

Valoración de bienes para determinar si puede afiliarse a MassHealth



Fecha: _____

Esta valoración es importante para decidir si usted puede ser elegible para recibir los beneficios de MassHealth de atención a largo plazo.

Usted pidió a MassHealth que determine el monto de sus bienes. Para ayudarnos a determinar los bienes que posee, debe usar el formulario adjunto para hacer una lista de todos los bienes que eran de propiedad suya y de su cónyuge **en la fecha en que usted o su cónyuge fue admitido al centro de enfermería o a la institución médica**. También tendrá que entregarle a MassHealth un comprobante de todos los bienes que usted enumeró.

De acuerdo con las reglas de MassHealth, el cónyuge que está viviendo en casa puede retener hasta \$ _____ en bienes cuando el cónyuge que está viviendo en el centro de enfermería o la institución médica solicita cobertura de MassHealth. El monto en bienes podría aumentar si se dan ciertas circunstancias, dato que se explicará en la notificación de la valoración de bienes. El monto también puede cambiar a raíz de cambios que se hagan en las cifras de costo de vida expedidas por el gobierno federal.

Por favor conteste todas las preguntas y llene todas las secciones. Cada sección contiene una lista de la información que le debe dar a MassHealth para que podamos decidir cuál es el valor de cada bien. Si necesita más espacio, use otra hoja de papel y adjúntela al formulario. Una vez que complete el formulario y nos remita el comprobante de sus bienes, MassHealth determinará con cuáles bienes se puede quedar el cónyuge que reside en casa. La decisión se le comunicará a usted por escrito.

Si usted opta por solicitar cobertura de MassHealth, tiene que entregarle a MassHealth comprobante de todos los bienes que estén a disposición suya y de su cónyuge **en la fecha en que presenta la solicitud a MassHealth**. También, en general, tiene que entregarle a MassHealth un comprobante de todos los recursos (ingresos y bienes) transferidos dentro de los últimos 60 meses.

Si desea que alguien actúe en nombre suyo como su representante autorizado, use el formulario de Designación de Representante Autorizado de MassHealth que se adjunta.

Si tiene cualquier pregunta sobre este formulario, llame al Centro de Inscripción de MassHealth marcando el **1-888-665-9993** (TTY: 1-888-665-9997 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

Escriba en letra de molde legible. Conteste todas las preguntas y complete todas las secciones. Si necesita más espacio para completar cualquier sección del formulario, use otra hoja de papel y adjúntela a este formulario.

CÓNYUGE EN UNA INSTITUCIÓN MÉDICA O CENTRO DE ENFERMERÍA

Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nombre de la institución				
Fecha de admisión (mm/dd/aaaa)			Número de teléfono ()	
Dirección (Calle)		Ciudad	Estado	Código postal

CÓNYUGE EN CASA

Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección (Calle)			Ciudad	Estado
				Código postal



BIENES

Complete las siguientes secciones y enumere todos los datos acerca de bienes que sean suyos, de su cónyuge o de ambos, **en la fecha de admisión a la institución médica o al centro de enfermería.**

CUENTAS BANCARIAS/FONDOS DE PENSIONES

¿Usted o su cónyuge tienen alguna cuenta bancaria o certificado de depósito, incluyendo cuentas corrientes, de ahorro, de necesidades personales, en una cooperativa de crédito, cuentas tipo NOW, y cuentas del mercado monetario? ¿O tiene cuentas de jubilación, como cuentas de jubilación individuales (IRAs), cuentas tipo Keogh, fondos de pensión o cualquier otra cuenta bancaria?

Sí No

Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Seguro de vida).

Si contestó **sí**, complete esta sección.

Adjunte una copia de la libreta de ahorros o del estado de cuenta bancaria donde figure el saldo de cada cuenta **en la fecha de admisión a la institución médica o al centro de enfermería.**

Nombre(s) en la cuenta	Nombre/Dirección del banco o de la cooperativa de crédito		
	Número de la cuenta	Tipo de cuenta	Saldo \$
Nombre(s) en la cuenta	Nombre/Dirección del banco o de la cooperativa de crédito		
	Número de la cuenta	Tipo de cuenta	Saldo \$
Nombre(s) en la cuenta	Nombre/Dirección del banco o de la cooperativa de crédito		
	Número de la cuenta	Tipo de cuenta	Saldo \$

SEGURO DE VIDA

¿Usted o su cónyuge tienen un seguro de vida? Sí No

Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Fideicomisos).

Si contestó **sí**, complete esta sección.

Adjunte una copia de cada póliza de seguro y/o una declaración de la compañía aseguradora, que indique el valor nominal y el valor de rescate de cada póliza **en la fecha de admisión a la institución médica o al centro de enfermería.**

Nombre de la persona asegurada	Nombre de la compañía aseguradora	Valor nominal \$	Valor de rescate \$
Nombre de la persona asegurada	Nombre de la compañía aseguradora	Valor nominal \$	Valor de rescate \$
Nombre de la persona asegurada	Nombre de la compañía aseguradora	Valor nominal \$	Valor de rescate \$

FIDEICOMISOS

¿Es usted o su cónyuge el otorgante, fideicomisario o beneficiario de uno o más fideicomisos? Sí No

Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Acciones/Bonos/Otros).

Si contestó **sí**, complete esta sección.

