Atención a largo plazo y Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad

MassHealth | MASSACHUSETTS HEALTH CONNECTOR

- ¿Necesita servicios de atención a largo plazo en una institución tipo centro de enfermería? ☐ Sí ☐ No

  Si contestó **Sí**, debe responder todas las preguntas y completar todas las secciones de este suplemento.
- ¿Está usted solicitando u obteniendo servicios de atención a largo plazo en su hogar de acuerdo con la Exención para servicios basados en el hogar y la comunidad? ☐ Sí ☐ No

  Si contestó **Sí**, usted debe completar la sección "**Transferencias de recursos**" y la sección "**Seguro de atención a largo plazo**".

Por favor escriba en letra de imprenta legible. Conteste todas las preguntas y complete todas las secciones. Si necesita más espacio para completar cualquier sección, por favor use una hoja separada (incluya su nombre y número de seguro social) y adjúntela a este suplemento.

Información sobre el solicitante/afiliado

Apellido, nombre, inicial	Número de seguro social

Nombre y dirección del hospital, centro de enfermería u otra institución

Fecha de admisión (mm/dd/aaaa)	¿Fue colocado aquí por otro estado? ☐ Sí ☐ No Si contestó **Sí**, ¿qué estado?

1. ¿Tiene que pagar gastos de tutela para un guardián asignado por un tribunal? ☐ Sí ☐ No

Gastos de vivienda del cónyuge y miembros de familia que viven en la casa

(No complete esta sección si solicita la Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad.)

Su cónyuge que vive en casa quizás pueda retener parte de los ingresos que usted recibe. Complete la siguiente información sobre los gastos de vivienda actuales de su cónyuge. **Si no tiene cónyuge**, pase a la siguiente sección **(Transferencias de recursos)**.

Envíe prueba de los gastos de vivienda actuales de su cónyuge.

Apellido, nombre, inicial del cónyuge	Número de seguro social

2. ¿Cuánto paga su cónyuge cada mes por:

   ¿Alquiler? _____ ¿Hipoteca (capital e intereses)? _____

   ¿Seguro de propiedad o de inquilino? _____ ¿Impuestos catastrales (por bienes raíces)? _____

   ¿Cuota de mantenimiento obligatoria del condominio o cooperativa? _____ ¿Comida y alojamiento en un centro asistencial de vivienda? _____
3. ¿Paga su cónyuge por la calefacción? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Paga su cónyuge por los servicios públicos? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Vive(n) un hijo/a, padre, madre, hermano, y/o hermana con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí**, complete esta sección. Si contestó **No**, pase a la siguiente sección **(Transferencias de recursos)**.

   Envíe prueba de los ingresos mensuales de ellos antes de deducciones. Quizá le autoricen una deducción para cubrir los gastos de mantenimiento de ellos. Estas personas tienen que ser parientes suyos o de su cónyuge; y, uno de ustedes debe declararlos como dependientes en su declaración federal de impuestos.

Nombre		Número de seguro social
Parentesco	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Ingreso mensual antes de deducciones $
Nombre		Número de seguro social
Parentesco	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Ingreso mensual antes de deducciones $

Transferencias de recursos (incluyen tanto ingresos como bienes)

6. En los últimos 60 meses:

   a. ¿Se ha transferido algún bien que estuvo a disposición o que fue de propiedad suya o de su cónyuge desde o a un fideicomiso? ☐ Sí ☐ No

   b. ¿Hizo usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, una transferencia de ingresos o del derecho a percibir ingresos? ☐ Sí ☐ No

   c. ¿Hizo usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, una transferencia, un cambio de propietario, una donación o una venta de algún bien, incluyendo su hogar u otro bien raíz? ☐ Sí ☐ No

   d. ¿Cambió usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, la escritura o la propiedad de cualquier bien raíz, incluyendo la creación de un dominio vitalicio, incluso si el dominio vitalicio fue comprado en la residencia de otra persona? ☐ Sí ☐ No

   e. Si usted compró un dominio vitalicio en la casa de otra persona, ¿vivió usted allí por lo menos un año después de haber comprado el dominio vitalicio? ☐ Sí ☐ No

   f. ¿Agregó usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, otro nombre a una escritura de algún bien que le pertenece a usted? ☐ Sí ☐ No

   g. ¿Recibió u otorgó usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo, a alguien una hipoteca, un préstamo, o un pagaré sobre cualquier propiedad u otro bien? ☐ Sí ☐ No

   h. ¿Compró usted, su cónyuge, o alguien en su nombre o a nombre de su cónyuge, una anualidad o la cambió de alguna forma? ☐ Sí ☐ No

   Si usted contestó Sí a cualquiera de las preguntas anteriores, tiene que completar lo siguiente y **enviarnos prueba** de esta información.

Descripción del bien/ingreso		Fecha de transferencia (mm/dd/aaaa)
Transferido a quién	Parentesco con usted o su cónyuge	Cantidad de la transferencia $
Descripción del bien/ingreso		Fecha de transferencia (mm/dd/aaaa)
Transferido a quién	Parentesco con usted o su cónyuge	Cantidad de la transferencia $
Descripción del bien/ingreso		Fecha de transferencia (mm/dd/aaaa)
Transferido a quién	Parentesco con usted o su cónyuge	Cantidad de la transferencia $

7. ¿Ha entregado usted, su cónyuge o alguien a nombre suyo un depósito a algún centro residencial o de atención médica, como por ejemplo, un centro asistencial de vivienda, una comunidad de retiro con atención continua, o una comunidad de atención de por vida? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó **Sí**, denos el nombre y la dirección del centro, la cantidad del depósito, conteste las siguientes preguntas y **envíenos una copia** del contrato que firmó con el centro y de todo documento que tenga que ver con este depósito.

