

Serviços e apoios de cuidados de longo prazo



- Você precisa de serviços e apoios de cuidados de longo prazo em uma instalação tipo instituição com serviços de enfermagem? ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for **Sim**, você deverá responder a todas as perguntas e preencher todas as seções deste suplemento.

- Você está fazendo o requerimento ou recebendo serviços e apoios de cuidados de longo prazo em casa de acordo com uma **Dispensa de Serviços de Atendimento Domiciliar e Comunitário (HCBS)**? ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for **Sim**, você precisará preencher "**Transferências de recursos**" e "**Seguro de cuidados de longo prazo**".

- Você está requerendo ou recebendo serviços e apoios de cuidados de longo prazo mediante o Programa de Atendimento Abrangente para Idosos (PACE)? ☐ Sim ☐ Não

Preencha em letra de forma legível. Se precisar de mais espaço para terminar qualquer seção, use uma folha separada (inclua seu nome e número de Seguro Social) e anexe a este suplemento.

Informações do requerente/membro

Sobrenome, nome, inicial do nome do meio	Número de Seguro Social (SSN)
--	-------------------------------

Nome e endereço do hospital, instituição de enfermagem ou de outra instituição

Data de admissão (mm/dd/aaaa) Você foi colocado(a) aqui por outro estado? ☐ Sim ☐ Não Se a resposta for **Sim**, que estado?

1. Você tem de pagar as despesas de tutela para um tutor designado por um tribunal? ☐ Sim ☐ Não

Despesas de subsistência do cônjuge e familiares que moram em casa

(Não preencha esta seção se estiver pedindo Dispensa de Serviços de Atendimento Domiciliar e Comunitário ou PACE.)

Seu cônjuge que mora em casa talvez possa manter parte da renda. Preencha as seguintes informações sobre as despesas atuais do seu cônjuge. **Se você não tiver cônjuge**, vá para a próxima seção "**Transferências de recursos**".

Envie comprovante das despesas atuais do seu cônjuge.

Sobrenome, nome, inicial do nome do meio do cônjuge	Número de Seguro Social (SSN)
---	-------------------------------

2. Quanto seu cônjuge paga por mês por:

Aluguel? _____ Financiamento hipotecário (quantia principal e juros)? _____
Seguro de proprietário/inquilino? _____ Impostos prediais? _____
Taxa de manutenção necessária para condomínio ou cooperativa? _____
Moradia e alimentação para residência assistida? _____

3. Seu cônjuge paga o aquecimento? ☐ Sim ☐ Não

4. Seu cônjuge paga as contas de serviços de serviços públicos? ☐ Sim ☐ Não

5. Seu filho, pai/mãe, irmão e/ou irmã mora com seu cônjuge? ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção. Se a resposta for **Não**, vá para a próxima seção "**Transferência de recursos**".

Envie comprovante da renda mensal antes dos descontos. Poderá ser permitido um desconto para as necessidades de manutenção. Essas pessoas devem ter parentesco com você ou seu cônjuge, e um de vocês deverá incluí-las como dependentes na declaração de renda.

Nome	Número de Seguro Social (SSN)
------	-------------------------------

Parentesco	Data de nascimento (mm/dd/aaaa)	Renda mensal antes das deduções \$
------------	---------------------------------	------------------------------------

Nome	Número de Seguro Social (SSN)
------	-------------------------------

Parentesco	Data de nascimento (mm/dd/aaaa)	Renda mensal antes das deduções \$
------------	---------------------------------	------------------------------------

Transferência de recursos (os recursos incluem renda e bens)

