

**APLICACION PARA LA DETERMINACION DE BIENES PERSONALES DEL ESPOSO (DE LA ESPOSA)**

Esta forma deberá ser utilizada por individuos solicitando una evaluación de los bienes personales del esposo (de la esposa) cuando el esposo (la esposa) comienza un período continuo de institucionalización de 30 días o más en una institucionalización médica, instalación de cuidado a largo plazo, o cuando comienza a recibir servicios basados en la comunidad (cuido en su casa). El esposo(a) es identificado(a) como el esposo(a) institucionalizado. La información deberá ser utilizada para la determinación de elegibilidad cuando una solicitud para beneficios médicos esta puesta en nombre del esposo(a) institucionalizado(a).

Cuando llene esta forma, sírvase informarnos sobre los bienes personales que Ud. y su esposo (a) poseen en el momento que Ud. o su esposo(a) se institucionalice. Cuando haya completado este formulario, favor de devolverlo en sobre incluido a: \_\_\_\_\_

Si tiene algunas preguntas sobre este formulario o del process de la evaluación, sírvase comunicarse con: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_.

Conteste las siguientes preguntas honestamente y completamente. Falta de dar informacion verdadera y completa puede resultar en negación de asistencia y juicio criminal. **FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRAS DE IMPRENTA (MOLDE).**

¿Necesita asistencia ahora el esposo (la esposa) institucionalizado(a)?  Si  No

<b>INFORMACION SOBRE EL ESPOSO(A) INSTITUCIONALIZADO(A)</b>					
Nombre (apellidos, nombre)				Apellido de Soltera Paterno	Número de Teléfono
Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de Nacimiento	Núm. de Seguro Social	Núm. de Reclamo de Seguro Social
¿Dónde el o ella vive? (Número, Calle, Núm. de Apartamento, Núm. de Piso)					
Ciudad			Estado	Zona Postal	
Indique cuando ella o el fue institucionalizado.					

-PARA EL USO DE LA  
OFICINA SOLAMENTE-

WORKER ID \_\_\_\_\_

CASE # \_\_\_\_\_

DATE RECEIVED \_\_\_\_\_

<b>INFORMACION SOBRE EL ESPOSO(A) EN LA COMUNIDAD</b>					
Nombre (Apellidos, nombre)				Apellido de Soltera Paterno	Número de Teléfono
Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de Nacimiento	Núm. de Seguro Social	Núm. de Reclamo de Seguro Social
¿Dónde el o ella vive? (Número, Calle, Núm. de Apartamento, Núm. de Piso)					
Cuidad			Estado	Zona Postal	

**-PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE-**

**BIENES PERSONALES** - Avísenos sobre todos los bienes personales poseídos por los dos cónyuges en el momento en que se institucionalizó el esposo o la esposa, si los bienes personales son poseídos conjuntamente por Ud. y su esposo(a), o son poseídos conjuntamente con otra(s) persona(s). También avísenos sobre cualquier persona que tiene/tenía bienes personales en nombre de cualquiera de los cónyuges en el momento de institucionalizarse el esposo (la esposa), aún si los bienes personales no pertenecen a ninguno de los conyuges. Conteste cada seccion. LLene cualquier sección que contesta "sí".

**1) DINERO EFFECTIVO**     Sí     No    Cantidad \$ \_\_\_\_\_

**2) CUENTAS DE BANCO/COOPERATIVA DE AHORROS Y CREDITO**     Sí     No    Indique ahorros, chequera, C.D., I.R.A., club de vacaciones, de natividad u otro tipo de cuenta. Incluya cuentas combinadas y fideicomisos en su nombre aunque el dinero no sea suyo o de su esposo(a). También incluya cuentas en deposito para Ud. o su esposo(a).

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

**2) CUENTOS DE BANCO/COOPERATIVA DE AHORROS Y CREDITO (continuado)**

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

**-PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE-**

## 2) CUENTOS DE BANCO/COOPERATIVA DE AHORROS Y CREDITO (continuado)

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre y Dirección del Banco/Cooperativa de Ahorros y Credito		
Nombre(s) en la Cuenta	Número de Cuenta	Cantidad \$

-PARA EL USO DE LA  
OFICINA SOLAMENTE-



**5) BONOS/BONOS DE AHORRO LOS EE.UU.**     Sí     No

Dueño(s)	Tipo	Núm. de Serie	Fecha de Compra	Denominación

-PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE-

**6) FONDOS PARA ENTIERRO/FUNERAL PAGADO CON ANTELACION**     Sí     No

Nombre de la Compañía y Dirección		
Nombre(s) de Fondo	Número de Cuenta	Cantidad \$

Nombre de la Compañía y Dirección		
Nombre(s) de Fondo	Número de Cuenta	Cantidad \$

7) **SEGURO DE VIDA/BENEFICIOS DE DEFUNCION**  Sí  No

Nombre de la Compañía y Dirección		
Nombre de Poliza	Número de Poliza	Valor Nominal

Nombre de la Compañía y Dirección		
Nombre de Poliza	Número de Poliza	Valor Nominal

Nombre de la Compañía y Dirección		
Nombre de Poliza	Número de Poliza	Valor Nominal

Nombre de la Compañía y Dirección		
Nombre de Poliza	Número de Poliza	Valor Nominal

Nombre de la Compañía y Dirección		
Nombre de Poliza	Número de Poliza	Valor Nominal

**-PARA EL USO DE LA  
OFICINA SOLAMENTE-**

**8) VEHICULOS** - ¿Tiene Ud. o su esposo(a) un auto, camión, bote, vehículo recreativo, remolque, motocicleta u otro vehículo registrado en su nombre o de él o ella?