Adjunte una copia de la documentación del fideicomiso y de la contabilidad del fideicomiso, del Anexo A, y de cualquier otra documentación acerca de los bienes y de los ingresos que genera cada fideicomiso **en la fecha de admisión a la institución médica o al centro de enfermería.**

Nombre del fideicomiso	Otorgante(s)	Fideicomisario(s)	
Beneficiarios		Capital del fideic. \$	Ingresos del fideic. \$
Nombre del fideicomiso	Otorgante(s)	Fideicomisario(s)	
Beneficiarios		Capital del fideic. \$	Ingresos del fideic. \$
Nombre del fideicomiso	Otorgante(s)	Fideicomisario(s)	
Beneficiarios		Capital del fideic. \$	Ingresos del fideic. \$

ACCIONES/BONOS/OTROS

¿Usted o su cónyuge tienen acciones, bonos, bonos de ahorro, fondos mutuos, títulos o valores, haberes en una cajilla de seguridad, o dinero en efectivo que no esté en el banco? Sí No

Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Atención Médica/Depósitos en centros residenciales).

Si contestó **sí**, complete esta sección.

Adjunte una cotización del corredor de bolsa o del banco o la firma inversionista, de los títulos o valores, acciones, fondos mutuos, etc. con el fin de comprobar el valor del bien **en la fecha de admisión a la institución médica o al centro de enfermería.**

	Usted		Su cónyuge	
	Compañía	Valor	Compañía	Valor
Acciones		\$		\$
Bonos		\$		\$
Bonos de ahorro		\$		\$
Fondos de inversión		\$		\$
Títulos y valores		\$		\$
Otros		\$		\$

ATENCIÓN MÉDICA/DEPÓSITOS EN CENTROS RESIDENCIALES

¿Usted o su cónyuge, o alguien en su nombre, ha entregado un depósito a algún centro residencial o de atención médica, como por ejemplo, una residencia con servicios asistenciales? Sí No

Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Vehículos/Casas rodantes).

Si contestó **sí**, denos el nombre y dirección del centro, monto del depósito y fecha en que el depósito se le entregó al centro.

Adjunte una copia de la documentación del monto del depósito fue entregado al centro.

Nombre del centro	Dirección del centro	Monto \$	Fecha / /
-------------------	----------------------	-------------	--------------

VEHÍCULOS/CASAS RODANTES

¿Usted o su cónyuge tienen algún vehículo (como carro, van, camión, vehículo recreativo, casa rodante, bote o lancha)?

Sí No

Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Bienes raíces).

Si contestó **sí**, complete esta sección.

Adjunte una copia de su libreta de cuotas o del estado de la compañía financiadora y una declaración escrita de un distribuidor autorizado de vehículos acerca del valor comercial del vehículo y el monto adeudado por el mismo **en la fecha de admisión a la institución médica o al centro de enfermería**.

Nombre del propietario	Año/Marca/Modelo	Valor comercial \$	Monto adeudado \$
Nombre del propietario	Año/Marca/Modelo	Valor comercial \$	Monto adeudado \$
Nombre del propietario	Año/Marca/Modelo	Valor comercial \$	Monto adeudado \$

BIENES RAÍCES

¿Usted o su cónyuge son propietarios, sea individual o en conjunto (con cualquier otra persona o entidad), o tiene algún interés legal en cualquier bien raíz, por ejemplo: inmueble para vacaciones, inmueble de alquiler, inmueble de tiempo compartido, parcelas o lotes no construidos, y cualquier otro bien raíz (incluya todos los que se encuentren tanto dentro como fuera del estado de Massachusetts)? Sí No

Si contestó **no**, pase a la siguiente sección (Firma).

Si contestó **sí**, complete esta sección.

Adjunte una copia de la escritura y la factura de impuestos prediales más reciente para cada bien raíz enumerado.

Nombre(s) en los títulos de propiedad (escritura)	Descripción/Dirección	Valor comercial \$
Nombre(s) en los títulos de propiedad (escritura)	Descripción/Dirección	Valor comercial \$
Nombre(s) en los títulos de propiedad (escritura)	Descripción/Dirección	Valor comercial \$

FIRMA

Certifico que he leído o se me ha leído el formulario de valoración de bienes. Certifico además, bajo pena de perjurio, que, a mi leal entender, la información dada en este formulario de valoración es correcta y está completa.

Si al llenar la presente Valoración de bienes usted actúa en nombre de otra persona, también deberá llenar y devolver, junto con el presente documento, el formulario de Designación de Representante Autorizado de MassHealth. Su firma este formulario valoración en calidad de representante autorizado, certifica que, a su leal entender, la información contenida en él es correcta y está completa.

Firma del cónyuge en una institución médica o en un centro de enfermería,
o del representante autorizado

Fecha

Firma del cónyuge que vive en casa o del representante autorizado

Fecha

Una vez que haya completado este formulario, envíelo a:

MassHealth Enrollment Center (MEC)
Central Processing Unit
P.O. Box 290794
Charlestown, MA 02129-0214
Fax: 617-887-8799

entreguelo personalmente en:

MassHealth Enrollment Center
Central Processing Unit
The Schrafft Center
529 Main St., Suite 1M
Charlestown, MA 02129

Si tiene cualquier pregunta sobre este formulario, llame al Centro de Inscripción de MassHealth al 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-9997 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).