



MISSOURI DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
 FAMILY SUPPORT DIVISION
DECLARACIÓN Y EVALUACIÓN DE BIENES

| INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----|------------------------|-----------|--|------------|--------------------------|---|-----------------------|--|--|
| CÓNYUGE INTERNADO | | DCN | | NOMBRE | | | | NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL | | | | |
| NÚMERO DE TELÉFONO | | DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL) | | | | | | RACE | SEX | BIRTHDATE | | |
| CÓNYUGE NO AFILIADO | | DCN | | NOMBRE | | | | SOCIAL SECURITY NUMBER | | | | |
| NÚMERO DE TELÉFONO | | DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL) | | | | | | RACE | SEX | BIRTHDATE | | |
| FECHA DE SOLICITUD DE LA EVALUACIÓN | | FECHA DE INTERNAMIENTO | | NOMBRE DEL PROVEEDOR | | | | COUNTY USE ONLY | | | | |
| NOMBRE Y DIRECCIÓN DE OTRA INSTITUCIÓN | | | | | | VENDOR NUMBER | | | LIKELY TO REMAIN INSTITUTIONALIZED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | | | |
| DECISIÓN DE LA EVALUACIÓN ▶ | | TOTAL DE ACTIVOS NO EXENTOS \$ | | PROPORCIÓN CONYUGAL \$ | | FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN | | REASON INACTIVE | | DATE LEFT INSTITUTION | | |
| NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CONDADO | | | | NÚMERO DE TELÉFONO | | | COUNTY NO. | ELIG. SPEC. NO. | LOAD NO. | SUPERVISOR NUMBER | | |
| DECLARACIÓN DE ACTIVOS | | | | | | | EX-EMPT | EQUITY | HOW VERIFIED | | | |
| INCLUYA TODOS LOS BIENES PERSONALES E INMUEBLES DEL CÓNYUGE QUE ESTÁ INTERNADO Y DEL CÓNYUGE QUE VIVE EN CASA DURANTE EL MES DE ▶ | | | | | | | | | | | | |
| 1. Poseo/Poseemos los siguientes valores y dinero en efectivo. | | SÍ | NO | A NOMBRE DE QUIÉN | UBICACIÓN | VALOR | | | | | | |
| A. Cuenta corriente/cuentas corrientes conjuntas | | | | | | | | | | | | |
| Números de cuenta: | | | | | | | | | | | | |
| 1) | | | | | | | | | | | | |
| 2) | | | | | | | | | | | | |
| 3) | | | | | | | | | | | | |
| B. Cuentas de ahorro/cuentas de ahorro conjuntas, ahorro de Club de Navidad, certificados de depósito o a plazo en cooperativa de crédito. | | | | | | | | | | | | |
| Números de cuenta o de certificado: | | | | | | | | | | | | |
| 1) | | | | | | | | | | | | |
| 2) | | | | | | | | | | | | |
| 3) | | | | | | | | | | | | |
| 4) | | | | | | | | | | | | |
| 5) | | | | | | | | | | | | |
| C. Cuentas de paciente en un asilo u otra institución. | | | | | | | | | | | | |
| D. Ahorros o dinero en efectivo en casa, en mi persona o en posesión de alguien más. | | | | | | | | | | | | |

| NOMBRE DEL CÓNYUGE INTERNADO | | | DCN | | | COUNTY USE ONLY | | |
|---|--|--|-----------|-------|---------|-----------------|--------------|--|
| | | | UBICACIÓN | VALOR | EX-EMPT | EQUITY | HOW VERIFIED | |
| E. Acciones. | | | | | | | | |
| Empresa y número de acciones | | | | | | | | |
| 1) | | | | | | | | |
| 2) | | | | | | | | |
| 3) | | | | | | | | |
| F. Bonos y otras inversiones. | | | | | | | | |
| 1) | | | | | | | | |
| 2) | | | | | | | | |
| 3) | | | | | | | | |
| G. Pagarés y pagarés hipotecarios que le adeudan. (¿Alguien le debe dinero?) | | | | | | | | |
| H. Fondos fiduciarios | | | | | | | | |
| I. Bienes almacenados en caja de seguridad | | | | | | | | |
| 2. Poseo/Poseemos los siguientes bienes personales: | | | UBICACIÓN | VALOR | DEUDA | | | |
| A. Muebles para hogar (usados) | | | | | | | | |
| B. Muebles para hogar (no usados) | | | | | | | | |
| C. Casa remolque (casa móvil) | | | | | | | | |
| D. Joyería (distinta de anillos de bodas y compromiso, relojes o bisutería) | | | | | | | | |
| E. Equipamiento empresarial | | | | | | | | |
| F. Maquinaria agrícola | | | | | | | | |
| G. Granos para cultivo y productos agrícolas | | | | | | | | |
| H. Ganado | | | | | | | | |
| I. Reclamos de bienes en tribunal de sucesiones | | | | | | | | |
| J. Lotes funerarios | | | | | | | | |
| K. Otros (indíquelos): | | | | | | | | |