6. Nos últimos 60 meses:

- a. Algum imóvel que estava disponível ou pertencia a você ou ao seu cônjuge foi transferido para um fundo ou retirado dele? ☐ Sim ☐ Não
- b. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome transferiu renda ou o direito à renda? ☐ Sim ☐ Não
- c. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome transferiu, alterou a propriedade de imóveis, doou imóveis ou vendeu quaisquer bens, inclusive sua casa ou outro imóvel? ☐ Sim ☐ Não
- d. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome alterou a escritura ou a propriedade de algum imóvel, inclusive a criação de um bem vitalício, mesmo que o bem vitalício tenha sido adquirido na residência de outra pessoa? ☐ Sim ☐ Não
- e. Se você comprou um bem vitalício relativo ao imóvel de outra pessoa, você morou na casa por pelo menos um ano após a compra do imóvel? ☐ Sim ☐ Não
- f. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome adicionou outro nome à escritura de algum imóvel do qual você é proprietário? ☐ Sim ☐ Não
- g. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome recebeu ou deu a alguém um financiamento, empréstimo, ou nota promissória em relação a algum imóvel ou outro ativo? ☐ Sim ☐ Não
- h. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome comprou ou de alguma forma alterou um valor anual a receber? ☐ Sim ☐ Não

Se você respondeu Sim a alguma das perguntas acima, deverá preencher o seguinte e nos enviar o comprovante dessa informação.

Descrição do bem/da renda		Data da transferência (mm/dd/aaaa)
Destinatário da transferência	Parentesco com você ou seu cônjuge	Valor da transferência \$
Descrição do ativo/renda		Data da transferência (mm/dd/aaaa)
Destinatário da transferência	Parentesco com você ou seu cônjuge	Valor da transferência \$

7. Você, seu cônjuge ou alguém em seu nome fez um depósito para alguma assistência médica ou instalação residencial, como um centro de residência assistida para idosos, um centro de residência assistida continuada para idosos ou uma comunidade de vivência assistida? ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for **Sim**, informe o nome e endereço do centro, o valor do depósito, responda às seguintes perguntas e **envie uma cópia** do contrato que você assinou com o centro e quaisquer documentos sobre o depósito.

Nome do centro _____

Endereço do centro _____ Valor \$ _____

- a. O centro ainda está com o depósito? ☐ Sim ☐ Não
- b. O centro devolveu o depósito? ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for **Sim**, informe o nome e endereço da pessoa que recebeu o depósito do centro.

Nome da pessoa _____

Endereço _____

Informações sobre imóveis

As respostas às seguintes perguntas serão usadas para decidir se: (1) seu imóvel será contabilizado como ativo; ou (2) um penhor será colocado contra o imóvel.

Observação: se o juro do capital próprio do seu imóvel principal estiver acima de certo limite, você poderá não se qualificar ao pagamento de serviços e apoios de cuidados de longo prazo, a menos que certas condições sejam atendidas

8. Você ou seu cônjuge é proprietário ou tem interesse legítimo em sua casa, incluindo a propriedade vitalícia? ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for **Sim**, preencha as informações a seguir e responda às questões de 8 a 15.

Se a resposta for **Não**, responda apenas à Pergunta 15.

Nome e endereço da(s) pessoa(s) nos documentos de propriedade do imóvel _____

Descrição e endereço do local do imóvel _____

Tipo de propriedade (assinale uma.)

☐ Individual (Valor justo de mercado) \$ _____ ☐ Copropriedade (Valor justo de mercado) \$ _____

☐ Propriedade conjunta (Valor justo de mercado) \$ _____

☐ Direito vitalício sobre o imóvel (Valor justo de mercado) \$ _____

Nome e endereço da(s) pessoa(s) constantes dos documentos de propriedade do imóvel _____

Descrição e endereço do imóvel _____

Tipo de propriedade (assinale uma.)

☐ Individual (Valor justo de mercado) \$ _____ ☐ Copropriedade (Valor justo de mercado) \$ _____

☐ Propriedade conjunta (Valor justo de mercado) \$ _____

☐ Direito vitalício sobre o imóvel (Valor justo de mercado) \$ _____

9. Você tem cônjuge? ☐ Sim ☐ Não. Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção.

Nome _____ Essa pessoa mora na sua casa? ☐ Sim ☐ Não

10. Você tem um filho com deficiência total e permanente ou cego? ☐ Sim ☐ Não. Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção.

