

ACUERDO DE CONSENTIMIENTO PARA EL FIDEICOMISO MAESTRO DE TERCERO DE SPECIAL NEEDS TRUST FOUNDATION

MEDIANTE LA FIRMA DEL DONANTE Y LA ACEPTACIÓN Y LA FIRMA DE SPECIAL NEEDS TRUST FOUNDATION, ESTE DOCUMENTO SERÁ LEGALMENTE VINCULANTE. SE LE RECOMIENDA PROCURAR ASESORAMIENTO PROFESIONAL INDEPENDIENTE ANTES DE FIRMAR.

Por el presente, el abajo firmante se inscribe en el "Contrato de Fideicomiso Maestro de Special Needs Trust Foundation" con fecha de 17 de enero de 1992, y lo adopta. Dicho contrato se incorpora al presente documento a modo de referencia, y se entrega una copia al Donante.

A. Todos los bienes transferidos al Fiduciario, de acuerdo con este Acuerdo de Consentimiento, serán mantenidos en una subcuenta y administrados y distribuidos según se dispone en este acuerdo y en el Contrato de Fideicomiso Maestro.

B. Número de subcuenta de fideicomiso: _____
(Asignado por la Compañía Fiduciaria)

C. INFORMACIÓN DEL DONANTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono (día): _____ (noche): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (dd/mm/aaaa) Número de Seguro Social ____ - ____ - ____

Relación con la persona con necesidades especiales: _____

Abogado de la familia: _____

Dirección del abogado: _____

Número de teléfono del abogado: _____

D. INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON NECESIDADES ESPECIALES

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono (día): _____ (noche): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (dd/mm/aaaa) Número de Seguro Social ____ - ____ - ____

Lugar de nacimiento: _____ Ciudadanía (país): _____

¿Cuenta la persona con necesidades especiales con la protección de un curador? Sí: ____ No: ____

En caso afirmativo, adjunte la documentación correspondiente.

Nombre del curador: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

1. ¿Recibe el beneficiario **Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)**?

Sí: ____ No: ____ En caso afirmativo, ¿qué monto recibe por mes? US\$ _____

2. ¿Recibe el Beneficiario **Seguro de Discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI)**?

Sí: ____ No: ____ En caso afirmativo, ¿qué monto recibe por mes? US\$ _____

3. ¿Recibe el Beneficiario **Beneficios para Sobrevivientes del Seguro Social**?

Sí: ____ No: ____ En caso afirmativo, ¿qué monto recibe por mes? US\$ _____

4. ¿Recibe el Beneficiario **Beneficios del Seguro Social**?

Sí: ____ No: ____ En caso afirmativo, ¿qué monto recibe por mes? US\$ _____

Si respondió sí a alguna de las preguntas anteriores, ¿quién es el **cobrador designado del Beneficiario**?

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

5. ¿Recibe el Beneficiario **Medi-Cal**?

Sí: ____ No: ____

6. ¿Recibe el Beneficiario **Exenciones de Medicaid?**

Sí: _____ No: _____

En caso afirmativo, especifique el (los) programa(s) en virtud del (de los) cual(es) el Beneficiario recibe beneficios:

En caso afirmativo, ¿cuál es el número de tarjeta de Medicaid del Beneficiario?

7. Si el Beneficiario recibe **otra Asistencia Gubernamental***, como **cupones de alimentos, SILP (Programa de Vida Independiente Garantizada), AFA (Familia Alternativa para Adultos), Supporting Living (Apoyo para Vivir), CHOICE (Opciones de Vivienda Comunitaria mediante Esfuerzos Cooperativos), ARCH, Section 8 (Artículo 8 de la Ley de Vivienda de los EE. UU.), etc., enumere estos beneficios e indique el nombre y la dirección del asistente social o la persona de contacto:**

*“Asistencia gubernamental” hace referencia a los servicios o la asistencia financiera que un gobierno local, estatal o federal, u organismo o departamento de dicho gobierno pagan o proporcionan de alguna otra manera a los beneficiarios elegibles o en nombre de ellos.

8. ¿Recibe el Beneficiario servicios de **San Diego Regional Center (Centro Regional de San Diego)?**

Sí: _____ No: _____

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre, número de identificación, dirección y número de teléfono del Asistente Social del Centro Regional del Beneficiario?

Nombre: _____ Número de identificación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

9. ¿Recibe el beneficiario servicios del **Departamento de Rehabilitación, Departamento de Salud Mental, Departamento de Servicios Sociales y/o Departamento de Servicios de Desarrollo (p. ej., el Centro Regional)**?

Sí: _____ No: _____

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre, número de identificación, dirección y número de teléfono del Asistente Social del Beneficiario?

Nombre: _____ Número de identificación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

10. ¿Tiene el beneficiario una **fente de ingreso adicional**?

