

# Special Needs Trust Foundation

353 E. Park Ave Suite 101



El Cajon, CA 92040



(619) 790-4810

## ACUERDO DE ACEPTACIÓN

### FIDEICOMISO MAESTRO DE PRIMERA PERSONA II

ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL. USTED DEBE ESTAR REPRESENTADO POR UN ABOGADO.

Por el presente, el firmante se inscribe y adopta el Fideicomiso Maestro de Primera Persona II de *Special Needs Trust Foundation* (SNTF), que se incorpora al presente como referencia.

A. Números de las sub-cuentas fiduciarias (Asignados por el Fiduciario): EIN Caso No.

B. Datos del Beneficiario:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Tipo de institución/residencia: \_\_\_\_\_

¿El Beneficiario prevé algún cambio en su situación de vida para el próximo año?

\_\_\_\_\_

Teléfono (día): \_\_\_\_\_ (noche): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

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

Discapacidad/Diagnóstico/Medicación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Está el Beneficiario bajo tutela? Sí: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_ Si lo está, adjunte documentación.

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

**C. Otorgante:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Creado por: \_\_\_\_ Él mismo \_\_\_\_ Tutor \_\_\_\_ Tribunal \_\_\_\_ Padres \_\_\_\_ Abuelos

**D. Beneficios recibidos: Adjuntar las cartas de beneficios correspondientes.**

1. ¿El Beneficiario recibe **Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)**?  
Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si recibe, ¿cuánto por mes? \$ \_\_\_\_\_
2. ¿El Beneficiario recibe **Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)**?  
Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si recibe, ¿cuánto por mes? \$ \_\_\_\_\_
3. ¿El Beneficiario recibe **Beneficios de Discapacidad del Seguro Social para Sobrevivientes como Hijo Adulto Discapacitado (DAC, por sus siglas en inglés)**?  
Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si recibe, ¿cuánto por mes? \$ \_\_\_\_\_
4. ¿El Beneficiario recibe **Beneficios de Retiro del Seguro Social**?  
Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si recibe, ¿cuánto por mes? \$ \_\_\_\_\_

Si recibe alguno de estos beneficios, ¿quién es el **Representante del Beneficiario que recibe los pagos**, si tiene?

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

5. ¿El Beneficiario recibe **Medi-Cal**?  
Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_
6. ¿El Beneficiario recibe una **Exención de Medicaid**:  
Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si la recibe, especifique el o los programas bajo los cuales recibe los beneficios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿El Beneficiario recibe beneficios de Vivienda del Artículo 8?  
Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si los recibe, entonces las distribuciones regulares pueden incrementar su renta, mientras que las distribuciones irregulares no deberían.

8. Si el Beneficiario recibe otra Asistencia Gubernamental\*, como Vales para Alimentos, etc., por favor liste estos beneficios:

---

---

9. ¿El Beneficiario recibe beneficios del **Centro Regional de San Diego**?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si recibe, ¿cuál es el nombre, dirección y teléfono del Trabajador Social del Centro Regional destinado al Beneficiario?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene el Beneficiario una fuente de ingresos adicional?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Fuente de ingresos adicional: \_\_\_\_\_ Monto \$ \_\_\_\_\_

11. Beneficios pendientes:

¿Tiene el Beneficiario una solicitud de beneficios pendiente? \_\_\_\_\_

Si la tiene, ¿qué tipo de beneficios? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha los solicitó? \_\_\_\_\_

**E. El monto que se depositará en la sub-cuenta es: \$ \_\_\_\_\_**

Fuente de financiamiento original: \_\_\_\_\_

**Financiamiento adicional:** \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Fuente de financiamiento adicional: \_\_\_\_\_

Si los fondos adicionales provienen de una anualidad o acuerdo estructurado, por favor adjunte la documentación.

