca, notifique al personal de la casa de convalecencia o comuníquese con la Oficina de Asistencia del Condado de su localidad. La asistencia bilingüe es gratuita.

ព័ត៌មានសំខាន់សម្រាប់អ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលគិលានុបដ្ឋាក/នុបដ្ឋាកយីកាអនិងសម្រាប់ប្តី/ប្រពន្ធរស់នៅ។ បើលោកអ្នកត្រូវការព័ត៌មាននេះជាភាសាផ្សេងទៀត ឬអ្នកណាម្នាក់អាចបកប្រែអោយ សូមជំរាបមណ្ឌល គិលានុបដ្ឋាក/នុបដ្ឋាកយីកា ឬទាក់ទងទៅភ្នាក់ងារបាលីយ៉ែរដ្ឋបាលសំណេរអ្នក។ ជំនួយក្នុងការបកប្រែនិងត្រូវផ្តល់អោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

Thông tin quan trọng về cơ sở dưỡng lão dành cho thường trú nhân và vị phối ngẫu. Nếu quý 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 Hat. 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。

Este paquete contiene información importante sobre sus derechos como residente en una casa de convalecencia e información sobre el programa de Asistencia Médica (Medical Assistance o MA), un programa que puede ayudar con el pago de la casa de convalecencia a las personas que no tienen los recursos para pagar todo el costo por sí mismos. La ley federal 42 U.S.C. § 1396r (c) (1) (B) y (e) (6) requiere que la casa de convalecencia le proporcione esta información.

Independientemente de que usted esté pagando la casa de convalecencia por su cuenta o que Medicare u otro seguro la pague, es importante que se informe sobre el programa de Asistencia Médica antes de que lo necesite.

Este paquete de información de admisión consta de cuatro (4) partes.

PARTE 1 - Páginas 2 a 6 Aviso sobre los derechos de los residentes de casas de convalecencia

Le corresponde a todos

PARTE 2 - Páginas 7 y 8 Requisitos y procedimientos para que Asistencia Médica pague el cuidado en una casa de convalecencia

Todos deben leer esta parte, aunque no necesite MA ahora.

PARTE 3 - Páginas 9 a 11 Protección de los recursos e ingresos del cónyuge no internado

Le corresponde si su cónyuge vive en la comunidad; es decir, no vive en una casa de convalecencia ni en una institución médica.

PARTE 4 – Páginas 12-15 Formulario de evaluación de recursos (PA 1572)

Este formulario es para las parejas en las que uno de ellos vive en una casa de convalecencia u otra institución médica y el otro vive en la comunidad.

Por este medio declaro que me entregaron los avisos requeridos por la ley 42 U.S.C. § 1396r (c) (1) (B) y (e) (6) cuando fui admitido a: Nota: Tiene que llenar un nuevo formulario 401 con cada admisión.

Nota: Se requiere un 401 nuevo con cada admisión.

Nombre del residente

Número de seguro social del residente

Firma del residente

O

Firma del representante del paciente o del residente

Parentesco con el residente

Fecha

Nombre de la institución

Fecha de admisión

Colocar el sello de UMR aquí

PAQUETE DE INFORMACIÓN DE ADMISIÓN

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS RESIDENTES DE CASAS DE CONVALECENCIA Y SUS CÓNYUGES

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 residentes de casas de convalecencia y sus cónyuges. Si necesita esta información en otro idioma o alguien que se la traduzca, notifique al personal de la casa de convalecencia o comuníquese con la Oficina de Asistencia del Condado de su localidad. La asistencia bilingüe es gratuita.

ព័ត៌មានសំខាន់សម្រាប់អ្នករស់នៅក្នុងមណ្ឌលគិលានុបដ្ឋាក/នុបដ្ឋាកយីកាអនិងសម្រាប់ប្តី/ប្រពន្ធរួមគ្នា។ បើលោកអ្នកត្រូវការព័ត៌មាននេះជាភាសាផ្សេងទៀត ឬអ្នកណាម្នាក់អាចបកប្រែអោយ សូមជំរាបមណ្ឌល គិលានុបដ្ឋាក/នុបដ្ឋាកយីកា ឬទាក់ទងទៅភ្នាក់ងារបាលីយ៉ែររបស់លោកអ្នក។ ជំនួយក្នុងការបកប្រែនិងត្រូវផ្តល់អោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

Thông tin quan trọng về cơ sở dưỡng lão dành cho thường trú nhân và vị phối ngẫu. Nếu quý 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 Hat. 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。

Este paquete contiene información importante sobre sus derechos como residente en una casa de convalecencia e información sobre el programa de Asistencia Médica (Medical Assistance o MA), un programa que puede ayudar con el pago de la casa de convalecencia a las personas que no tienen los recursos para pagar todo el costo por sí mismos. La ley federal 42 U.S.C. § 1396r (c) (1) (B) y (e) (6) requiere que la casa de convalecencia le proporcione esta información.

Independientemente de que usted esté pagando la casa de convalecencia por su cuenta o que Medicare u otro seguro la pague, es importante que se informe sobre el programa de Asistencia Médica antes de que lo necesite.

Este paquete de información de admisión consta de cuatro (4) partes.

PARTE 1 - Páginas 2 a 6 **Aviso sobre los derechos de los residentes de casas de convalecencia**
Le corresponde a todos

PARTE 2 - Páginas 7 y 8 **Requisitos y procedimientos para que Asistencia Médica pague el cuidado en una casa de convalecencia**
Todos deben leer esta parte, aunque no necesite MA ahora.

PARTE 3 - Páginas 9 a 11 **Protección de los recursos e ingresos del cónyuge no internado**
Le corresponde si su cónyuge vive en la comunidad; es decir, no vive en una casa de convalecencia ni en una institución médica.

PARTE 4 – Páginas 12-15 **Formulario de evaluación de recursos (PA 1572)**
Este formulario es para las parejas en las que uno de ellos vive en una casa de convalecencia u otra institución médica y el otro vive en la comunidad.

Por este medio declaro que me entregaron los avisos requeridos por la ley 42 U.S.C. § 1396r (c) (1) (B) y (e) (6) cuando fui admitido a: Nota: Tiene que llenar un nuevo formulario 401 con cada admisión.

Nota: Se requiere un 401 nuevo con cada admisión.