DECLARACIÓN Y EVALUACIÓN DE BIENES (CONTINUACIÓN)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|--------------------|-------------------------------|------------------|----------------|---------------------------|-------------------------------|--------|---------------------|--|--|
| NOMBRE DEL CÓNYUGE INTERNADO | | | | DCN | | | COUNTY USE ONLY | | | | |
| L. Indique todos los vehículos que usted o su cónyuge poseen o estén comprando (incluya automóviles, camionetas, vans, motocicletas, embarcaciones, vehículos recreativos, tractores, etc.). | | | | | | | EX-EMPT | EQUITY | HOW VERIFIED | | |
| MARCA | MODELO | AÑO | PROPIETARIO | VALOR | DEUDA | CÓMO SE USA EL VEHÍCULO | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 3. ESTOY/ESTAMOS COMPRANDO O POSEO/POSEEMOS BIENES INMUEBLES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI ELIGIÓ 'SÍ', LLENE LO SIGUIENTE; | | | | | | | | | | | |
| TIPO Y UBICACIÓN | ¿DE QUIÉN ES LA HIPOTECA? | NÚMERO DE PRÉSTAMO | TITULAR DE LA ESCRITURA | VALOR ACTUAL | MONTO ADEUDADO | ¿CÓMO SE USA? HOGAR/RENTA | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 3. POSEO/POSEEMOS SEGURO DE VIDA, PLANES FUNERARIOS DE PREPAGO O FONDOS PARA GASTOS FUNERARIOS. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI ELIGIÓ 'SÍ', LLENE LO SIGUIENTE; | | | | | | | | | | | |
| PERSONA ASEGURADA | NOMBRE DE LA EMPRESA | | | NÚMERO DE PÓLIZA | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| La proporción conyugal es la cantidad de activos no exentos que podrían ignorarse en las determinaciones iniciales de elegibilidad de beneficios del proveedor de cuidados de enfermería para el cónyuge internado durante este período continuo de internamiento. | | | | | | | TOTAL NON-EXEMPT ASSETS \$ | | SPOUSAL SHARE \$ | | |
| <p>Comprendo/Comprendemos que esta evaluación es válida para este período continuo de internamiento en una cama u hospital certificados por MO HealthNet.</p> <p>Comprendo/Comprendemos que no tenemos derecho a apelar la determinación del valor de los activos no exentos o la proporción conyugal hasta el momento en que el cónyuge internado solicite los beneficios del proveedor de cuidados de enfermería.</p> <p>Comprendo/Comprendemos que DEBEMOS notificar de inmediato a Family Support Division cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el cónyuge internado sea dado de alta del asilo u hospital; • cualquiera de los cónyuges muera; • nos divorciemos; • el cónyuge que vive en el hogar ingrese en un asilo u hospital durante 30 días o más. <p>Yo/Nosotros, los solicitantes o representantes mencionados anteriormente, juro/juramos solemnemente que comprendo/comprendemos clara y completamente las preguntas formuladas y que he/hemos respondido a cada pregunta a mi/nuestro leal saber y entender.</p> | | | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL CÓNYUGE INTERNADO | | FECHA | FIRMA DEL CÓNYUGE NO AFILIADO | | FECHA | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| TESTIGO | | FECHA | TESTIGO | | DATE | | EUGIBUTY SPECIALIST SIGNATURE | | DATE | | |
| | | | | | | | ▶ | | | | |
| TESTIGO | | FECHA | TESTIGO | | FECHA | | SUPERVISOR SIGNATURE | | DATE | | |
| | | | | | | | ▶ | | | | |
| <input type="checkbox"/> LA EVALUACIÓN NO FUE CONCLUIDA PORQUE | | | | | | | | | | | |