Sí  No En caso afirmativo, complete la siguiente sección.

Dueño(s)	Año	Marca	Modelo

**9) BIENES RAICES** - ¿Posee Ud. o su esposo(a) algunos bienes raíces (incluso su propiedad fuera del estado)?  Sí  No

Dueño(s)
Ubicación (Calle, Ciudad, Estado)
Descripción de Propiedad

Dueño(s)
Ubicación (Calle, Ciudad, Estado)
Descripción de Propiedad

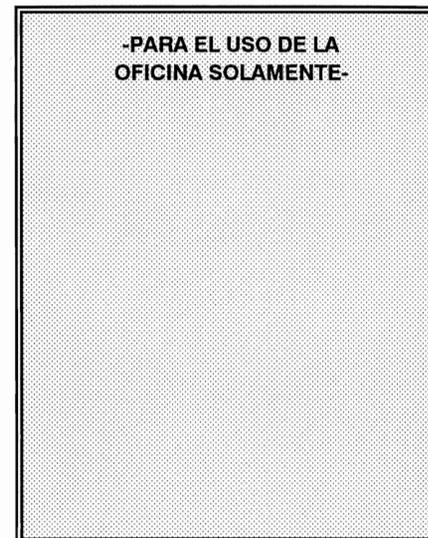
**- PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE -**

10) *¿Tiene Ud. o su esposo(a) el uso de algunos bienes raíces por vida?*  Sí  No

11) *¿Tiene Ud. o su esposo(a) otros bienes no indicados arriba (por ejemplo el contenido de una caja de seguridad, hipoteca pagadera a Ud., etc.)?*  Sí  No

En caso afirmativo, indique los bienes y el valor.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



*Esta solicitud será considerada sin atención a Raza, Color, Sexo, Edad, Incapacidad Física o Mental, Credo Religioso, Origen Nacional, Orientación Sexual, Ascendencia, Barreras de Idioma o Creencias Políticas.*

**OPCIONAL** - *¿Cuál es su origen racial/étnico? Aunque Ud. no es obligado a informar esta información, su cooperación ayudará a determinar el cumplimiento de las leyes federales de derechos civiles. La consideración de su solicitud no será afectada de ninguna manera si Ud. se niega a dar esta información. Estamos autorizados a pedir esta información bajo el título VI del acta de derechos civiles de 1964.*

Esposo(a) Institucionalizado(a) - Yo soy:

- Blanco       Negro       Hispáno       Isleño del Pacífico/Asia       Indio Americano/Nativo de Alaska

Esposo(a) de la Comunidad - Yo soy:

- Blanco       Negro       Hispáno       Isleño del Pacífico/Asia       Indio Americano/Nativo de Alaska

## LEA CUIDADOSAMENTE Y FIRME

- He leído este formulario, o me lo han leído en un idioma que entiendo. Certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera y completa, que yo sepa y según mi entender. Si he dado información incorrecta puedo ser sujeto a penas por falsedad, de acuerdo con los Estatutos Generales de Connecticut, Sección 53a-157b y 17b-97, y a penas por robo de acuerdo con las Secciones 53a-122 y 53a-123. También puedo ser sujeto a penas de perjurio bajo la ley federal.
- Entiendo que puedo solicitar una audiencia, por escrito al momento de solicitar asistencia, si estoy en desacuerdo con la determinación de la evaluación de los bienes personales.
- Entiendo que toda la información que he dado en este formulario es sujeta a verificación por oficiales federales, estatales y locales.
- Adicionalmente, autorizo al Departamento de Servicios Sociales verificar cualquier información que he dado en este formulario.
- Entiendo que toda la información en este formulario es confidencial, y será utilizada solamente para administrar este programa.
- Entiendo que los números de seguro social de mi esposo(a) y yo, serán utilizados para verificar identidad y elegibilidad. Los números de seguro social también serán emparejados con los archivos del gobierno federal, estatal y local, por medio de computadoras.
- Entiendo que la información disponible al Estado por medio del "Income and Eligibility Verification System" (IEVS - sistema de verificación de elegibilidad de ingresos) será pedida y utilizada para procesar mi solicitud de asistencia. Esta información podrá venir del Departamento de Labor (Labor Department), de la Administración de Seguro Social (Social Security Administration) y del Departamento Interno de Impuestos (Internal Revenue Service) así como de otras agencias. La información recibida podrá ser verificada directamente con otras fuentes, tales como bancos y empleadores. Los resultados de tales verificaciones podrán afectar mi elegibilidad y el nivel de los beneficios de la persona identificada como institucionalizado(a).

**X**

\_\_\_\_\_  
Firma de Esposo(a) Institucionalizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo (en caso forma por X)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**X**

\_\_\_\_\_  
Firma de Esposo(a) en la Comunidad

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo (en caso firma por X)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Traductor

\_\_\_\_\_  
Fecha

En caso que alguien ayudó al solicitante completar este formulario, tal persona debe también firmar.

\_\_\_\_\_  
Firma del Ayudante

\_\_\_\_\_  
Fecha

En caso que alguien completó este formulario en nombre del solicitante, tal representante debe también firmar.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha