



**Artículos requeridos para su Solicitud de Cuidado Médico a Largo Plazo / Cuidado en el Hogar**

**RETENGA LAS PÁGINAS 1 Y 2 PARA SU CONSTANCIA**

Si usted no está recibiendo ya Cuidado Médico a Largo Plazo o Cuidado en el Hogar a través del Departamento de Servicios sociales, necesitamos los artículos indicados abajo para procesar su solicitud. Envíe copias, **no envíe originales**. En algunos casos, podríamos pedir más documentos que los indicados abajo. En tal caso, le daremos más tiempo para enviarnoslos. Si usted no tiene los documentos requeridos, o si necesita ayuda para conseguirlos, comuníquese con el DSS por ayuda.

**NO ESPERE PARA HACER LA SOLICITUD**

Si no tiene copias de todos los documentos indicados, envíenos los que tenga al someter la solicitud. Es importante que haga la solicitud lo más pronto posible. Le daremos más tiempo para enviar los otros documentos que necesitamos.

Cada mes usted tendrá que pagar una parte de su ingreso al hogar de enfermería; esto se llama ingreso aplicado. Un(a) solicitante casado(a) podría dar parte de su ingreso a su cónyuge en la comunidad. Los siguientes artículos se necesitan para tomar dicha determinación:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ingreso bruto mensual del cónyuge | <input type="checkbox"/> Factura de impuesto de la propiedad |
| <input type="checkbox"/> Cuotas de condominio              | <input type="checkbox"/> Renta / Alquiler                    |
| <input type="checkbox"/> Pago de hipoteca                  | <input type="checkbox"/> Cuenta de luz                       |
| <input type="checkbox"/> Cantidad de renta de lote         | <input type="checkbox"/> Seguro de propietario de casa       |

Los siguientes documentos se necesitan de usted y de su cónyuge para determinar si usted es elegible para Cuidado Médico a Largo Plazo o Cuidado en el Hogar a través del DSS:

La ley federal requiere que DSS revise 5 años de extractos de cuentas de bancarias y estados financieros de todas las cuentas de propiedad y copropiedad de usted y su cónyuge. DSS hace esto revisando 2 años completos de extractos de cuenta desde la fecha de la solicitud incluyendo el mes corriente y los extractos de cuenta de diciembre de los 3 años restantes indicando los intereses del año hasta la fecha. Si usted no puede proporcionar los extractos de cuenta de los 3 años restantes, puede proporcionar sus declaraciones de impuestos federales. Adicionalmente tendrá que explicar cualesquier depósitos o retiros de \$5,000.00 ó más.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acciones   | <input type="checkbox"/> Bonos                    |
| <input type="checkbox"/> Fondos de mercado monetario  | <input type="checkbox"/> Certificados de depósito |
| <input type="checkbox"/> Fondos mutuos, de Tesorería Pública y otras notas  | <input type="checkbox"/> Cuentas de IRA y Keogh   |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de jubilación  |   |
| <input type="checkbox"/> Anualidades (una copia del contrato de anualidad original además de los extractos de cuenta) |   |
| <input type="checkbox"/> Fondos fiduciarios   |   |

Ingreso bruto mensual actual de todas las fuentes incluyendo:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro Social  | <input type="checkbox"/> Retiro de ferrocarril |
| <input type="checkbox"/> Pensiones de la VA   | <input type="checkbox"/> Pensiones privadas    |
| <input type="checkbox"/> Anualidades (una copia del contrato de anualidad original además de los extractos de cuenta) |  |



- El valor nominal y efectivo de Pólizas de Seguro de Vida (estado de cuenta anual actual)
- Contratos de sepultura (irrevocable y revocable)
- Títulos de parcela de sepultura
- Documentos de usufructo vitalicio
- Pagarés de derecho privado
- Documentos de hipoteca revertida - extractos de cuenta mensuales/trimestrales se requieren para la mira atrás de 60 meses
- Títulos de compra de bienes raíces/ títulos de garantía
- Documentos de renuncia a título
- Fondos fiduciarios y anualidades (incluyendo apéndices, listas de tasas, balances contables anuales, y enmiendas en los últimos 5 años)
- Tarjetas de seguro médico privado incluyendo Medicare (copia de ambos lados)
- Tarifas de prima de seguro médico
- Una copia del certificado de defunción de su cónyuge, testamento y documento de inventario testamentario si su cónyuge falleció en los últimos 5 años.
- Una copia de su acta de divorcio si usted se divorció en los últimos 5 años.
- Documentos de poder notarial o de curador administrativo (si alguno)