Sí: _____ No: _____ Fuente de fondos adicional _____ Monto US\$ _____

E. DEFENSOR DEL BENEFICIARIO:

Un “Defensor del Beneficiario” es una persona que conoce al Beneficiario, en quien el Beneficiario confía y quien puede actuar como “asesor” prudente y responsable en relación con Special Needs Trust Foundation (SNTF). Esencialmente, un “Defensor del Beneficiario” actúa como enlace entre el Beneficiario y SNTF. El Defensor del Beneficiario comunica las necesidades y deseos del Beneficiario a SNTF y presenta efectivamente solicitudes de desembolso ante SNTF para su consideración. Los Defensores del Beneficiario son importantes tanto para el Beneficiario como para SNTF, porque proporcionan una visión más detallada sobre cómo la cuenta de fideicomiso del Beneficiario puede usarse de mejor manera para proporcionarle a este la mejor calidad de vida desde el punto de vista material. Un Beneficiario puede tener más de un defensor.

Enumere los Defensores del Beneficiario o las personas clave a continuación:

1. Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el Beneficiario: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

2. Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el Beneficiario: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

3. Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el Beneficiario: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

F. MÉTODO O FUENTE DE FONDOS

Indique el monto y el nombre si corresponde

1. Aprovisionamiento de fondos actual:**Monto****Nombre del Donante**

(a) La subcuenta del Fideicomiso se aprovisiona simultáneamente con la firma de este Acuerdo de Consentimiento, con los activos descritos en el Apéndice "A".

US\$ _____

2. Aprovisionamiento de fondos futuro:

(a) La subcuenta del fideicomiso se aprovisionará según lo que el Donante especifique en el:

Testamento	US\$		
Fideicomiso en vida	US\$		

(b) La subcuenta del fideicomiso se aprovisionará mediante un seguro de vida o de alguna otra manera, y el Fideicomiso Maestro de Special Needs Trust Foundation será designado como beneficiario primario.

US\$ _____

(c) El Donante podrá revocar cualquier futuro aprovisionamiento de fondos propuesto o designado durante su vida. El donante deberá notificar al Fiduciario cualquier revocación de inmediato.

(d) El titular de cada póliza que se torne pagadera al Fiduciario se reserva todos los derechos, opciones y privilegios conferidos al titular de acuerdo con los términos de las pólizas. La Aseguradora puede pagar al titular los beneficios por enfermedad, incapacidad o de otra índole y todos los dividendos que se acumulen en virtud de las pólizas durante la vida del asegurado.

(e) Al momento de la recepción de la constancia de fallecimiento de un asegurado, o en la fecha de vencimiento antes del fallecimiento del asegurado, y al recibir la titularidad de las pólizas, el Fiduciario deberá hacer todo lo posible para cobrar todos los montos pagaderos en virtud de ellas. Dichos montos, al momento de la recepción, formarán parte del capital de la subcuenta del fideicomiso, a excepción de los intereses pagados por la aseguradora, que se considerarán ingresos. El Fiduciario podrá, si así lo desea, ejercer cualquier opción de pago en virtud de esta póliza. El Fiduciario puede llegar a un acuerdo, acordar un arbitraje o realizar un arreglo de alguna otra manera con respecto a los reclamos en virtud de cualquiera de las pólizas. El recibo que emita el Fiduciario a la aseguradora será un descargo total, y la aseguradora no estará obligada a ocuparse de la aplicación de los beneficios.

(f) El fiduciario no será responsable de ningún acto u omisión del titular Donante en relación con ninguna póliza ni se le exigirá que inicie ninguna acción para cobrar ningún seguro ni que actúe como defensor en ninguna acción relacionada con ninguna póliza, a menos que reciba una indemnización que le resulte satisfactoria en cuanto al monto y la manera en que se otorga.

(g) Cuando fallezca un Donante asegurado, el Fiduciario deberá cobrar todos los beneficios de la póliza de seguro de vida que sean pagaderos al Fiduciario en calidad de beneficiario, como resultado del fallecimiento de dicho Donante. Sin embargo, el Fiduciario no deberá cobrar del acervo hereditario del Donante ni de ninguna otra persona ningún reembolso en virtud de todo préstamo asegurado por toda póliza de seguro. El Fiduciario tendrá la facultad de firmar y otorgar los recibos y demás instrumentos, para llegar a un acuerdo o realizar arreglos respecto de los reclamos controvertidos de manera tal, que a su juicio, parezca justo, y de tomar las medidas que, a su criterio, sean necesarias y adecuadas para cobrar los beneficios del seguro, y para pagar

los gastos del cobro utilizando fondos de la subcuenta del fideicomiso. Sin embargo, si el pago en virtud de una póliza es impugnado o rechazado, el Fiduciario no estará obligado a iniciar ninguna acción de cobro, a menos que cuente con una indemnización que, a su entera satisfacción, lo proteja contra cualquier pérdida, responsabilidad o gasto que pudiera surgir, incluidos los honorarios razonables de los abogados.

G. DISTRIBUCIONES POSTERIORES AL FALLECIMIENTO DE LA PERSONA CON NECESIDADES ESPECIALES:

1. Al momento del fallecimiento de la persona con necesidades especiales, si quedan activos en su subcuenta de fideicomiso independiente, un mínimo de, al menos, el veinticinco por ciento (25%) de los bienes restantes deberá distribuirse a Special Needs Trust Foundation (SNTF) y un mínimo de, al menos, el veinticinco por ciento (25%) de los bienes restantes se distribuirá a alguna de las organizaciones benéficas miembro participantes que brindan ayuda a personas con necesidades especiales según la designación del Donante*. Estas organizaciones incluyen solo aquellas que son miembros de la Junta de SNTF y SNTF. Puede obtenerse una lista actualizada de dichas organizaciones en la oficina de SNTF.