Nombre del residente

Nombre de la institución Fecha de admisión

Número de seguro social del residente

Firma del residente

O

Firma del representante del paciente o del residente

Parentesco con el residente

Fecha

Colocar el sello de UMR aquí

PAQUETE DE INFORMACIÓN DE ADMISIÓN

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS RESIDENTES DE
CASAS DE CONVALECENCIA Y SUS CÓNYUGES

PARTE I

AVISO SOBRE LOS DERECHOS DE LOS RESIDENTES DE CASAS DE CONVALECENCIA (Applies to Everyone)

Estimado residente:

Esta es su copia personal del aviso de los derechos que tienen, por ley, los residentes que viven en casas de convalecencia, según lo dispone el Título XIX de la Ley del Seguro Social. Para su información, se proporcionan las secciones correspondientes (Sec.) de la Ley del Seguro Social.

La casa de convalecencia se compromete a proporcionarle atención profesional y servicios de apoyo adaptados a sus necesidades de atención médica y personal.

Por ley, usted tiene los siguientes derechos:

INSTRUCCIONES POR ADELANTADO – Sec. 1902(w)

Usted tiene el derecho de darle a su médico y a otras personas instrucciones por adelantado para que en el caso de que llegue a estar incapacitado, la casa de convalecencia y su médico cumplan con sus deseos sobre su pretensión de aceptar, rehusar o suspender el cuidado médico o los tratamientos quirúrgicos.

LIBERTAD DE ELEGIR – Sec. 1919(c)(1)

Usted tiene el derecho de elegir al médico que le atenderá y de que se le informe por adelantado sobre el cuidado y el tratamiento que recibirá; de participar en la planificación de su cuidado y tratamiento y de que se le informe plenamente, por adelantado, de cualquier cambio en el plan de cuidado o tratamiento.

NO SER SOMETIDO A ABUSO NI CONTENCIÓN FÍSICA – Sec. 1919(c)(1)

Usted tiene el derecho a no ser objeto de maltrato físico o psicológico, castigo corporal, reclusión involuntaria o cualquier clase de contención física o química a menos que sea necesaria para tratar sus síntomas médicos y no se use para fines disciplinarios ni para la conveniencia del personal. La contención física solamente se usará para su seguridad física o la seguridad de los demás residentes. Estas limitaciones se deben basar en la orden escrita de un médico en la cual éste especifica la duración y las circunstancias que requieren dicha contención física.

PRIVACIDAD – Sec. 1919(c)(1)

Usted tiene el derecho a privacidad en cuanto a su alojamiento, tratamiento médico, comunicaciones escritas y telefónicas, visitas y reuniones con su familia y con otros grupos de residentes. Su derecho a la privacidad no se debe interpretar como su derecho a una habitación privada.

CONFIDENCIALIDAD – Sec. 1919(c)(1)

No se divulgará su expediente personal ni clínico a nadie que no tenga que ver con proporcionarle o supervisar los cuidados que se le proporcionan bajo el plan de cuidados, salvo con su consentimiento. Excepción: entregaremos sus expedientes cuando la ley así lo exija o cuando usted sea transferido a otra institución de atención médica.

NECESIDADES PERSONALES – Sec. 1919(c)(1)

Usted tiene el derecho a que respondan a sus necesidades y preferencias personales siempre y cuando no interfieran con los derechos de otros residentes de la casa de convalecencia. Se le deberá avisar por adelantado de toda intención de cambiarlo de habitación o de cambiarle el compañero de habitación con el fin de que se puedan tomar en cuenta sus preferencias personales antes de que se haga cualquier cambio.

QUERELLAS – Sec. 1919(c)(1)

Usted tiene el derecho a oponerse a cualquier tratamiento o cuidado que haya recibido o que no haya recibido, teniendo la seguridad de que no habrá represalias en su contra por dar a conocer su queja, la cual se deberá resolver oportunamente y de manera justa. Si llega a haber necesidad, usted puede elegir que lo represente un abogado.

PARTICIPACIÓN EN GRUPOS FAMILIARES Y DE RESIDENTES – Sec. 1919(c)(1)

Usted tiene el derecho a organizar grupos residenciales y participar en ellos, en su casa de convalecencia. Los grupos pueden incluir a familiares y amistades.

PARTICIPACIÓN EN OTRAS ACTIVIDADES - Sec. 1919(c)(1)

Usted tiene el derecho de participar en actividades sociales, religiosas y comunitarias que no interfieren con los derechos de otros residentes de la casa de convalecencia.

EXAMINAR LOS RESULTADOS DE ENCUESTAS – Sec. 1919(c)(1)

Usted tiene el derecho de examinar los resultados de la encuesta más reciente de la casa de convalecencia que lleven a cabo las autoridades estatales o federales y cualquier plan de corrección en efecto con respecto a su casa de convalecencia. Los resultados de la encuesta deben estar en un lugar fácilmente accesible donde usted los pueda ver.

AVISO DE SUS DERECHOS – Sec. 1919(c)(1)

Su casa de convalecencia debe informarle verbalmente y por escrito durante su admisión sobre los derechos legales que tiene en calidad de residente de la casa de convalecencia. También deberán proporcionarle una declaración por escrito de sus derechos si usted la solicita.

DERECHOS DE LOS RESIDENTES INCAPACITADOS – Sec. 1919(c)(1)

Si se determina que usted está incapacitado de conformidad con las leyes estatales le asignarán un representante que actuará en su nombre.

USO DE MEDICAMENTOS PSICOFARMACOLÓGICOS – Sec. 1919(c)(1)

Estos medicamentos solamente se le pueden administrar bajo orden de un médico y solamente como parte de su plan, escrito, de atención médica. Su plan de atención médica debe describir el plan para eliminar o modificar los síntomas para los cuales se han recetado los medicamentos. Por lo menos una vez al año, un consultor externo independiente debe revisar si es apropiado que le administren dichos medicamentos.

TRANSFERENCIA Y ALTA – Sec. 1919(c)(1) y (2)

No se le puede transferir o dar de alta de su casa de convalecencia excepto en caso de emergencia, si la casa de convalecencia cesa sus operaciones, si podría poner en peligro la salud y seguridad de otros residentes; si no paga su parte del costo del cuidado, si le corresponde; si su salud mejora a tal grado que ya no necesita cuidado en una casa de convalecencia; o cuando necesita servicios médicos de urgencia que la casa de convalecencia no puede proporcionar. Salvo en el caso de una emergencia o cuando necesita atención médica urgente que la casa de convalecencia no puede proporcionar, la casa de convalecencia deberá darle a usted y a un pariente suyo o a otra persona responsable que usted haya designado, un aviso de transferencia o desalojo por escrito, con treinta días de anticipación. La casa de convalecencia hará los trámites necesarios para transferirlo de manera segura y ordenada a un establecimiento donde puedan atender adecuadamente sus necesidades y la casa de convalecencia deberá prepararlo completamente para su transferencia o alta.

Transferencia o alta no significa cambiar al residente a otra cama dentro del mismo establecimiento certificado.