**El límite de recursos para Cuidado a Largo Plazo y Cuidado en el Hogar a través de Medicaid es \$1600.00. Usted no calificará para la asistencia en cualquier mes en el cual sus recursos excedan \$1600.00.**

**Si usted está en una facilidad de enfermería, debe estar pagando a la facilidad de enfermería durante el proceso de solicitud. Contacte a la oficina de negocios de su facilidad para averiguar lo que hay pagadero a la facilidad durante este plazo de tiempo.**

**Continúe, contestado todas las preguntas en la solicitud adjunta.**

**Adjunte hojas adicionales si necesita más espacio para completar la solicitud. Por favor asegúrese de incluir su nombre, número de cliente del DSS o su número de seguro social en cada hoja adicional.**



Estado de Connecticut  
 Departamento de Servicios Sociales  
 Solicitud de Cuidado a Largo Plazo/Exención

Cliente N° ID

W-1 LTCS (New 07-2013)  
 Page 3 of 21

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE  Esta sección es para nuestro personal. Siga a la Sección A.	Worker's Name: _____ Application Date: _____ Office: _____ Programs Applied for or receiving: _____ Assistance Unit IDs and Client IDs: _____
--	--

**SECCIÓN A – INFORMACIÓN DE SOLICITANTE:** Infórmenos sobre usted

Estoy solicitando:  Cuidado en una facilidad  Cuidado en el hogar

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_ (Jr., Sr., etc.)  
 Apellido de soltera u otro apellido \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: Si tiene un número de Seguro Social, indíquelo aquí.  
 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Femenino

Estado civil:  Nunca casado(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  
 (Marque uno)  Viudo(a), fecha de defunción de su cónyuge: \_\_\_\_\_

Si está casado(a), por favor indique el nombre de su cónyuge:  
 Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_ Apellido de soltera u otro apellido \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (Jr., Sr., etc.)

¿Es usted residente de Connecticut?  
 Sí  No

¿Ciudadano de E.U.?  Sí  No En caso de "No" llene la SECCIÓN E – CONDICION MIGRATORIA, abajo.

¿Cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_  
 ¿Necesita un intérprete?  Sí  No

¿Tiene alguna discapacidad?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿necesita un acomodo o ayuda especial para hacer la solicitud debido a su discapacidad?  
 Sí  No ¿Qué tipo de acomodo o ayuda especial necesita usted?  
 \_\_\_\_\_

Origen étnico: ¿Es usted hispano o latino? Opcional  Sí  No Raza :  Indígena americana  Asiática  
 Indígena de Alaska/esquimal  Negra/ascendencia africana  
 Blanca

**Usted no tiene ninguna obligación de indicar la raza u origen étnico; sin embargo, su cooperación ayudará a determinar el cumplimiento con la ley federal de derechos civiles. Si no desea dar esta información, no afectará en absoluto la consideración de su solicitud. Tenemos la autorización de pedir esta información bajo el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964.**



**SECCIÓN B – DIRECCIÓN ACTUAL de su HOGAR o INSTITUCIÓN/FACILIDAD DE CUIDADO A LARGO PLAZO:**  
 Infórmenos acerca de su hogar o la Facilidad de Cuidado a Largo Plazo, si reside en uno.

¿Cuál es la dirección de su hogar?

Calle \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

N° de teléfono \_\_\_\_\_ N° celular \_\_\_\_\_

¿Es esta su dirección postal?  Sí  No Si respondió "No", indique su dirección postal.

¿Es usted o su cónyuge propietario de su casa?  Sí  No  
 En caso negativo, ¿tiene uso de por vida de la propiedad?  Sí  No

Si vive en una facilidad, ¿cuál es el nombre de la facilidad? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la dirección de la facilidad?

Calle \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

¿En qué fecha entró usted en la facilidad? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SECCIÓN C – DIRECCIONES ANTERIORES:** Si ha residido en su dirección actual durante menos de cinco años, díganos dónde ha vivido anteriormente.