Las distribuciones se realizarán en los siguientes porcentajes y a las siguientes organizaciones y/o personas:

	Porcentaje	Nombre del Donante
Special Needs Trust Foundation (al menos el 25%)	_____	_____
Dirección: P. O. Box 1890		
Ciudad: Lakeside Estado: CA Código postal: 92040		Teléfono: 619-201-2672
Organización benéfica miembro (al menos el 25%)	_____	_____
Dirección _____		
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____		Número de teléfono _____
Nombre del Beneficiario _____		
Dirección _____		
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____		Número de teléfono _____
Nombre del Beneficiario _____		
Dirección _____		
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____		Número de teléfono _____
		TOTAL 100%

***Nota: Un donante no puede ser anotado como beneficiario.**

2. La participación para el fideicomisario nombrado en (F) (1) que no sobrevive al beneficiario vencerá y se distribuirá de manera proporcional a los fideicomisarios que se indican en la página 3 o, que de otro modo, se indican a continuación:

4. El Donante acusa recibo de las copias del Contrato de Fideicomiso Maestro y este Acuerdo de Consentimiento y reconoce que el Donante ha leído y entendido ambos instrumentos. El Donante acepta quedar obligado por sus términos.

Este Acuerdo de Consentimiento se firma el _____ de _____, 20 _____

en _____,

DONANTE

DONANTE

Aprobado y aceptado:

SPECIAL NEEDS TRUST FOUNDATION

Fecha _____

SPECIAL NEEDS TRUST FOUNDATION

Hoja de información

Obtener documento de C:/SNTF/SNTF Material/Joinder Info Sheet.xls.

DISCAPACIDAD(ES) Y EQUIPOS

Nombre _____

TIPO	EQUIPO Y/O USO		FUENTE DE FONDOS	
	SÍ	NO	SÍ	NO
VISUAL				
CEGUERA				
DETERIORO				
AUDITIVA				
SORDERA				
DETERIORO				
RETRASO MENTAL				
LEVE				
GRAVE				
PROFUNDO				
TRASTORNO PSIQUIÁTRICO				
ESQUIZOFRENIA				
TRASTORNO MANÍACO DEPRESIVO				
OTRO				
FÍSICO				
PARÁLISIS CEREBRAL				
TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO				
OTRO				

Escriba a continuación algunas pautas sugeridas para el uso de este Fideicomiso para Necesidades Especiales. ¿Qué deseos o sueños para la persona con necesidades especiales ve que se puedan cumplir con este dinero?

CARTA DE INTENCIÓN

La siguiente guía ayudará a la Junta de Special Needs Trust Foundation a cumplir sus deseos cuando tomemos futuras decisiones financieras. Es importante que converse con su familia para llegar a un acuerdo sobre lo que desean para el futuro. El detalle que se encuentra a continuación puede usarse como guía para tomar su decisión. **Indique 4 ó 5 preferencias en cada encabezado.** (Ejemplo: Residencial: 1.° opción: Vivir en un departamento con asistencia. 2.° Opción: Vivir en un hogar comunitario)

Residencia: *Si algo le sucediera mañana, ¿dónde vivirá su hijo o hija?*
____ Hogar comunitario _____
____ Departamento con asistencia _____
____ Hogar de un familiar _____
____ Otro _____

Educación: *Tiene una perspectiva de toda la vida de las capacidades de su hijo o hija. ¡Compártala!*

Empleo: *¿De qué disfruta su hijo o hija? Considere sus metas, aspiraciones, limitaciones, etc.*
____ Empleo grupal _____
____ Empleo individual _____
____ Empleo comunitario _____
____ Taller de industria ligera _____
____ Centro de cuidados diarios _____
____ Otro _____

Atención médica: *¿Qué ha funcionado y qué no ha funcionado con su hijo o hija? ¿Qué deben saber los futuros cuidadores?*

Social: *¿Qué actividades hacen que la vida tenga más sentido para su hijo o hija?*
____ Actividades favoritas _____
____ Organización de recreación comunitaria _____
____ Viajes _____
____ Otro _____

Religión: *¿Existe alguna iglesia, sinagoga o persona especial que su hijo o hija prefiera?*

También es muy importante que la Junta conozca a quién ha designado como defensor o tutor de su hijo o hija. Si no tiene familiares o ninguna persona a quien pueda designar, indique que desea que se utilice parte del dinero para contratar servicios fiduciarios privados.

Después de que complete todas las áreas de planificación de vida, **consigne su firma y la fecha en este importante documento.** Esta carta se conservará con sus documentos del fideicomiso para proporcionar a la Junta instrucciones para un futuro desembolso. Esta carta puede modificarse en cualquier momento en el futuro.

Nombre del Donante (en letra de imprenta) _____

Persona con necesidades especiales _____

Firma _____ Fecha _____