POLÍTICA SOBRE RESERVACIONES – RESIDENTES BAJO EL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA – Sec 1919(c)(2)

El programa de Asistencia Médica le pagará a la casa de convalecencia para reservar su plaza cuando usted se encuentre fuera de la casa de convalecencia por un periodo continuo de 24 horas debido a que está en el hospital o en terapia. A su regreso a la casa de convalecencia, su cama estará disponible. En Pennsylvania, los límites de días que el programa de Asistencia Médica paga para reservar una cama son los siguientes:

1. Hospitalizaciones: un máximo de 15 días consecutivos por hospitalización. Durante el periodo de 15 días, la misma cama estará disponible a su regreso a la casa de convalecencia.
2. Ausencia terapéutica: 30 días máximo por año natural (los días de ausencia deben estar incluidos en su Plan de atención médica y deben ser prescritos por su médico tratante.)

DERECHOS DE ACCESO Y VISITAS – Sec. 1919(c)(3)

Usted tiene el derecho de decir quién puede o no puede visitarlo. Esto incluye a su familia, parientes y otras personas. También tiene el derecho de que su médico tratante o cualquier representante del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal, del Departamento de Servicios Humanos y de Salud del estado y del Programa de Defensores del Departamento de la Tercera Edad tengan acceso inmediato. Las organizaciones o individuos que proporcionan servicios de salud, sociales, legales y otros, pueden, si usted lo aprueba, tener visitas razonables con usted.

IGUALDAD DE ACCESO A CUIDADO DE CALIDAD – Sec 1919(c)(4)

Su casa de convalecencia debe establecer y seguir las mismas normas y reglas para todos los residentes, independientemente del origen de los pagos, en cuanto a transferencia, alta y suministro de servicios de casa de convalecencia requeridos bajo el plan estatal.

POLÍTICA DE ADMISIÓN – Sec 1919(c)(5)

La casa de convalecencia no puede prohibirle ni convencerlo de que no solicite o reciba beneficios de Medicare o de Asistencia Médica. La casa de convalecencia deberá tener a plena vista o proporcionarle información escrita y oral sobre cómo solicitar beneficios de Medicare o de Asistencia Médica, cómo utilizar esos beneficios y cómo recibir reembolsos de pagos que usted haya hecho anteriormente y que están cubiertos por dichos beneficios.

Si usted tiene derecho a beneficios de Asistencia Médica para los servicios en una casa de convalecencia, la casa de convalecencia no podrá forzarlo ni forzar a su representante a hacer pagos a la casa de convalecencia como condición de admisión, para acelerar el proceso de admisión ni para garantizarle su estadía ininterrumpida. Este requisito no le impide a la casa de convalecencia que solicite, acepte o reciba donaciones caritativas, religiosas o humanitarias de organizaciones o personas que no están relacionadas con usted, si dicha donación no es una condición para que se le admita, para acelerar el proceso de su admisión o para garantizarle alojamiento continuo en la casa de convalecencia.

La casa de convalecencia deberá avisarle de antemano cuando algún artículo o producto que será entregado no está cubierto por el Programa de Asistencia Médica. Se le debe informar del costo de los artículos o servicios que no están cubiertos y se le debe dar la opción de aceptar o rechazar los cargos y los artículos o servicios no cubiertos. Este requisito no impide que la casa de convalecencia le cobre los artículos o servicios que usted solicitó y recibió y que no están cubiertos por el Programa de Asistencia Médica.

PROTECCIÓN DE FONDOS PERSONALES – Sec. 1919(c)(6)

Usted no tiene que depositar sus fondos personales en su casa de convalecencia.

Sin embargo, si desea depositar sus fondos personales en la casa de convalecencia, ésta deberá proporcionarle un formulario de autorización que usted deberá firmar y que requiere que la casa de convalecencia administre sus fondos personales SUPERIORES a \$50.00 en una cuenta que devengue intereses. Dicha cuenta deberá ser una cuenta separada de las cuentas de operación de la casa de

convalecencia. Si sus fondos están en la misma cuenta que los de otros residentes (cuentas colectivas), deberá haber un desglose de fondos e intereses para cada residente.

Sus fondos personales de MENOS de \$50.00 se mantendrán en una cuenta que no devenga intereses, en una cuenta que devenga intereses o en un fondo de caja chica. La casa de convalecencia deberá llevar la contabilidad individual y completamente separada de sus fondos personales, un registro escrito de todas las transacciones financieras de sus fondos personales y permitirle a usted o a su representante legal acceso razonable a los expedientes de su cuenta.

Si usted es residente y recibe beneficios de asistencia médica, su casa de convalecencia deberá informarle cuando el saldo de su cuenta más el valor de sus otros recursos no exentos llegue a \$200.00 menos de la cantidad que podría causar que perdiera su derecho a los beneficios de Asistencia Médica.

Si usted fallece, la casa de convalecencia deberá entregar oportunamente (en 30 días) a su albacea sus fondos personales con el desglose final de esos fondos.

Su casa de convalecencia deberá poder asegurar a las autoridades estatales correspondientes que los fondos personales que usted depositó en la casa de convalecencia son seguros y se puede contar con ellos.

Si usted es un residente que recibe beneficios de Medicare o de Asistencia Médica, es posible que la casa de convalecencia deduzca de sus fondos personales el costo de los servicios o artículos cubiertos por Asistencia Médica o por Medicare, según corresponda.

REQUISITOS PARA OBTENER EL BENEFICIO DE ASISTENCIA MÉDICA Y PROTECCIÓN DE INGRESOS Y RECURSOS PARA EL CÓNYUGE QUE VIVE EN LA COMUNIDAD

El programa de Asistencia Médica paga el cuidado a largo plazo para las personas que no tienen suficientes ingresos y recursos para pagarlo. Puede aprender más sobre Asistencia Médica en la Parte 2 de este paquete de información de admisión.

Hay reglas especiales de Asistencia Médica (Sección 1924 de la Ley del Seguro Social) para proteger los ingresos y recursos de una persona cuyo cónyuge está internado en una casa de convalecencia.

Estas cantidades mínimas y máximas están disponibles en el Manual de Políticas LTC, Capítulo 468, Apéndice A en http://services.dpw.state.pa.us/oimpolicymanuals/ltc/468_Eligibility_and_Payment/468_Appendix_A.htm. Usted puede obtener las cantidades actualizadas correspondientes a los límites de ingresos y recursos en su centro de enfermería, la oficina de asistencia del condado local o la Línea de Ayuda del Departamento de Servicios Humanos: 1-800-692-7462.

