Cuidados de longo prazo
Dispensa de serviços de atendimento domiciliar e comunitário

Você precisa de cuidados de longo prazo em uma casa de repouso?  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 pedido ou recebendo cuidados de longo prazo em casa de acordo com uma Dispensa de serviços de atendimento domiciliar e comunitário? Sim  Não

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

**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 solicitante/membro**

Sobrenome, nome, inicial do nome do meio
Número de seguro social
Nome e endereço do hospital, instituição de enfermagem ou outras instituições
Data de admissão (mm/dd/aaaa)
Você foi colocado aqui por outro estado? Sim Não Se a resposta for Sim, qual estado?

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

## Despesas de subsistência do cônjuge e familiares que moram em casa

### (Não preencha esta seção se estiver solicitando uma Dispensa de serviços de atendimento domiciliar e comunitário).

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 um cônjuge, vá para a próxima seção (Transferências de recursos).

Sobrenome, nome, inicial do nome do meio do cônjuge
Número de seguro social

2. Quanto seu cônjuge paga por mês por:

Aluguel?
Financiamento (quantia principal e juros)?
Seguro de proprietário/inquilino?
Impostos sobre o imóvel?
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 os serviços de utilidade pública?  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 (Transferências de recursos).

Envie comprovante da renda mensal antes dos descontos. Poderá ser permitido um abatimento 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 imposto de renda.

Nome
Número de seguro social
Parentesco
Data de nascimento (mm/dd/aaaa)
Renda mensal antes dos abatimentos $

Nome
Número de seguro social
Parentesco
Data de nascimento (mm/dd/aaaa)
Renda mensal antes dos abatimentos $

## Transferências de recursos (os recursos incluem renda e ativos)

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 fora 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 desta informação.

Descrição do ativo/renda
Data da transferência (mm/dd/aaaa)
Transferido para quem
Parentesco com você ou seu cônjuge
Valor da transferencia $

Descrição do ativo/renda
Data da transferência (mm/dd/aaaa)
Transferido para quem
Parentesco com você ou seu cônjuge
Valor da transferencia $

Descrição do ativo/renda
Data da transferência (mm/dd/aaaa)
Transferido para quem
Parentesco com você ou seu cônjuge
Valor da transferencia $

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 tem 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 um certo limite, você poderá não se qualificar ao pagamento 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 9 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 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) $

Name and address of person(s) on ownership papers

Nome e endereço da(s) pessoa(s) nos 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
Esta pessoa mora na sua casa?  Sim  Não

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

Nome
Esta pessoa mora na sua casa?  Sim  Não

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

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

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

Nome
Esta 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 é proprietário ou tem interesse legítimo em outros imóveis não listados no item 8 acima?  Sim  Não

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

Se precisar de mais espaço, use uma folha separada.

**Seguro de cuidados de longo prazo**

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

Se a resposta for Sim, preencha esta seção. Se a resposta for Não, vá para a próxima seção (Declarações de imposto de renda).

Envie uma cópia da apólice. Company name/Policy number

Nome da empresa/número da apólice
Nome do titular da apólice
Data de início (mm/dd/aaaa)
Valor do prêmio $

Nome da empresa/número da apólice
Nome do titular da apólice
Data de início (mm/dd/aaaa)
Valor do prêmio $

**Declarações de imposto de renda**

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

Sim, ambos os anos
Sim, um destes anos
Não, nenhum ano

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 no final deste formulário.

## Assine este suplemento.

Ao assinar este suplemento abaixo, declaro, sob as penas e penalidades de perjúrio, que as propostas e declarações feitas neste suplemento são verdadeiras e completas, tanto quanto é meu conhecimento, e concordo em aceitar e cumprir os direitos e responsabilidades acima.

Importante: Se você estiver enviando este suplemento como representante autorizado, deverá enviar um Formulário de designação de representante autorizado (ARD) para que o pedido seja processado. É importante preencher este formulário, pois esta é a única maneira de falarmos com você sobre este pedido.

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

LTC-SUPP-PT-BR-0320