Nome _____ Essa pessoa mora na sua casa? ☐ Sim ☐ Não

11. Você tem filho com menos de 21 anos? ☐ Sim ☐ Não. Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção.

Nome _____ Data de nascimento (mm/dd/aaaa) _____ Essa pessoa mora na sua casa? ☐ Sim ☐ Não

12. Você tem um irmão ou irmã com interesse legítimo na casa que esteve morando por pelo menos um ano imediatamente antes de você ser admitido no centro médico? ☐ Sim ☐ Não. Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção.

Nome _____ Essa pessoa mora na sua casa? ☐ Sim ☐ Não

13. Você tem um filho ou filha que morou em casa pelo menos nos últimos dois anos antes de você ser admitido no centro médico e cuidou de você, permitindo que ficasse em casa? ☐ Sim ☐ Não. Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção.

Nome _____ Essa pessoa mora na sua casa? ☐ Sim ☐ Não

14. Você tem um parente dependente? ☐ Sim ☐ Não. Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção.

Nome _____ Essa pessoa mora na sua casa? ☐ Sim ☐ Não

Descreva o parentesco e a natureza da dependência: _____

15. Você pretende voltar para a sua casa? ☐ Sim ☐ Não

(Não responda a esta pergunta se estiver solicitando uma Dispensa de Serviços de Atendimento Domiciliar e Comunitário).

16. Você ou seu cônjuge são proprietários ou têm participação legal em imóvel além do imóvel mencionado no item 7 acima?
☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for **Sim**, descreva o imóvel e forneça o endereço abaixo.

Se precisar de mais espaço, anexe uma folha de papel separada.

Seguro de cuidados de longo prazo

17. Você ou seu cônjuge têm seguro de cuidados de longo prazo? ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for **Sim**, preencha esta seção. Se a resposta for **Não**, prossiga para a próxima seção "**Fundos Fiduciários**".

Envie uma cópia da apólice.

Nome da empresa/número da apólice

Número da apólice	Data de vigor (mm/dd/aaaa)	Valor do prêmio \$
-------------------	----------------------------	--------------------

Nome da empresa/número da apólice

Número da apólice	Data de vigor (mm/dd/aaaa)	Valor do prêmio \$
-------------------	----------------------------	--------------------

Declarações de imposto de renda

18. Você ou seu cônjuge fizeram declaração de imposto de renda nos EUA nos últimos dois anos? (Marque uma opção).

☐ Sim, nos dois anos ☐ Sim, um desses anos ☐ Não, em nenhum dos anos

Se a resposta for sim, você deverá **enviar cópias** dessas declarações de renda. Se você não guardou cópias de uma ou mais dessas declarações, **deverá enviar um formulário IRS 4506 preenchido e assinado**. O formulário 4506 está incluído no final deste requerimento.

Se Sim, **envie cópias** dessas declarações. Se você não guardou cópias de uma ou mais declarações, **envie o Formulário 4506 preenchido e assinado**. O Formulário 4506 faz parte do Suplemento para Cuidados de Longo Prazo, case precise desse formulário.

ASSINE ESTE SUPLEMENTO.

Ao assinar este suplemento abaixo, certifico, sob pena de perjúrio, que as declarações que fiz neste suplemento são verdadeiras e completas, pelo que eu saiba, e concordo em aceitar e cumprir os direitos e responsabilidades acima.

Importante: se estiver enviando este suplemento como um representante autorizado, deverá nos enviar um Formulário de Designação de Representante Autorizado (ARD) para processarmos este requerimento. É importante preencher este formulário, pois esta é a única maneira de falarmos com você sobre este requerimento.

Assinatura do requerente/membro ou de representante autorizado	Nome em letra de fôrma	Data