EN LA PARTE 3 DE ESTE PAQUETE DE INFORMACIÓN DE ADMISIÓN HAY INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE ESTAS REGLAS ESPECIALES PARA PROTEGER LOS INGRESOS Y RECURSOS PARA EL CÓNYUGE QUE RESIDE EN CASA. ES IMPORTANTE QUE LEA LA INFORMACIÓN DE LA PARTE 3 AHORA AUNQUE NO REQUIERA ASISTENCIA MÉDICA AHORA.

PROGRAMA DE RECUPERACIÓN DE GASTOS DEL CAUDAL HEREDITARIO

El Departamento de Servicios Humanos tiene la obligación, de conformidad con las leyes federales, de recuperar los gastos de Asistencia Médica que haya pagado para ciertas personas que han fallecido. Las personas afectadas son las que tienen más de 55 años de edad y recibieron Asistencia Médica para servicios en una casa de convalecencia, servicios basados en el hogar y la comunidad y cualquier servicio hospitalario y farmacéutico relacionado, a partir del 15 de agosto de 1994. Los gastos se recuperarán de los bienes de la sucesión testamentaria. La sucesión testamentaria existe cuando la persona fallece y sus bienes se distribuyen por testamento o por ley estatal.

Generalmente el Departamento no busca reembolso de Asistencia Médica de bienes que no son parte de la sucesión testamentaria. La recuperación se postergará hasta que ocurra la última de las siguientes condiciones:

- el fallecimiento del cónyuge sobreviviente;
- el fallecimiento de un hijo ciego total y permanentemente discapacitado;
- La fecha en que los hijos sobrevivientes cumplan 21 años de edad;
- el fallecimiento de un hermano o hermana que tiene interés participativo en el bien inmueble y ha estado viviendo en la casa por lo menos durante un año antes del fallecimiento del difunto o;
- el hermano o la hermana que tiene interés participativo en el bien inmueble y ha estado viviendo en la casa por lo menos durante un año antes del fallecimiento del difunto desaloja o transfiere la casa

Si esta recuperación de los gastos le causaría penuria económica excesiva a la familia sobreviviente, el ejecutor puede solicitar una exención por escrito a:

**Estate Recovery Program
P.O. Box 8486
Harrisburg, PA 17105-8486**

PARA PREGUNTAS SOBRE ESTE PROGRAMA, LLAMAR al 1-800-528-3708 (a nivel nacional).

PAGO HACIA EL COSTO DEL CUIDADO – RESIDENTES QUE RECIBEN ASISTENCIA MÉDICA

Si se determina que usted cumple los requisitos para el pago de servicios de la casa de convalecencia, el Departamento le pagará a la casa de convalecencia la tarifa de MA establecida. El residente también tendrá que pagar una porción del costo del cuidado.

El pago de una porción del costo del cuidado se determina después de permitir ciertas deducciones. Una de esas deducciones es la deducción mensual para necesidades personales. El residente utiliza la deducción para necesidades personales para pagar gastos personales que él decida.

El pago hacia el costo del cuidado podría reducirse según el costo de los servicios médicamente necesarios no cubiertos por el programa de Asistencia Médica. Si la cantidad del pago hacia el costo del cuidado se reduce correctamente, la cantidad del pago de Asistencia Médica aumenta proporcionalmente, de manera que la casa de convalecencia continúa recibiendo su tarifa completa de Asistencia Médica establecida.

DERECHO DE APELAR

Si no está de acuerdo con una acción que el Departamento de Servicios Humanos haya tomado, usted o alguien que lo represente puede solicitar una audiencia imparcial. Si no está de acuerdo con una acción que la casa de convalecencia haya tomado y que afecta su cumplimiento con los requisitos para calificar para recibir Asistencia Médica, usted o alguien que lo represente puede solicitar una audiencia imparcial.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Es posible que su casa de convalecencia tenga las siguientes publicaciones informativas en un lugar accesible y a la vista para su información:

Boletines de Pennsylvania (publicados semanalmente);

Boletines de Asistencia Médica

Instrucciones de la oficina de Administración de Ingresos

Medical Assistance Estate Recovery Program and Related Topics, Questions and Answers (folleto sobre el Programa de Recuperación de Gastos de Asistencia Médica del Caudal Hereditario y temas relacionados, preguntas y respuestas que puede obtener de dicho programa)

Otra información apropiada para residentes a la que su casa de convalecencia tiene acceso.

PARTE 2

REQUISITOS PARA CALIFICAR Y PROCEDIMIENTOS PARA QUE EL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA PAGUE EL CUIDADO EN UNA CASA DE CONVALECENCIA

(Todos deben leer esta parte aunque actualmente no necesiten Asistencia Médica)

Asistencia Médica (Medical Assistance) es un programa de asistencia económica fundado por el gobierno federal y los gobiernos estatales para ayudar a pagar la atención médica, incluyendo el cuidado en una casa de convalecencia.

Para que Asistencia Médica ayude a pagar los costos del cuidado en una casa de convalecencia, la persona tiene que reunir los requisitos económicos y debe tener necesidad médica de dicho cuidado. La oficina de asistencia del condado local determina la necesidad económica para recibir beneficios de Asistencia Médica. La necesidad médica de cuidado en una casa de convalecencia se determina mediante una evaluación que realiza la agencia local para las personas de la tercera edad (Area Agency on Aging).

Si reúne los requisitos, Asistencia Médica (Medical Assistance) pagará la diferencia entre el costo de su cuidado y la cantidad que el estado determina que usted debe pagar de sus ingresos mensuales.

Este aviso informativo contiene la información básica para ayudarle a determinar si reúne los requisitos y cuándo comienza a tener derecho a dichos beneficios. Si está casado(a), también debe leer la parte 3 del Paquete de información de admisión que recibió de la casa de convalecencia. En esa parte se indica cómo proteger sus ingresos y recursos para su cónyuge que aún vive en su hogar. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado local para obtener más información o para hacer una cita para solicitar Asistencia Médica.

REQUISITOS

Los factores más importantes para determinar si reúne los requisitos económicos para recibir beneficios de Asistencia Médica son sus recursos contables, sus ingresos y si ha transferido bienes (ingresos o recursos) a alguien que no sea su cónyuge en los últimos 60 meses.

EL PROCESO DE SOLICITUD

Cuando es hora de solicitar Asistencia Médica, la casa de convalecencia puede indicarle a cuál oficina de asistencia del condado acudir o puede ayudarle a llenar la solicitud.

Cualquier persona (un pariente, amigo, abogado) puede ayudarle a llenar la solicitud de Asistencia Médica, pero usted o su representante tiene la responsabilidad de proporcionar información completa y precisa y verificar información. Una vez que se determine que reúne los requisitos para recibir Asistencia Médica, se requerirá una redeterminación anual. Usted o la persona que solicite en su nombre tendrá que cooperar y proporcionar información a la hora de renovar. También tiene que proporcionar información si sus ingresos, recursos u otras circunstancias cambian en lo referente a sus requisitos de elegibilidad para recibir Asistencia Médica, dentro de los 10 días de ocurrido el cambio.