Calle \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

¿Era usted o su cónyuge propietario de esta casa?  Sí  No

Calle \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

¿Era usted o su cónyuge propietario de esta casa?  Sí  No

**SECCIÓN D –REPRESENTANTE(S) AUTORIZADO(S):** ¿Autoriza usted que alguien le represente en esta solicitud?  Sí  No ¿Está usted haciendo esta solicitud como representante de otra persona?  Sí  No  
 Si respondió "Sí" a cualquiera de estas preguntas, llene la sección abajo. Esta(s) persona(s) recibirá(n) correspondencia del departamento en relación con su solicitud y podrán comunicarse con el departamento en relación con la solicitud de usted.

Nombre _____	Apellido _____	Sufijo _____ (Jr., Sr., etc.)
--------------	----------------	----------------------------------

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_



**SECCIÓN D REPRESENTANTE(S) AUTORIZADO(S):** (continuación)

Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
 Celular \_\_\_\_\_  
 Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_

Tipo de Representante: **Envíe comprobación**  
 Curador Administrativo  
 Poder Notarial  
 Tutor

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (Jr., Sr., etc.)  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
 Celular \_\_\_\_\_  
 Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_

Tipo de Representante: **Envíe comprobación**  
 Curador Administrativo  
 Poder Notarial  
 Tutor

**SECCIÓN E – CONDICIÓN MIGRATORIA (PARA NO CIUDADANOS SOLAMENTE)**

**ENVÍE COMPROBACIÓN** Envíe una copia del anverso y reverso de su tarjeta de inmigración u otro documento de inmigración.

¿Cuál es su condición de USCIS? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha recibió usted su condición? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Tiene usted un patrocinador?  Sí  No

Nombre y dirección del patrocinador: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su país de origen? \_\_\_\_\_

¿Cuándo entró usted a los Estados Unidos? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Cuál es su número de USCIS? \_\_\_\_\_

Si usted es un refugiado, indique su Agencia de Reasentamiento de Refugiados:

\_\_\_\_\_

**SECCIÓN F – SERVICIO MILITAR / INFORMACIÓN DE VETERANO:**

¿Ha servido usted o su cónyuge en las fuerzas armadas de los EEUU?  Sí  No

¿Se ha calificado a usted con una discapacidad relacionado con el servicio?  Sí  No

Nombre del Veterano	Relación con el Veterano	Estado de Veterano	N° de Servicio Militar
_____	_____	_____	_____



Estado de Connecticut  
 Departamento de Servicios Sociales  
 Solicitud de Cuidado a Largo Plazo/Exención

Cliente N° ID

W-1 LTCS (New 07-2013)  
 Page 6 of 21

**SECCIÓN G – SEGURO MÉDICO:** Si tiene seguro, complete esta sección. En caso afirmativo, para cualquier seguro aparte de Medicare, DSS enviará a usted un formulario W-1685 para que lo llene, el cual hace preguntas más específicas acerca de su seguro médico.

**ENVÍE COMPROBACIÓN** Envíe una copia del anverso y reverso de su(s) tarjeta(s) de seguro y comprobación de las tarifas de prima que usted paga.

		Importe de prima	Fecha efectiva
¿Recibe usted Medicare Parte A?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
¿Recibe usted Medicare Parte B?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
¿Recibe usted Medicare Parte D?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____
¿Tiene usted un Plan Medicare Advantage?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$ _____	_____

El tal caso, indique su Número de Reclamo de Medicare: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted otro seguro médico/de hospitalización como por ejemplo Blue Cross/Blue Shield, Organización de Mantenimiento de Salud (HMO) o cobertura a través de un sindicato?  Sí  No

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de sindicato: \_\_\_\_\_

Número del sindicato local: \_\_\_\_\_

N° de Póliza/Reclamo	N° de Grupo	Fechas Efectivas	Importe de Prima
_____	_____	De: _____ Hasta: _____	\$ _____

¿Tiene usted Seguro de Cuidado a Largo Plazo (cobertura que paga cuidado de hogar de enfermería, cuidado de adulto en el día, centro de vida asistida o cuidado en el hogar) el cual es seguro aparte de su seguro médico/de hospitalización?  Sí  No

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

N° de Póliza/Reclamo	N° de Grupo	Fechas Efectivas	Importe de Prima
_____	_____	De: _____ Hasta: _____	\$ _____

En tal caso, ¿está aprobada la póliza de Cuidado a Largo Plazo bajo el programa *Connecticut Partnership for Long-Term Care* (Colaboración para Cuidado a Largo Plazo de CT) (la primera página de la póliza indicará si la póliza está aprobada bajo la Connecticut Partnership y proporciona Protección de Bienes bajo Medicaid)?  
 Sí  No En caso afirmativo, proporcione una copia del contrato, el reporte de protección de bienes o el reporte de resumen de servicios.



