

**ACUERDO DE CONSENTIMIENTO
FIDEICOMISO MAESTRO AUTO-CREADO
DE SPECIAL NEEDS TRUST FOUNDATION**

EL PRESENTE ES UN DOCUMENTO LEGAL. LO ANIMAMOS A BUSCAR ASESORAMIENTO INDEPENDIENTE, PROFESIONAL ANTES DE FIRMAR.

El que suscribe por medio del presente se inscribe en y adopta el Fideicomiso Maestro Auto-creado de la Special Needs Trust Foundation (SNTF) con fecha 17 de marzo de 2006, el cual se incorpora al presente por referencia.

A. Número de sub-cuenta del Fideicomiso (Asignado por el Fideicomisario): _____

B. Información acerca del Beneficiario:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (diurno): _____ (nocturno): _____

F. de Nac.: ____/____/____ (dd/mm/aaaa) Número de Seguro Social ____ - ____ - ____

Incapacidad/Diagnóstico: _____

¿Tiene el Beneficiario Tutela Legal? Sí: _____ No: _____ Si responde sí, favor de adjuntar documentación.

Nombre del Tutor Legal: _____ Teléfono: _____

Dirección _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tipo de Facilidad/Residencia: _____

C. Beneficios Recibidos:

1. ¿El Beneficiario recibe **Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)**?
Sí: _____ No: _____ Si lo hace, ¿cuánto por mes? \$ _____

2. ¿El Beneficiario recibe **Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)**?
Sí: _____ No: _____ Si lo hace, ¿cuánto por mes? \$ _____

3. ¿El Beneficiario recibe **Beneficios Pagaderos a los Familiares del Seguro Social**?
Sí: _____ No: _____ Si lo hace, ¿cuánto por mes? \$ _____

4. ¿El Beneficiario recibe **Beneficios del Seguro Social**?
Sí: _____ No: _____ Si lo hace, ¿cuánto por mes? \$ _____

Si responde "sí" a alguna de las preguntas anteriores, ¿quién es el **Representante del Beneficiario**?

Nombre: _____ Teléfono #: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

5. ¿El Beneficiario recibe **Medi-Cal**?

Sí: _____ No: _____

6. ¿El Beneficiario recibe un Programa de **Exención de Medicaid**:

Sí: _____ No: _____

Si responde “Sí” especificar el/los programa(s) de exención conforme con los cuales el Beneficiario recibe beneficios:

7. Si el Beneficiario recibe **otra Ayuda del Gobierno ***, como **Cupones para Alimentos, SILP (programa de vida independiente supervisada), AFA (Familia Alternativa para Adultos), Supported Living (Apoyo para Vivir), CHOICE (Servicios de Vivienda Comunitaria), ARCH, Section 8 Housing**, etc., por favor, **liste estos beneficios y el nombre y la dirección del encargado del caso y/o de la persona de contacto aquí:**

*“Ayuda del Gobierno” significa aquellos servicios o ayuda económica pagados por o provistos de alguna otra manera por un gobierno local, estatal o federal o agencia o departamento del mismo a o a nombre de beneficiarios elegibles.

8. ¿El Beneficiario recibe servicios del **San Diego Regional Center**?

Sí: _____ No: _____

Si responde “Sí”, ¿cuál es el nombre, número de ID, la dirección y el número de teléfono del Trabajador Social del Regional Center del Beneficiario?

Nombre: _____ #ID: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____

9. ¿El Beneficiario recibe servicios del **Departamento de Rehabilitación, el Departamento de Salud Mental, el Departamento de Servicios Sociales, y/o Departamento de Servicios del Desarrollo (por ejemplo, Centro Regional)**?

Sí: _____ No: _____

Si responde “Sí”, ¿cuál es el nombre, número de ID, dirección y número de teléfono del Trabajador Social del Beneficiario?

Nombre: _____ #ID: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____

10. ¿El Beneficiario cuenta con una **fuentes adicionales de ingresos**?
Sí: _____ No: _____ Fuente de financiamiento adicional _____ Cantidad \$ _____

D. La cantidad a la cual se financiará la sub-cuenta es: \$ _____

Fuente de financiamiento original: _____

Financiamiento Adicional: \$ _____ Frecuencia: _____

Fuente de financiamiento adicional: _____

E. Defensor Beneficiario:

Un “Defensor Beneficiario” es un individuo que conoce al Beneficiario, en quien el Beneficiario confía, y que puede actuar como “asesor” cauto y responsable para The Special Needs Trust Foundation (SNTF). Esencialmente, un “Defensor Beneficiario” actúa como conexión entre el Beneficiario y SNTF. El defensor beneficiario comunica las necesidades y los deseos del Beneficiario a SNTF y realiza solicitudes de desembolso reales que SNTF considerará; los defensores beneficiarios son valiosos tanto para el Beneficiario como para SNTF porque proveen conocimientos acerca de cómo puede ser mejor utilizada la cuenta fiduciaria del Beneficiario para ofrecerle la mejor calidad de vida material posible. Un Beneficiario puede tener más de un defensor beneficiario.