RECURSOS

La cantidad de recursos con los que se puede quedar y aún poder recibir el beneficio Asistencia Médica depende de su ingreso bruto mensual. Estas cantidades están disponibles en el Manual de Políticas LTC, Capítulo 440, Apéndice A en http://services.dpw.state.pa.us/oimpolicymanuals/ltc/440_Resources/440_Appendix_A.htm. Usted puede obtener las cantidades actualizadas correspondientes a los límites de ingresos y recursos en su centro de enfermería, la oficina de asistencia del condado local o la Línea de Ayuda del Departamento de Servicios Humanos: 1-800-692-7462.

Algunos de los recursos que **NO SE CUENTAN** son:

- artículos del hogar
- artículos personales, como ropa y joyas
- un vehículo motorizado
- todos los lotes de cementerio
- una cantidad razonable de dinero apartada específicamente para un fondo de sepelio irrevocable
- su casa, si tiene la intención de regresar a ella o si su cónyuge o hijo dependiente vive en ella
- la cuenta de retiro individual, plan Keogh u otros fondos para el retiro aprobados de su cónyuge

Los recursos que **CUENTAN** incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

- efectivo
- cuentas bancarias
- acciones y bonos
- fondos mutuos
- todos los vehículos, excepto uno
- bienes raíces, aparte de su casa
- el fondo IRA o Keogh del solicitante
- cierta parte del valor en efectivo de algunos seguros de vida

INGRESOS

Cuando sus recursos bajen al nivel requerido, podrá calificar para recibir Asistencia Médica si su ingreso no es suficiente para cubrir el costo de su cuidado en una casa de convalecencia. Generalmente todo su ingreso cuenta como ingreso disponible para su cuidado. Esto incluye su pensión del Seguro Social y el interés devengado de sus cuentas de ahorros e inversiones. Tiene derecho a \$45 al mes para necesidades personales. Además, cualquier manutención que le proporciona a su cónyuge o hijos dependientes se deduce de sus ingresos, dentro de los límites. Todo el resto de su ingreso se tendrá que usar para gastos médicos, incluido el cuidado en una casa de convalecencia. El ingreso de su cónyuge no se considera disponible para su cuidado.

TRANSFERENCIA DE BIENES

Si Usted o su conyuge hace transferencias de bienes (recursos o ingresos) a alguien otro el uno que el otro, esto pueden hacerle ineligible para el pago de servicios de Larga Plaza por el programa de Asistencia Medica para un period de tiempo. Todo bien que haya transferido en los ultimos 60 meses puede afectar su elegibilidad.

DERECHOS DEL CÓNYUGE QUE VIVE EN SU HOGAR EN LA COMUNIDAD

Si su cónyuge vive en su hogar en la comunidad (no está internado), usted tiene que seguir ciertas reglas especiales para el tratamiento de ingresos y recursos que le permiten proteger algunos de sus recursos e ingresos para su cónyuge. Esas reglas se describen en la Parte 3 del Paquete de información de admisión que le proporcionó la casa de convalecencia titulada "Protección de recursos e ingresos para el cónyuge no internado".

PAGO DE LOS GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA

La ley federal requiere que el estado solicite que se le reembolse de la sucesión testamentaria, si la hay, de una persona (mayor de 55 años) que recibió Asistencia Médica para servicios en una casa de convalecencia, servicios basados en el hogar y la comunidad y servicios hospitalarios y farmacéuticos relacionados recibidos a partir del 15 de agosto de 1994. El estado no puede solicitar que el reembolso se haga del patrimonio del cónyuge.

**EL RESTO DE ESTE PAQUETE
SE REFIERE ÚNICAMENTE
A RESIDENTES CASADOS CUYO
CÓNYUGE VIVE EN SU HOGAR
EN LA COMUNIDAD.**

PARTE 3

PROTECCIÓN DE RECURSOS E INGRESOS PARA EL CÓNYUGE NO INTERNADO

(Se aplica a su caso si su cónyuge vive en la comunidad; es decir, no vive en una casa de convalecencia ni en una institución médica)

Si usted o su cónyuge vive en una casa de convalecencia, es importante que lea la siguiente información aunque actualmente no necesite Asistencia Médica. Existen ciertas reglas especiales de Asistencia Médica que se aplican a los matrimonios si uno de los cónyuges vive en una casa de convalecencia y el otro no (a éste se le denomina cónyuge no internado). Existen algunas medidas que puede tomar para proteger ciertos recursos e ingresos para el cónyuge no internado antes de que el cónyuge internado necesite o tenga derecho a recibir Asistencia Médica y es conveniente que tome dichas medidas.

TRATAMIENTO DE LOS RECURSOS

El cónyuge no internado tiene permitido quedarse con una porción de los recursos (también conocida como “porción conyugal” o “porción protegida”) de uno de los cónyuges o de ambos, además de los recursos que el estado no cuenta para determinar si tiene derecho a recibir beneficios de Asistencia Médica (“recursos exentos”). Esta porción conyugal no se tiene que usar para pagar el cuidado del cónyuge internado. Estas cantidades están disponibles en el Manual de Políticas LTC, Capítulo 440, Apéndice A en http://services.dpw.state.pa.us/oimpolicymanuals/ltc/440_Resources/440_Appendix_A.htm. Usted puede obtener las cantidades actualizadas correspondientes a los límites de ingresos y recursos en su centro de enfermería, la oficina de asistencia del condado local o la Línea de Ayuda del Departamento de Servicios Humanos: 1-800-692-7462.

Puede tramitar el formulario de evaluación de recursos (Resource Assessment Form) (Parte 4 de este Paquete de información de admisión) para determinar la cantidad estándar de la porción conyugal. Los matrimonios deben tramitar este formulario lo más pronto posible después de que uno de ellos ingrese en una casa de convalecencia. Bajo algunas circunstancias se puede retener más que la cantidad estándar de la porción conyugal si la necesita para producir el ingreso mínimo que el cónyuge no internado tiene permitido tener bajo las reglas de Medicaid (consulte la información a continuación), pero tendrá que solicitar Asistencia Médica, presentar una apelación y tener una audiencia para que le aprueben esa cantidad.

TRATAMIENTO DE LOS INGRESOS

El cónyuge no internado no tiene que mantener al cónyuge internado en la casa de convalecencia ni usar parte de su ingreso para pagar por su cuidado. El cónyuge no internado tiene permitido quedarse con todo su propio ingreso, independientemente de la cantidad y ese ingreso no se incluye al determinar si el cónyuge internado tiene derecho a recibir Asistencia Médica.