Estado de Connecticut  
 Departamento de Servicios Sociales  
 Solicitud de Cuidado a Largo Plazo/Exención

Cliente N° ID

W-1 LTCS (New 07-2013)

Page 7 of 21

**SECCIÓN H – SUS BENEFICIOS Y OTROS INGRESOS:** Infórmenos acerca de cualesquier ingresos o beneficios que usted está recibiendo, que ha solicitado, o que se les hayan sido negados.

**ENVÍE COMPROBACIÓN** Someta copias actuales de extractos de cuenta que demuestren la cantidad bruta de los ingresos que usted recibe, aparte del Seguro Social.

<u>Tipo de Beneficio o Ingreso</u>	<u>¿Recibiendo el Ingreso o Beneficios?</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Condición de Solicitud</u>	<u>Fecha de Solicitud o Fecha de Negación</u>
Seguro Social N° de reclamo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
SSI (Seguro de Ingreso Suplementario) N° de reclamo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficio de neumoconiosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión/Beneficios de Veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión o Retiro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión de Servicio Civil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios de Retiro de Ferrocarril N° de reclamo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión Alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Compensation de Trabajador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios de Discapacidad /Enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios de Sindicato	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios de Desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Sumas Globales en Efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ingresos por alquiler	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Compensación de una resolución jurídica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			



Estado de Connecticut  
Departamento de Servicios Sociales  
Solicitud de Cuidado a Largo Plazo/Exención

Cliente N° ID

W-1 LTCS (New 07-2013)  
Page 8 of 21

**SECCIÓN I – RECURSOS:** Infórmenos acerca de sus recursos. Marque Sí o NO para cada TIPO DE RECURSO. Si marca Sí llene las otras casillas. Anote todos los recursos de propiedad de usted o de su cónyuge individualmente, conjuntamente, o con otras personas. Si tiene más de un recurso del mismo tipo, por favor adjunte una hoja adicional.

**ENVÍE COMPROBACIÓN** Envíe copias de extracto de cuenta que verifiquen el valor de los recursos.

<u>Tipo de Recurso</u>	<u>Marque uno</u>	<u>Propietario</u>	<u>Cantidad</u>	<u>N° de Cuenta</u>	<u>Nombre de Institución</u>
Efectivo disponible	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Cuenta de Cheques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Cuenta de Ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Certificado de Depósito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Cuenta de Unión de Crédito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Cuenta de Fondos de Residente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Fondos de Mercado Monetario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Fondos Mutuos, de Tesorería y otras notas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Cuenta de IRA o Keogh	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Acciones y/o Bonos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Anualidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Fondo Fiduciario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Propiedad de una Compañía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Nota Promisoria / Hipotecaria o Contratos a Plazos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		

¿Ha pagado usted una tarifa de ingreso a una Comunidad de Retiro de Cuidado Continuo (CRCC)?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿las tarifas pueden utilizarse para pagar su cuidado?  Sí  No  
 ¿Puede emitirse un reembolso en caso de fallecimiento o al salirse de la CRCC?  Sí  No





Estado de Connecticut  
Departamento de Servicios Sociales  
Solicitud de Cuidado a Largo Plazo/Exención

Cliente N° ID

W-1 LTCS (New 07-2013)  
Page 9 of 21

SECCIÓN I – RECURSOS: (continuación)	<u>Propietario</u>	<u>Valor</u>	<u>Marca</u>	<u>Cantidad adeudada</u>
Auto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		\$
Vehículo de Recreo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		\$

**SECCIÓN J – OTROS BIENES:** Infórmenos acerca de cualesquier otros bienes de propiedad de usted y bienes de propiedad conjunta con otras personas. Esto podría incluir colecciones de antigüedades, monedas, joyas o estampillas, el contenido de una caja de seguridad, pinturas, etc.  Sí  No

**ENVÍE COMPROBACIÓN** Envíe extractos de cuenta o documentos que establezcan el valor justo del mercado del/de los bien(es).