Información previa adicional (resumen de hechos que llevaron a la creación del fideicomiso para necesidades especiales):

---

---

---

**F. Defensor del Beneficiario:**

Un “Defensor del Beneficiario” es una persona que conoce al Beneficiario, en quien el Beneficiario confía y que puede actuar como “asesor” prudente y responsable de *The Special Needs Trust Foundation* (SNTF). Básicamente, el “defensor del beneficiario” actúa como nexo entre el Beneficiario y SNTF. El defensor del beneficiario comunica las necesidades y deseos del

Beneficiario a SNTF y solicita a SNTF la realización de un desembolso. Estos defensores son valiosos tanto para el Beneficiario como para SNTF porque pueden indicar de qué forma se puede hacer un mejor uso de la cuenta fiduciaria para que el Beneficiario tenga la mejor calidad de vida posible. Un Beneficiario puede tener más de un defensor al mismo tiempo y puede designar defensores sucesores para que actúen como tales cuando el defensor inicial no pueda o no quiera hacerlo. Los Beneficiarios competentes podrán actuar como sus propios defensores, pero deben nombrar al menos un defensor adicional.

**Liste los defensores del beneficiario abajo:**

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación con el Beneficiario: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_
2. Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación con el Beneficiario: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_
3. Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación con el Beneficiario: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**G. Distribuciones ante el fallecimiento del Beneficiario:**

Dado que esta cuenta fiduciaria es financiada con el propio dinero del Beneficiario, la ley federal exige que todo el dinero no gastado que quede en la cuenta al momento del fallecimiento del Beneficiario sea utilizado para reembolsar al Estado por los servicios médicos recibidos hasta el monto total que el Estado haya gastado en los servicios médicos proporcionados al Beneficiario a lo largo de su vida ("Reembolso de Medi-Cal"), en la medida en que el Estado tenga derecho a recibirlo, excepto por los montos retenidos por el Fideicomiso ("Remanente del Fideicomiso").

**1. Remanente del Fideicomiso**

El Beneficiario podrá determinar el monto a ser retenido por el Fideicomiso. La determinación podrá ser por una suma de hasta el 70% de los fondos restantes. Especifique el porcentaje a ser retenido por el fideicomiso abajo:

En caso de que el monto del Reembolso de Medi-Cal exceda los fondos que queden en la cuenta fiduciaria al momento del fallecimiento del Beneficiario, el Fideicomiso podrá retener el \_\_\_\_\_% de los fondos remanentes después del pago de los gastos autorizados.

En caso de que el monto del Reembolso de Medi-Cal sea menor que los fondos que queden en la cuenta fiduciaria al momento del fallecimiento del Beneficiario, el Fideicomiso podrá retener el \_\_\_\_\_% de los fondos remanentes después del pago de los gastos autorizados.

Si queda un saldo después de haber reembolsado al Estado, dicho saldo se distribuirá de la siguiente forma:

2. Beneficiario(s) sucesor(es)

- (a) SI EL BENEFICIARIO ES UN MENOR O ES INCOMPETENTE, LOS BENEFICIARIOS SUCESTORES SERÁN LOS “HEREDEROS LEGALES” DE DICHA PERSONA, SEGÚN LA DETERMINACIÓN DEL CÓDIGO SUCESORIO DE CALIFORNIA. DE LO CONTRARIO, LOS BENEFICIARIOS SUCESTORES SERÁN LOS SIGUIENTES:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ **Porcentaje:** \_\_\_\_\_  
Relación con el Beneficiario: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_
2. Nombre: \_\_\_\_\_ **Porcentaje:** \_\_\_\_\_  
Relación con el Beneficiario: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_
3. Nombre: \_\_\_\_\_ **Porcentaje:** \_\_\_\_\_  
Relación con el Beneficiario: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ TOTAL 100%

Si el Beneficiario prefiere no designar beneficiarios sucesores, las distribuciones se harán a los herederos legales del Beneficiario.

- (b) Si un Beneficiario Sucesor ha fallecido al momento de la distribución, los fondos que habría recibido serán pagados a sus descendientes, por derecho de representación. Si el Beneficiario Sucesor no tiene descendientes, entonces la distribución será prorrateada entre los beneficiarios sucesores restantes que estén vivos.
- (c) Si un Beneficiario Sucesor ha fallecido al momento de la distribución, las instrucciones especificadas a continuación prevalecerán sobre las disposiciones del inciso (b) anterior y la distribución final se realizará de acuerdo con el presente inciso (c):

---

---

---

**H. Obligaciones pendientes:**

Liste todos los préstamos, facturas, gravámenes, etc. pendientes (incluidas las necesidades médicas no satisfechas) que deban pagarse:

_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____

**I. Distribuciones previstas del fideicomiso:**

¿Qué distribuciones del fideicomiso prevé el Beneficiario para los próximos 12 meses?