La ley federal ha establecido un nivel de ingreso protegido para el cónyuge no internado, que se conoce como “la cantidad mínima mensual permitida para necesidades de sustento del cónyuge no internado” (o CSMMNA). Estas cantidades mínimas y máximas están disponibles en el Manual de Políticas LTC, Capítulo 468, Apéndice A en http://services.dpw.state.pa.us/oimpolicymanuals/ltc/468_Eligibility_and_Payment/468_Appendix_A.htm. Usted puede obtener las cantidades actualizadas correspondientes a los límites de ingresos y recursos en su centro de enfermería, la oficina de asistencia del condado local o la Línea de Ayuda del Departamento de Servicios Humanos: 1-800-692-7462.

Si el ingreso del cónyuge no internado es inferior a su CSMMNA, es posible que pueda aportar una porción de su ingreso en una cantidad equivalente a la diferencia entre el ingreso del cónyuge no internado y su CSMMNA.

Tiene que usar su ingreso primero. Sin embargo, si aún existe un déficit después de las aportaciones de todo el ingreso disponible, una cantidad adicional de recursos que exceden la porción protegida de

los recursos de la pareja pueden ponerse a disposición de su cónyuge para producir ingreso mensual adicional hasta llegar al CSMMNA.

Además, si el cónyuge no internado necesita más ingreso en exceso de CSMMNA debido a circunstancias excepcionales que producen grandes dificultades económicas, puede solicitar un aumento de la cantidad de CSMMNA.

Para solicitar la protección de recursos adicionales o un aumento en la CSMMNA, tiene que presentar una solicitud de Asistencia Médica y una audiencia. Si cree que el ingreso del cónyuge no internado no será adecuado, debe solicitar Asistencia Médica mientras aún tiene los recursos adicionales.

CÓMO OBTENER UNA EVALUACIÓN DE SUS RECURSOS

Para que el programa de Asistencia Médica determine la cantidad de los recursos con los que su cónyuge no internado se puede quedar, debe completar el formulario de evaluación de recursos (Parte 3 de este paquete) y devolverlo a la oficina de asistencia del condado en el que se encuentra la casa de convalecencia.

Aunque no haya solicitado Asistencia Médica o no lo solicitará por un buen tiempo, es de beneficio para usted llenar este formulario lo MÁS PRONTO POSIBLE después del ingreso para evitar gastar más recursos de los necesarios en su cuidado en una casa de convalecencia y para que pueda dar cuentas de los recursos que tenía cuando ingresó en la casa de convalecencia. Si necesita ayuda, su cónyuge, una amistad, un pariente o un abogado puede ayudarle a llenar el formulario. Usted y su cónyuge tienen la responsabilidad de verificar sus recursos.

La Oficina de Asistencia del Condado revisará y evaluará la información que ustedes proporcionen. Asegúrese de proporcionar toda la información solicitada, incluida la verificación, para que puedan proceder con el proceso de evaluación.

La oficina de asistencia del condado evaluará la información recibida y le enviará a usted, a su cónyuge y a su representante legal, si tiene uno, un aviso sobre su determinación, titulado “Results of Resource Assessment” (Resultados de la evaluación de los recursos). En este aviso les informarán sobre la porción estándar de sus recursos totales que puede proteger para el cónyuge no internado (la “parte protegida”).

Junto con el aviso de la porción estándar para el cónyuge, también recibirá una hoja de trabajo e instrucciones que le ayudarán a evaluar sus necesidades de ingresos. Es importante que usted o alguien que actúe en su nombre evalúe las necesidades de ingreso del cónyuge no internado para determinar si el individuo podría calificar para los recursos en exceso de la parte protegida con el fin de producir ingreso. Sin realizar esta evaluación de ingresos, es posible que usted gaste más recursos de los necesarios para el cuidado en una casa de convalecencia y que no retendrá una cantidad adecuada de recursos para proporcionarle a su cónyuge no internado los ingresos que necesita.

Estas reglas especiales para cónyuges ayudan a las parejas casadas a conservar los recursos máximos permitidos para las necesidades tanto del cónyuge que necesita vivir en una casa de convalecencia como del cónyuge no internado. La única manera de asegurar que recibe todos los beneficios de estas disposiciones es llenando el formulario de evaluación de recursos, PA 1572 (Parte 4 de este paquete), lo más pronto posible después de ingresar en la casa de convalecencia.

¿NECESITA AYUDA?

**En la línea de asistencia de Welfare podrán
ayudarle con sus preguntas: 1-800-692-7462.**

PARTE 4

Instrucciones para completar el formulario de evaluación de recursos, PA 1572 (Para ser usado por una pareja cuando una de las personas está en una residencia/asilo para personas mayores, en otra institución médica o ha sido declarada elegible para recibir Servicios en el Hogar y en la Comunidad [por sus siglas en inglés, HCBS], y la otra persona 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/នុបដ្ឋាករនិងសម្រាប់ប្តី/ប្រពន្ធរស់នៅ។ បើលោកអ្នកត្រូវការព័ត៌មាននេះជាភាសាផ្សេងទៀត ឬអ្នកពិការភ្នែកមិនមែនជាសមាជិកសម្ព័ន្ធនៃមណ្ឌលគិលានុបដ្ឋាក/នុបដ្ឋាករ ឬទាត់ទងនៅកម្រិតណាមួយដែលប្រើប្រាស់លោកអ្នក។ ជំនួយក្នុងការបកប្រែនិងត្រូវផ្តល់ដោយដោយឥតគិតថ្លៃ។

Thông tin quan trọng về cơ sở dưỡng lão dành cho thường trú nhân và vị phôi ngẫu. Nếu quý 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)。提供免费语言协助。

El Programa de Asistencia Médica - conocido por sus siglas en inglés como MA - ayuda a pagar los costos de salud de las personas que necesitan servicios de Cuidado a Largo Plazo (por sus siglas en inglés, LTC). Por lo general, las personas deben usar la mayoría de sus propios recursos e ingresos antes de que Asistencia Médica ayude a pagar por los servicios de LTC. Sin embargo, hay reglas especiales (a veces denominadas Disposiciones de Empobrecimiento Conyugal) que reconocen la importancia de proteger una parte del total de los recursos de una pareja o matrimonio y evaluar las necesidades de ingresos del cónyuge que continuará viviendo en la comunidad.