Tipo de Bien	Valor Justo del Mercado Actual	Dueño
	\$	
	\$	

**SECCIÓN K – RECURSOS O INGRESOS ANTICIPADOS:** Infórmenos acerca de cualquier compensación por un accidente, fondo fiduciario, herencia, o cualquier otro dinero, propiedad inmueble, que usted anticipa recibir.

**ENVÍE COMPROBACIÓN** Envíe extractos de cuenta o documentos que describan la naturaleza, la cantidad y el programa de pago del activo o ingreso anticipado.

Tipo de Ingreso o Activo	Nombre y número de teléfono de Abogado
Fecha anticipada de recibo: _____	

**SECCIÓN L – SEGURO DE VIDA Y PLANES DE FUNERARIOS:** Infórmenos sobre cualesquier seguros de vida o planes o fondos de sepultura prepagada que usted tenga. Anote todas las pólizas y fondos sin importar quién los pague.

**ENVÍE COMPROBACIÓN** Envíe una copia de la página de declaración de cada póliza y copias de extractos de cuenta actual para mostrar el valor en efectivo de cada póliza o el contrato de fideicomiso de funeral, si es aplicable.

Valor Nominal Original o Valor de la Póliza o Plan	Valor en Efectivo	Tipo de Plan	Número de Póliza o Número de Cuenta	Dueño de la Póliza	Nombre de la Compañía, Funeraria o Banco
		<input type="checkbox"/> Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Contrato Funerario			
		<input type="checkbox"/> Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Contrato Funerario			



Estado de Connecticut  
 Departamento de Servicios Sociales  
 Solicitud de Cuidado a Largo Plazo/Exención

Cliente N° ID

W-1 LTCS (New 07-2013)  
 Page 10 of 21

**SECCIÓN M – PROPIEDAD INMUEBLE:** Infórmenos sobre cualquier propiedad inmueble que usted tenga dentro o fuera de Conn.

**ENVÍE COMPROBACIÓN** Envíe una copia de las escrituras de cada propiedad.

¿Tiene usted y/o su cónyuge propiedad o tiene interés legal/ usufructo vitalicio en alguna propiedad inmueble?  Sí  No  
 En tal caso, conteste las siguientes preguntas y adjunte una copia de los documentos de usufructo vitalicio.

<u>Dirección de la propiedad</u>	<u>Tipo de Propiedad</u>	<u>Vlor Justo de Mercado Actual</u>	<u>Cantidad Actual Adeudada</u>
	<input type="checkbox"/> Residencia principal <input type="checkbox"/> Usufructo vitalicio <input type="checkbox"/> Propiedad de alquiler <input type="checkbox"/> Propiedad vacacional <input type="checkbox"/> Propiedad compartida <input type="checkbox"/> Terreno vacacional <input type="checkbox"/> Otros derechos de propiedad <input type="checkbox"/> Parcela de sepultura		
	<input type="checkbox"/> Residencia principal <input type="checkbox"/> Usufructo vitalicio <input type="checkbox"/> Propiedad de alquiler <input type="checkbox"/> Propiedad vacacional <input type="checkbox"/> Propiedad compartida <input type="checkbox"/> Terreno vacacional <input type="checkbox"/> Otros derechos de propiedad <input type="checkbox"/> Parcela de sepultura		
	<input type="checkbox"/> Residencia principal <input type="checkbox"/> Usufructo vitalicio <input type="checkbox"/> Propiedad de alquiler <input type="checkbox"/> Propiedad vacacional <input type="checkbox"/> Propiedad compartida <input type="checkbox"/> Terreno vacacional <input type="checkbox"/> Otros derechos de propiedad <input type="checkbox"/> Parcela de sepultura		

¿Tiene usted una hipoteca revertida, línea de crédito sobre el capital acumulado de la casa u otro plan de conversión de capital en cualquiera de los bienes indicados arriba?  Sí  No  
 En tal caso, por favor adjunte una copia de la nota y/o el acuerdo de reembolso.