Liste la persona o las personas claves a continuación:

1. Nombre: _____

Relación con el Beneficiario: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____

2. Nombre: _____

Relación con el Beneficiario: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____

3. Nombre: _____

Relación con el Beneficiario: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____

F. Distribuciones ante el fallecimiento del Beneficiario:

Si esta cuenta fiduciaria está financiada con el propio dinero del Beneficiario, la ley federal exige que todo el dinero no gastado que se encuentre en la cuenta en el momento en que se produzca el fallecimiento del Beneficiario sea utilizado para reembolsar al Estado(s) por servicios médicos recibidos hasta la cantidad total que el/los Estado(s) haya(n) gastado en servicios médicos para el Beneficiario durante toda la vida del Beneficiario. Si queda un saldo después de que el/los Estado(s) haya(n) sido reembolsado(s) (lo que es poco probable, a menos que el Beneficiario haya percibido beneficios de Medicaid sólo durante un breve período), dicho saldo será desembolsado de la siguiente manera:

Si el Beneficiario es un menor o es incompetente, el dueño residual serán los “herederos legítimos” de dicho individuo, según lo determine el Código Sucesorio de California.

1. Nombre: _____ **Porcentaje:** _____
Relación con el Beneficiario: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
Teléfono: _____

2. Nombre: _____ **Porcentaje:** _____
Relación con el Beneficiario: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
Teléfono: _____

3. Nombre: _____ **Porcentaje:** _____
Relación con el Beneficiario: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
Teléfono: _____

TOTAL 100%

Si la residencia del Beneficiario cambia de California a otro estado, las distribuciones cesarán hasta que puedan realizarse las disposiciones correspondientes a exclusivo criterio del Fideicomisario.

2. La participación de un dueño residual mencionado en (F)(1) que no sobreviva al Beneficiario caducará y se distribuirá prorrateada a los dueños residuales indicados en la página 3, o según se indica a continuación:

G. Cargo:

Se pagará un cargo de inscripción de \$1000.00 cuando se financie este sub-fideicomiso.

Se gravará un cargo anual de Fideicomisario sobre los fideicomisos financiados. Este cargo se determinará de acuerdo con el Tarifario adjunto.

Si el Beneficiario está sujeto a cargos adicionales, se adjuntará un listado de estos cargos a este Acuerdo de Consentimiento.

H. Disposiciones Varias:

Las disposiciones de este Acuerdo de Consentimiento podrán enmendarse de acuerdo con lo que Beneficiario y Fideicomisario acuerden conjuntamente, siempre que dicha enmienda esté en conformidad con el Fideicomiso Maestro Auto-creado de SNTF.

El presente Acuerdo de Consentimiento y el Fideicomiso Maestro Auto-Creado de SNTF podrán ser finalizados por el Fideicomisario ante la falta de pago de algún cargo requerido.

I. Impuestos:

1. El Beneficiario (o su representante legal y/o la persona clave) reconoce que las contribuciones al Fideicomiso Maestro Auto-Creado de SNTF no son deducibles como donaciones caritativas ni de otra manera
2. La renta de la sub-cuenta fiduciaria, ya sea pagada en efectivo o distribuida en otra propiedad, podrá estar sujeta a impuestos para el Beneficiario sujeto a deducciones y exenciones aplicables. Se anima al Beneficiario (o su representante legal y/o persona clave) a recibir asesoramiento de un profesional calificado experto en impuestos

EN VIRTUD DE LO CUAL, el Beneficiario que suscribe, o sus representantes legales o personas designadas, ha revisado y firmado este Acuerdo de Consentimiento, lo entiende y acepta estar obligado por sus términos, y el Fideicomisario ha aceptado y firmado el presente Acuerdo de Consentimiento este día _____ de _____ de 20 ____.

BENEFICIARIO

REP.LEGAL DEL BENEFICIARIO, CARGO
ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN DE
RESPALDO

Aprobado y aceptado:

FIDEICOMISARIO/Funcionario Corporativo de SNTF

FECHA

He asesorado al Beneficiario del fideicomiso para necesidades especiales, o su representante, en relación con las alternativas al establecimiento de un fideicomiso para necesidades especiales. Además, informaré el establecimiento de este fideicomiso para necesidades especiales a las agencias de gobierno que requieran notificación.

ABOGADO

FECHA

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____