El objetivo de este formulario de evaluación de recursos es determinar qué cantidad del total de los recursos de una pareja de casados puede quedar protegida o separada para el cónyuge que vive en la comunidad, y qué cantidad, si corresponde, se debe gastar antes de que la persona que vive en una residencia/asilo para personas mayores o que ha sido declarada elegible para los servicios de HCBS pueda recibir los beneficios de Asistencia Médica. Completar este formulario le ayudará a proteger la mayor cantidad posible de sus recursos de acuerdo a la ley.

El formulario de evaluación de recursos no es una solicitud de Asistencia Médica, y usted no está obligado a solicitar Asistencia Médica. Si necesita ayuda para completar este formulario, su cónyuge, familiar(es), amigo(s), abogado o agencia de servicios legales pueden ayudarlo. Si usted o su cónyuge tienen más de 60 años de edad, la Agencia Local de Servicios para la Vejez de su área también puede ayudarlo. Si necesita Asistencia Médica de inmediato, contacte a la oficina de asistencia del condado o Agencia Local de Servicio para la Vejez de su área ANTES de llenar este formulario.

El cónyuge que vive en la comunidad puede quedarse con una cantidad mínima de recursos, o la mitad de los

recursos contables combinados de la pareja, hasta una cantidad máxima. Algunos recursos no afectan la determinación de la cantidad protegida. Para poder determinar cuáles recursos cuentan y cuáles no cuentan, así como la cantidad protegida, es fundamental que usted incluya todos los recursos, independientemente de si pertenecen a una persona en su totalidad (por ej.: una cuenta IRA que pertenece al cónyuge que vive en la comunidad), si pertenecen a ambos cónyuges o si son de propiedad conjunta con otras personas. La información en este formulario debe reflejar el valor de los recursos a la FECHA DE INGRESO en la residencia/asilo para personas mayores o la FECHA DE EVALUACIÓN para los servicios de HCBS, NO la fecha en que usted completa este formulario.

Se DEBEN enviar fotocopias para verificar todos los recursos junto con este formulario. No envíe documentos originales ya que NO le serán devueltos. No se podrá completar la evaluación a menos que se hayan verificado todos los recursos y que dicha verificación o comprobantes se hayan presentado junto con el formulario de evaluación de recursos.

Lea y complete este formulario prestando mucha atención. NO llene las partes sombreadas. Firme el formulario y revise la lista de verificación para asegurarse de haber proporcionado toda la verificación o comprobantes necesarios. Se notificará por escrito a usted, su cónyuge y, si corresponde, su representante legal acerca de la cantidad de los recursos que se puede dejar reservada y la cantidad, en caso de corresponder, que debe gastarse antes de que usted pueda solicitar Asistencia Médica.

Envíe el formulario completo y la verificación por correo (o llévelos personalmente) a la oficina de asistencia del condado del condado donde se encuentra la residencia/asilo para personas mayores o donde esté recibiendo los servicios de HCBS. Consulte la guía telefónica o pregúntele la dirección al proveedor de servicios de LTC.

RECURSOS/COMPROBANTES ACEPTABLES

SE DEBE ADJUNTAR AL FORMULARIO LA VERIFICACIÓN O COMPROBANTES DE TODOS LOS RECURSOS. POR EJEMPLO:

CÓDIGO	RECURSO	VERIFICACIÓN
01	EFFECTIVO	Una declaración escrita que indique la cantidad de dinero que no está en el banco ni invertido de alguna otra manera.
02	CUENTA(S) DE AHORROS	Fotocopias de sus estados de cuentas bancarias, libretas de ahorros o una declaración escrita de la institución financiera.*
03	CUENTA(S) CORRIENTES	Fotocopias de su estado de cuenta bancaria o una declaración escrita de la institución financiera.*
04	CUENTAS DE AHORROS PARA NAVIDAD O VACACIONES	Fotocopias del estado de cuenta bancaria o una declaración escrita de la institución financiera.*
05	ACCIONES Y/O BONOS, ETC.	Estado de cuenta o declaración escrita de la empresa de corretaje/firma bursátil, agente emisor o autoridad o institución donde se adquirieron o se mantienen las acciones, bonos, etc.; o copia del certificado de acciones o bonos y un comprobante de su valor.*
06	FONDO DE FIDEICOMISO	Fotocopia del contrato fiduciario e inventario de los activos del fideicomiso u otra documentación que indique su valor.*
07	RESERVA PARA SERVICIOS FUNERARIOS IRREVOCABLE	Fotocopia del convenio de reserva para servicios funerarios.
08	RESERVA PARA SERVICIOS FUNERARIOS REVOCABLE	Fotocopia del convenio de reserva para servicios funerarios.
09	RESERVADO	
10	SEGURO DE VIDA	Documento que identifique a quién pertenece cada póliza de seguro y estado de cuenta escrito emitido por la empresa de seguros que indique el valor monetario/ en efectivo de las pólizas. Una carta de Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) emitida por la compañía de seguros es necesaria para las pólizas de seguro de la Asociación de Cuidados a Largo Plazo.*
11	INMUEBLE DE NO RESIDENCIA	La factura de los impuestos inmobiliarios o una declaración del agente inmobiliario que indique el valor justo de mercado de la propiedad. Si el inmueble está alquilado, el contrato de alquiler o arrendamiento.*
12	VEHÍCULO(S)	Declaración escrita del valor emitida por un concesionario/comerciante de automóviles; o indique la marca, año y modelo del vehículo y usaremos el libro rojo para determinar el valor del vehículo.
13	BOTES, MOTOS DE NIEVE, REMOLQUES Y OTROS VEHÍCULOS	Declaración escrita del valor justo de mercado del vehículo emitida por un concesionario/comerciante.*
14	DEPÓSITO A PLAZO FIJO	Estado de cuenta escrito de la institución financiera indicando el valor y a quién pertenece.*
15	ANUALIDADES	Fotocopia del documento que explica los términos, fecha de compra y valor de la anualidad al momento del ingreso a la residencia/asilo o de la evaluación para HCBS.*
16	BONOS DE AHORRO	Fotocopias de los bonos o comprobante escrito emitido por un banco que indique el o los dueños de los bonos, los números de serie, la fecha de compra y el valor al momento del ingreso a la residencia/asilo.*
17	FONDOS MUTUOS	Estado de cuenta o declaración detallada del valor emitida por la firma de corretaje/bursátil o de fondos mutuos.*
18	EMPRESA, YA SEA UNA CORPORACIÓN O NO (SOCIEDAD/ EMPRESA INDIVIDUAL)	En el caso de una corporación, una declaración del valor de sus acciones; en el caso de una empresa no incorporada, documentos constitutivos de la empresa que verifiquen el valor de su parte del negocio.
19	CUENTA IRA O KEOGH	Estado de cuenta o comprobante escrito del banco o institución financiera que identifique a el o los propietarios y el valor de la cuenta.*
20	OTROS	Fotocopia(s) de cualquier contrato o declaración correspondiente(s) a otros recursos o dinero que no se hayan incluido en la lista.*

