

Apéndice de la Solicitud para Clientes en Asilos

Nombre: _____ N° de Caso: _____ N° PID: _____

N° de Seguro Social: _____ Nombre del Asilo: _____

Fecha de Internación: _____ Fechas de Cobertura por Medicare: _____

- Sí No 1. ¿Tiene planeado salir del asilo dentro de 6 meses?
- Sí No 2. ¿Estaba en el hospital u otra institución antes de su ingreso a este asilo?
Si respondió "Sí", ¿Cuál es el nombre de la institución? _____
Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Alta: _____
- Sí No 3. ¿Está Medicare pagando por algunos de sus días en el asilo?
Si respondió "Sí", ¿En qué fechas? _____
- Sí No 4. ¿Está la Administración de Excombatientes (V.A.) pagando por el asilo?
Si respondió "Sí", ¿En qué fechas? _____
- Sí No 5. ¿Tiene cualquier otra ayuda para pagar por el asilo?
Si respondió "Sí", por favor explique: _____
- Sí No 6. ¿Ha cambiado su estado civil desde que se internó en el asilo?
Si respondió "Sí", por favor explique: _____
7. ¿Dónde vivía antes de ingresar al asilo?
Dirección: _____
- Sí No 8. ¿Es usted dueño de una casa o mantiene un interés por beneficio de propiedades de por vida en una casa?
Si respondió "Sí", ¿Quién vive en la casa? _____
Parentesco con ellos: _____
- Sí No 9. ¿Tiene la intención de volver a su casa?
- Sí No 10. ¿Vive en su casa o tiene un cónyuge o dependiente que vive en su casa?
Si respondió "Sí", llene la información abajo:

Renta o Hipoteca: \$ _____ Seguro de Dueño de Casa*: \$ _____ Servicios Públicos: \$ _____

Segunda Hipoteca: \$ _____ Impuestos a Propiedad*: \$ _____ Renta de Lote de Casa Remolque: \$ _____

Tarifas de Condominio: \$ _____ * si no se incluye en la hipoteca o en depósito en garantía (escrow)

- Sí No 11. ¿Hay alguien que le ayude a usted, su cónyuge o dependiente a pagar estas cuentas?
Si respondió "Sí", ¿Con cuánto le ayudan? \$ _____
- Sí No 12. ¿Ya sea usted o su cónyuge han poseído o poseído en conjunto cualquiera de los siguientes en los últimos 60 meses?

Bienes	Sí/No	Valor	Fecha en que artículo se vendió o transfirió	Cantidad Recibida	¿Todavía recibe dinero de la transferencia? Cantidad y Frecuencia
Dinero en Efectivo					
Cuenta IRA/KEOGH					
Cuenta de Activos Financieros					
Plan Funerario Pre-pagado					
Lotes Funerarios					
Acciones y Bonos					
Casa					
Derechos Minerales o de Terrenos					
Edificios					
Propiedad de Tiempo Compartido					
Inversiones en Compañías de Agua o Acciones de Incentivo en Compañía					

Bienes	Sí/No	Valor	Fecha en que artículo se vendió o transfirió	Cantidad Recibida	¿Todavía recibe dinero de la transferencia? Cantidad y Frecuencia
Arriendos en Petróleo o Gas					
Ganado					
Vehículos Recreacionales					
Contratos de Venta					
Otros: _____					

Favor de enviar este formulario a:

Dept. of Workforce Services, P.O.Box 143245, SLC, UT 84114-3245
o por FAX al 1-801-526-9500 o al N° de FAX gratis: 1-877-313-4717.

Programa/Empleador No Discriminatorio

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al 801-526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah). Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.