   Nombre del centro _____

   Dirección del centro _____ Cantidad $ _____

   a. ¿Tiene el centro todavía el depósito? ☐ Sí ☐ No

   b. ¿Le devolvió el centro el depósito? ☐ Sí ☐ No

      Si contestó **Sí**, denos el nombre y la dirección de la persona que recibió el depósito devuelto por el centro.

      Nombre de la persona _____

      Dirección _____

Bienes raíces

Las respuestas a las siguientes preguntas se utilizarán para determinar si: (1) sus bienes raíces se van a contar como un bien o activo; o (2) si se le debe colocar un embargo preventivo o gravamen a sus bienes raíces.

Nota: Si los intereses sobre el capital de su lugar principal de residencia sobrepasan un cierto límite, es posible que usted no sea elegible para recibir el pago por servicios de atención a largo plazo a menos que se cumplan ciertas condiciones.

8. ¿Usted o su cónyuge son dueños o tienen derechos legítimos por su hogar, incluyendo una propiedad vitalicia? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, complete la siguiente información y conteste las preguntas 9 a 15. Si contestó **No**, solo conteste la pregunta 15.

Nombre y dirección de la(s) persona(s) en los documentos de propiedad _____

_____

Descripción y dirección de la ubicación de la propiedad _____

_____

Tipo de propiedad (Marque uno.)

☐ Individual *(Valor normal de mercado)* $ _____ ☐ Inquilinato común *(Valor normal de mercado)* $ _____

☐ Inquilinato unido *(Valor normal de mercado)* $ _____ ☐ Propiedad vitalicia *(Valor normal de mercado)* $ _____

Nombre y dirección de la(s) persona(s) en los documentos de propiedad _____

_____

Descripción y dirección de la ubicación de la propiedad _____

_____

Tipo de propiedad (Marque uno.)

☐ Individual *(Valor normal de mercado)* $ _____ ☐ Inquilinato común *(Valor normal de mercado)* $ _____

☐ Inquilinato unido *(Valor normal de mercado)* $ _____ ☐ Propiedad vitalicia *(Valor normal de mercado)* $ _____

9. ¿Tiene usted cónyuge? ☐ Sí ☐ No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Vive esta persona en su casa? ☐ Sí ☐ No

10. ¿Tiene usted un niño ciego, o con una discapacidad total y permanente? ☐ Sí ☐ No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Vive esta persona en su casa? ☐ Sí ☐ No

11. ¿Tiene usted un hijo menor de 21 años de edad? ☐ Sí ☐ No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ ¿Vive esta persona en su casa? ☐ Sí ☐ No

12. ¿Tiene usted un hermano o hermana que posea un interés legal sobre la casa y que haya vivido allí por lo menos durante un año inmediatamente anterior a la fecha en que usted ingresara en la institución médica?
☐ Sí ☐ No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Vive esta persona en su casa? ☐ Sí ☐ No

13. ¿Tiene usted un hijo o hija que haya vivido en la casa por al menos los dos últimos años antes de que usted ingresara en la institución médica y que le haya brindado la atención que le permitió a usted vivir en la casa?
☐ Sí ☐ No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Vive esta persona en su casa? ☐ Sí ☐ No

14. ¿Tiene usted un pariente dependiente? ☐ Sí ☐ No Si contestó **Sí**, complete esta sección.

Nombre _____ ¿Vive esta persona en su casa? ☐ Sí ☐ No

Describa el parentesco y la naturaleza de la dependencia: _____

_____

15. ¿Tiene usted la intención de regresar a su hogar? ☐ Sí ☐ No
(No responda a esta pregunta si solicita la Exención para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad.)

16. ¿Posee usted o su cónyuge o tiene un interés legal en **otros** bienes raíces que no figuren en la pregunta 8 anterior?
☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, por favor describa la propiedad y escriba su dirección a continuación.

_____

_____

_____

Si necesita más espacio, por favor use otra hoja.

Seguro de atención a largo plazo

17. ¿Tiene usted o su cónyuge seguro de atención a largo plazo? ☐ Sí ☐ No

Si contestó **Sí**, complete esta sección. Si contestó **No**, pase a la siguiente sección (**Declaración de impuestos**).

Envíe una copia de la póliza.

Nombre de la compañía/Número de la póliza		
Nombre del titular de la póliza	Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)	Cantidad de la prima $
Nombre de la compañía/Número de la póliza		
Nombre del titular de la póliza	Fecha de vigencia (mm/dd/aaaa)	Cantidad de la prima $

Declaración de impuestos

18. ¿Presentó usted o su cónyuge declaraciones de impuestos federales en los últimos dos años? (Marque uno.)

☐ Sí, ambos años ☐ Sí, uno de estos años ☐ No, ningún año

Si contestó **Sí**, usted debe **enviar copias** de estas declaraciones. Si usted no conservó copias de una o más de estas declaraciones, **debe enviar un Formulario 4506 del IRS completado y firmado.** El Formulario 4506 se incluye al final de esta solicitud.

FIRME ESTE SUPLEMENTO.

Al firmar este suplemento a continuación, por la presente certifico bajo penas y penalidades de perjurio que las presentaciones y declaraciones que he hecho en este suplemento son veraces y completas a mi mejor saber y entender, y estoy de acuerdo en aceptar y cumplir con los derechos y responsabilidades anteriores.

Importante: Si está presentando este suplemento como un representante autorizado, usted debe enviarnos un *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD) para que podamos procesar esta solicitud. Es importante completar este formulario, ya que es la única manera en que podemos hablar con usted acerca de esta solicitud.

Firma del solicitante/afiliado o representante autorizado	Nombre en letra de imprenta	Fecha