_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____

**J. Cargos:**

1. Cargo de inscripción de \$1.000 por cada fideicomiso de primera persona creado, facturado al fideicomiso al momento del depósito.

2. Cargos administrativos anuales, de la siguiente forma:

- Las cuentas con un saldo inferior a \$10.000 no pagarán ningún cargo, con excepción del cargo de \$25 por cada cheque librado que supere a los tres cheques mensuales. (Si la cuenta está congelada o cerrándose, no se cobrará ese cargo).
- Las cuentas con un saldo de \$10.000 a \$120.000 pagarán un cargo de \$100 por mes.
- Las cuentas con un saldo superior a \$120.000 pagarán un cargo del 1% anual.

Los cargos administrativos se facturarán a cada fideicomiso en forma trimestral. Los cargos cubren el registro contable, el costo del desembolso de fondos, el reporte post-financiación a la Seguridad Social y al Departamento de Servicios de Salud, como lo exige la ley del estado, las comunicaciones con el beneficiario o su defensor y otros servicios generales.

3. Las comisiones por inversiones bancarias para cada fideicomiso serán, como mínimo, del 0,72% anual. El primero de cada mes, se facturará 1/12 parte del 0,72%. La comisión está sujeta a cambios. Si se elige la Opción 1 de Asignación de Activos, como se define en la Declaración de la Política de Inversión, no se cobrará comisión por las inversiones bancarias.

4. Ante la cancelación de la sub-cuenta, se deberá pagar un cargo por cancelación del 5% del remanente de la sub-cuenta. Este cargo cubre las funciones administrativas de SNTF en relación con la cancelación de la sub-cuenta.

**K. Enmienda:**

Las disposiciones de este Acuerdo de Aceptación podrán ser enmendadas por común acuerdo del Beneficiario, o su Defensor, y el Fiduciario, siempre que la enmienda sea consistente con el Fideicomiso Maestro de Primera Persona II de SNTF.

**L. Impuestos:**

1. El Beneficiario (o su representante legal y/o Defensor del Beneficiario) aceptan que los aportes al Fideicomiso Maestro de Primera Persona II de SNTF no serán deducibles como donaciones benéficas ni de ninguna otra forma.
2. Los ingresos de las sub-cuentas, ya sea pagados en efectivo o distribuidos en otros bienes, podrán ser imponibles para el Beneficiario sujeto a las exenciones y deducciones aplicables. Se recomienda al Beneficiario (o a su representante legal y/o Defensor) consultar con un profesional en materia fiscal. Las declaraciones fiscales anuales, si fuera solicitado, serán preparadas por un contador público matriculado. El cargo por dicha preparación y las deudas fiscales relacionadas serán facturadas al fideicomiso.

EN FE DE LO CUAL, el Beneficiario firmante, o su representante legal o designado, han leído y firmado el presente Acuerdo de Aceptación, lo comprenden y aceptan cumplir con sus términos, y el Fiduciario ha aceptado y firmado este Acuerdo de Aceptación a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
REP. LEGAL DEL BENEFICIARIO, CARGO  
ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO

**Aprobado y aceptado por:**

\_\_\_\_\_  
FIDUCIARIO/Funcionario Corporativo de SNTF

\_\_\_\_\_  
FECHA

He asesorado al beneficiario del fideicomiso para necesidades especiales, o a su representante, sobre las alternativas a la creación de un fideicomiso para necesidades especiales. Asimismo, notificaré la creación de este fideicomiso para necesidades especiales a los organismos gubernamentales que deban ser notificados.

\_\_\_\_\_  
ABOGADO

\_\_\_\_\_  
FECHA

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Se adjuntas copias de los siguientes documentos del Beneficiario:**

- ☐ Cartas de elegibilidad del beneficiario
- ☐ Credenciales de elegibilidad del beneficiario
- ☐ Licencia de conductor estatal/Documento de identidad
- ☐ Credencial del Seguro Social
- ☐ Certificado de nacimiento y/o pasaporte

- ☐ Otra documentación de beneficios o identificación pertinente
- ☐ Copia de la anualidad o acuerdo estructurado, si corresponde