EVALUACIÓN DE RECURSOS

SU INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

INFORMACIÓN GENERAL

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL 2.º	FECHA DE NACIMIENTO / /	NÚM. DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN	(CALLE Y NÚM. Y CIUDAD)		CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LTC			NÚM. DE TELÉFONO ()	FECHA DE INGRESO O EVALUACIÓN PARA HCBS / /	
APELLIDO DEL CÓNYUGE	NOMBRE	INICIAL 2.º	FECHA DE NACIMIENTO / /	NÚM. DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO) DEL CÓNYUGE		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚM. DE TELÉFONO DEL CÓNYUGE ()

RECURSOS

SE DEBEN ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO LA VERIFICACIÓN O COMPROBANTES PARA CADA RECURSO LISTADO. LA VERIFICACIÓN/COMPROBANTES ACEPTABLES Y LOS CORRESPONDIENTES CÓDIGOS DE RECURSOS SE LISTAN AL DORSO DE LA PÁGINA DE INSTRUCCIONES.

NO ENVÍE DOCUMENTOS ORIGINALES YA QUE NO SE LE DEVOLVERÁN LOS COMPROBANTES PRESENTADOS.

Si un recurso le pertenece a usted y a otra persona que no sea su cónyuge, indique en otra hoja separada el recurso y los nombres de los otros dueños o copropietarios. Indique si el bien fue comprado por usted o por otra persona. Si la posesión o propiedad no se divide en partes iguales, proporcione comprobantes de la división del derecho de propiedad así como del valor total.*

ASEGÚRESE DE INCLUIR **TODOS** LOS RECURSOS, YA SEAN DE PROPIEDAD CONJUNTA O INDIVIDUAL

DUEÑO(S) DEL RECURSO			CÓDIGO DE RECURSO	*A la fecha de ingreso a la residencia/asilo o de evaluación para HCBS.			DOCUMENTADO	
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL 2.º		VALOR TOTAL	CANTIDAD ADEUDADA	VALOR NETO	SÍ	NO

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

NOTA: SI SU INTERÉS EN ALGÚN RECURSO ES USUFRUCTO VITALICIO, ESPECIFIQUELO

EN LA COLUMNA "CÓDIGO DE RECURSO", ESCRIBA EL CÓDIGO DE DOS DÍGITOS QUE MEJOR DESCRIBA EL RECURSO QUE ESTÁ IDENTIFICANDO

- | | | | |
|---|--|---|-----------------------|
| 01 EFECTIVO | 06 FONDO DE FIDEICOMISO | 11 INMUEBLE DE NO RESIDENCIA | 16 BONOS DE AHORRO |
| 02 CUENTA(S) DE AHORROS | 07 RESERVA PARA SERVICIOS FUNERARIOS IRREVOCABLE | 12 VEHÍCULO(S) | 17 FONDOS MUTUOS |
| 03 CUENTA(S) CORRIENTES | 08 RESERVA PARA SERVICIOS FUNERARIOS REVOCABLE | 13 BOTES, MOTOS DE NIEVE, REMOLQUES Y OTROS VEHÍCULOS | 18 EMPRESA |
| 04 CUENTAS DE AHORROS PARA NAVIDAD O VACACIONES | 09 RESERVADO | 14 DEPÓSITO A PLAZO FIJO | 19 CUENTA IRA O KEOGH |
| 05 ACCIONES, BONOS, ETC. | 10 SEGURO DE VIDA | 15 ANUALIDADES | 20 OTROS |

SEGURO DE VIDA - COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN PARA CADA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	COMPAÑÍA DE SEGURO	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	VALOR NOMINAL	VALOR EN EFECTIVO*	FECHA DE ADQUISICIÓN	DOCUMENTADO	
							SÍ	NO

*A la fecha de ingreso a la residencia/asilo o de evaluación para HCBS.

SECCIÓN DE NOTAS/INFORMACIÓN -- USE HOJA(S) ADICIONAL(ES) DE SER NECESARIO

INDIQUE CUALQUIER INGRESO A UNA RESIDENCIA/ASILO O EVALUACIÓN PARA HCBS ANTERIORES

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LTC	FECHA DE INGRESO O EVALUACIÓN PARA HCBS
--	---

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE LTC	FECHA DE INGRESO O EVALUACIÓN PARA HCBS
--	---

REPRESENTACIÓN LEGAL

SÍ NO ¿LA PERSONA TIENE UN REPRESENTANTE LEGAL ADEMÁS DE SU CÓNYUGE?
(por ej.: tutor nombrado por el tribunal, apoderado, etc.)

EN CASO SÍ	NOMBRE Y APELLIDO	NÚMERO DE TELÉFONO
	DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO) CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL RELACIÓN CON EL RESIDENTE

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

Juro o afirmo que toda la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta, dentro de mis posibilidades y según mi leal saber y entender.

_____ FIRMA _____ FECHA _____ RELACIÓN CON LA PERSONA QUE NECESITA SERVICIOS DE LTC

LISTA DE VERIFICACIÓN

1. ¿COMPLETÓ LA INFORMACIÓN PARA LA PERSONA QUE NECESITA SERVICIOS DE LTC?
2. ¿COMPLETÓ LA INFORMACIÓN PARA EL CÓNYUGE QUE VIVE EN LA COMUNIDAD?
3. ¿INCLUYÓ TODOS LOS RECURSOS QUE TENÍAN A LA FECHA DEL INGRESO A LA RESIDENCIA/ASILO O DE EVALUACIÓN PARA HCBS?
4. ¿COMPLETÓ LA SECCIÓN SOBRE EL SEGURO DE VIDA?
5. ¿LEYÓ LA DECLARACIÓN ACERCA DE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÓ? ¿FIRMÓ EL FORMULARIO, INDICÓ SU RELACIÓN CON LA PERSONA QUE NECESITA LOS SERVICIOS DE LTC Y COLOCÓ LA FECHA EN EL FORMULARIO?
6. ¿ADJUNTÓ FOTOCOPIAS DE LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA VERIFICAR LOS RECURSOS?

PARA USO EXCLUSIVO DEL DPW

TOTAL VERIFIED COUNTABLE RESOURCES \$ _____	ASSESSOR'S SIGNATURE _____
SPOUSE'S SHARE 1/2 TOTAL NET VERIFIED RESOURCES \$ _____	DATE _____
NOTICE SENT TO	LEGAL REPRESENTATIVE
INDIVIDUAL RECEIVING LTC SERVICES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SPOUSE <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO