

Lista de control de recursos para determinar cambios en las necesidades de atención médica a largo plazo

Recursos	No	Sí	Monto	
¿Cuentas corrientes?				Copia de resúmenes bancarios o de cooperativa de crédito
¿Cuentas de ahorro?				Copia de resúmenes bancarios o de cooperativa de crédito
¿Cuentas de jubilación (compensación diferida, IRA, Keogh)?				Copia de los resúmenes financieros
¿Pólizas de seguro de vida?				Copia de póliza y resumen actual que indique valor nominal y valor actual en efectivo.
¿Acciones, bonos o certificados de depósito (CD)?				Copia de acciones, bonos o de certificados o bien , Copias de resúmenes financieros
¿Fondos de inversión?				Copia de bonos
¿Lugar de residencia?				Verificación de participación en la propiedad, de no haber un cónyuge, un menor o un menor ciego certificado o incapacitado certificado que resida en el hogar
¿Otras propiedades inmobiliarias de explotación o de no explotación?				Copia de la escritura y comprobante de valor actual justo de mercado
¿Anualidades?				Copia del contrato de anualidad / acuerdo
¿Cuentas en administración fiduciaria?				Copia de resumen financiero
¿Caja de seguridad?				Copia del registro bancario
¿Otros recursos además de los mencionados arriba?				
<p>¿Ha dado usted o su cónyuge, dinero en efectivo, ingresos o recursos, o ha vendido / traspasado bienes muebles o inmuebles en los últimos 60 meses? Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____</p> <p>¿Acaso usted o su cónyuge, ha formado un fideicomiso desde la última vez que presentó una revalidación o ha transferido bienes a un fideicomiso o de un fideicomiso, o ha sido nombrado beneficiario de un fideicomiso? Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____</p> <p>Si usted es propietario de su casa y no tiene un cónyuge, hijo menor o hijo ciego certificado o incapacitado certificado que resida en su hogar, ¿existe algún impedimento legal que le abstenga de tener participación en el capital de la propiedad? Si la respuesta es sí, ¿cuál es ese impedimento legal? _____</p> <p>Yo juro o protesto, so pena de perjurio, que los datos que he suministrado pertinente a mi habilitación para recibir cobertura de Medicaid para todo tipo de servicios y cuidados, son exactos.</p>				
Firma del beneficiario / Representante Recipient / Representative Signature	Firmado el día Date Signed	Firma del cónyuge / representante Spouse / Representative Signature	Firmado el día Date Signed	