

Special Needs Trust Foundation

353 E. Park Ave Suite 101 ♦

El Cajon, CA 92020

♦ (619) 790-4810

Fideicomiso de Primera Persona para Necesidades Especiales Divulgación de las limitaciones

Se me ha informado y comprendo la naturaleza de lo siguiente:

_____ Los cargos asociados a este fideicomiso, como se describen en el Acuerdo de Aceptación.

_____ Se me ha informado que la cuenta fiduciaria debe mantener un saldo mínimo no inferior a \$5.000 destinado al pago de los cargos finales, impuestos, presentaciones, etc. durante un período razonable antes de realizarse la distribución final en mi nombre.

_____ Se me ha recomendado obtener asesoramiento profesional sobre las consecuencias fiscales de los ingresos y/o ganancias de la sub-cuenta fiduciaria.

_____ Se me ha informado que el Fideicomiso Mancomunado Maestro es un fideicomiso suplementario que no puede desembolsar efectivo ni fondos para gastos de alimentación o vivienda sin afectar potencialmente mis beneficios gubernamentales. Los fondos se presupuestan para cosas suplementarias que, a discreción del fiduciario, sean apropiadas para las necesidades del beneficiario de la sub-cuenta.

_____ Se me ha informado que, si se desembolsan fondos para alimentos o vivienda, yo tendría que estar dispuesto a aceptar una reducción en el SSI, y que yo, o mi representante legal, tenemos la responsabilidad de reportar los fondos recibidos a Medi-Cal y SSI.

_____ A mi leal saber y entender, no hay gravámenes ni reclamos contra los fondos de la sub-cuenta fiduciaria.

_____ A mi leal saber y entender, cumplo con la definición de discapacitado de la Administración del Seguro Social.

_____ Se me ha informado que puedo ingresar a *Special Needs Trust Foundation* y que mi dinero será colocado en una cuenta mancomunada. He elegido esta opción libremente.

_____ Se me ha informado que mi Fideicomiso para Necesidades Especiales con *Special Needs Trust Foundation* es un fideicomiso irrevocable, y que el fideicomiso solo podrá ser cancelado de conformidad con las disposiciones de esta Declaración de Fideicomiso. Asimismo, se me ha informado que, si se cancela el fideicomiso, habrá que reembolsar un monto equivalente al monto total de la asistencia médica que el programa Medicaid haya pagado en mi nombre.

_____ Se me ha informado que *Special Needs Trust Foundation*, como Fiduciario, podrá, a su entera discreción, desembolsar los ingresos o el capital del fideicomiso para comprar bienes o servicios para mí, de conformidad con el propósito y objetivo de este Fideicomiso. Los desembolsos se realizarán de acuerdo a mis intereses y necesidades, teniendo en cuenta los servicios y recursos financieros que recibo de otras fuentes.

_____ Se me ha informado que *Special Needs Trust Foundation* tiene derecho a rechazar el Acuerdo de Aceptación.

_____ Reconozco haber recibido, leído, comprendido y completado el Fideicomiso Maestro de Primera Persona II, el Acuerdo de Aceptación y la Declaración de la Política de Inversión.

_____ Se me ha informado que los saldos de las cuentas fiduciarias inferiores a \$10.000 no se invertirán y serán conservados en una cuenta de caja.

Solo para los hispanoparlantes:

_____ Reconozco haber recibido una copia de la traducción al español, sin firmar, del Fideicomiso Maestro de Tercera Persona, Acuerdo de Aceptación y Declaración de la Política de Inversión, antes de completar y firmar una copia de estos documentos en inglés.

Firma del Beneficiario

Fecha

O del Representante Legal del Beneficiario _____

Indicar relación _____