Estado de Connecticut  
 Departamento de Servicios Sociales  
 Solicitud de Cuidado a Largo Plazo/Exención

Cliente N° ID

W-1 LTCS (New 07-2013)  
 Page 11 of 21

**SECCIÓN N – TRANSFERENCIA DE ACTIVOS:** ¿Ha vendido, intercambiado, regalado o transferido usted (o su cónyuge) cualquier propiedad inmueble, vehículos, acciones, bonos, dinero en efectivo, u otros activos en los últimos 5 años?  
 Sí  No ¿Usted (o su cónyuge) ha tenido activos transferidos a través de la corte testamentaria/ corte de sucesiones dentro o fuera del estado en los últimos 5 años?  Sí  No

**ENVÍE COMPROBACIÓN** Envíe copias de extractos de cuenta actuales o documentos que muestren la fecha cuando se transfirió el activo, el valor del activo en el momento de la transferencia, y la cantidad que usted recibió por el activo transferido. (Adjunte una página adicional si se necesita)

Fecha de transferencia	Tipo de activo transferido	Valor del activo en el momento de transferencia	Quién recibió el activo, y razón por la transferencia	Cantidad recibida
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

¿Ha cerrado usted (o su cónyuge) algún tipo de cuenta durante los últimos 5 años?  Sí  No En tal caso, incluya el nombre y la dirección del banco o institución financiera, el número de la cuenta y la fecha cuando se cerró.

¿Ha cerrado usted u otra persona una cuenta conjunta de cualquier tipo durante los últimos 5 años?  Sí  No En tal caso, incluya el nombre y la dirección del banco o institución financiera, el número de la cuenta y la fecha cuando se cerró.

¿Ha establecido usted (o su cónyuge) un fideicomiso o ha financiado un fideicomiso con ingreso o propiedad de cualquier tipo en los últimos 5 años?  Sí  No

¿Es usted beneficiario de un fideicomiso?  Sí  No

En caso de responder Sí a cualquiera de las preguntas, proporcione los detalles. (Adjunte una hoja adicional si es necesario). Incluya una copia del fideicomiso.



**SECCIÓN N – TRANSFERENCIA DE ACTIVOS:** (continuación)

Si transfirió activos en los últimos 5 años a cambio de algo aparte de efectivo, conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Vivió usted con la persona a quien transfirió el(los) activo(s) sin interrupción durante por los menos dos años antes de su admisión a la facilidad de enfermería?  Sí  No
2. ¿Cuáles actividades del diario vivir podía realizar usted durante este tiempo?

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bañarse     | <input type="checkbox"/> Usar el baño             |
| <input type="checkbox"/> Vestirse    | <input type="checkbox"/> Asearse                  |
| <input type="checkbox"/> Caminar     | <input type="checkbox"/> Controlar los esfínteres |
| <input type="checkbox"/> Alimentarse | <input type="checkbox"/> Transferirse             |

3. Si no podía hacer alguna(s) actividad(es) indicada(s) arriba, ¿quién le ayudaba a hacerla(s)?  
\_\_\_\_\_

4. Durante estos dos años, ¿trabajaba la persona a quien usted transfirió el(los) activo(s)?  Sí  No  
En tal caso, ¿cuantas horas/días por semana? \_\_\_\_\_  
En tal caso, ¿quién estaba en casa con usted mientras él/ella estaba trabajando?  
\_\_\_\_\_

5. ¿Tenía que ver con una Agencia de Cuidado en el Hogar?  Sí  No  
En tal caso: ¿cuál agencia? \_\_\_\_\_  
¿Cuántas horas /días por semana? \_\_\_\_\_  
¿Qué fondos se utilizaron para pagar este cuidado? \_\_\_\_\_

6. Adjunte registros médicos tales como notas de oficina de médicos, resultados de pruebas, resúmenes de alta de hospital, etc. para el período de tiempo arriba para verificar la condición médica del solicitante.

Cualquier transferencia o cesión de activos realizados en los últimos cinco años podría resultar en la imposición de un período de penalidad. Cualquier transferencia de este tipo se considera realizada con la intención, de parte del cedente o la persona que acepta la transferencia (el cesionario), de calificar para el pago por Medicaid de beneficios de cuidado a largo plazo. Tal transferencia crea una deuda pagable y exigible por el cedente o el cesionario a DSS en la suma de la asistencia proporcionada a o a favor del cedente. DSS y el Fiscal General pueden solicitar reparación según permita la ley para recuperar tales sumas.

Es una transferencia fraudulenta contra el estado ceder, transferir o de otra manera disponer de propiedad, por menos del valor justo del mercado, a alguien que esté consciente (1) de que el propósito de la transferencia es para calificar para asistencia pública; o (2) de que la transferencia dejará a la persona realizándola sin suficientes recursos para sostenerse o mantenerse saludable de una manera decente. DSS puede recurrir a la corte para anular la transferencia y recuperar el costo de cualquier asistencia proporcionada a la persona haciendo la transferencia o para recuperar.

Yo he revelado todas las transferencias o cesiones realizadas en los últimos cinco años y yo comprendo que, si cualesquier tales transferencias se hicieron o se hacen, incluso parcialmente, para el propósito de calificar para beneficios de cuidado a largo plazo de Medicaid, el estado tiene el derecho de buscar reembolso de la deuda si cualesquier beneficios sean pagados por el estado a mi favor.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
 Firma de Solicitante o Representante      Fecha      Firma de Abogado (si hay asistencia de abogado)      Fecha



**SECCIÓN O – BENEFICIOS Y OTROS INGRESOS DE CÓNYUGE:** Infórmenos de cualesquier ingresos o beneficios que su cónyuge esté recibiendo, ha solicitado, o se le han sido negados.

**ENVÍE COMPROBACIÓN** Envíe extractos de cuenta que verifiquen las cantidades brutas de ingreso que su cónyuge recibe.

<u>Tipo de Beneficio o Ingreso</u>	<u>¿Recibiendo el Ingreso o Beneficios?</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Condición de Solicitud</u>	<u>Fecha de Solicitud o Fecha de Negación</u>
Seguro Social N° de reclamo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
SSI (Seguro de Ingreso Suplementario) N° de reclamo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficio de neumoconiosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión/Beneficios de Veterano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión o Retiro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión de Servicio Civil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios de Retiro de Ferrocarril N° de reclamo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Pensión Alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Compensation de Trabajador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios de Discapacidad /Enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios de Sindicato	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Beneficios de Desempleo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Sumas Globales en Efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ingresos por alquiler	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Compensación de una resolución jurídica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			



**SECCIÓN P – INGRESO DE EMPLEO:** Infórmenos sobre cualesquier ingresos que usted o su cónyuge reciben actualmente de trabajo, incluyendo pagos de baja por enfermedad.

**ENVÍE COMPROBACIÓN** Envíe copias de cualesquier comprobantes de pago, sus cuatro últimos talonarios de sueldo o una carta de su empleador.

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

N° de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Qué tan seguido se le paga?  Semana |  Bi-semanal |  Mensual

Salario bruto por período de pago, incluyendo propinas y comisiones. \$\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Fecha de comienzo del empleo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha final del empleo \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**SECCIÓN Q – DESGRAVACIONES y DIVERSIONES**

¿Tiene usted un cónyuge, hijo menor de 21 años, o cualesquier otros parientes dependientes viviendo en su hogar en la comunidad?  Sí  No Si respondió SÍ, llene la sección abajo.

Nombre	Relación	Edad

Si usted está en una facilidad de cuidado a largo plazo; ¿piensa regresar a casa dentro de 6 meses?  Sí  No

**ENVÍE COMPROBACIÓN** Si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas arriba, llene la sección abajo y presente comprobación de la cantidad que usted paga cada mes.

Renta/Hipoteca	Servicios Públicos	Calefacción	Impuestos de Propiedad	Seguro de Vivienda	Cuotas de Condominio
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

**CUENTAS MÉDICAS:** ¿Tiene usted cuentas médicas impagadas?  Sí  No  
 Si tiene algunos de estos, podría usar parte de sus ingresos para ayudarle a pagar estas cuentas.

**ENVÍE COMPROBACIÓN** Si usted respondió Sí, adjunte una copia de la(s) factura(s) médica(s) impagada(s). La factura tiene que incluir una fecha de servicio, y una descripción detallada del(de los) servicio(s) prestado(s). Adjunte copias de la(s) factura(s) a su Solicitud de Asistencia de Cuidado a Largo Plazo al someterla. Si no tiene las facturas al momento de enviar la solicitud, las facturas pueden enviarse en una fecha más tarde durante este proceso de solicitud.



Estado de Connecticut  
 Departamento de Servicios Sociales  
 Solicitud de Cuidado a Largo Plazo/Exención

Cliente N° ID

W-1 LTCS (New 07-2013)  
 Page 15 of 21

**SECCIÓN R – NECESIDADES DE CÓNYUGE:** Llene esta sección si tiene un cónyuge viviendo en la comunidad. Su cónyuge podría retener alguna parte de sus recursos. Anote todos los recursos poseídos en el mes cuando usted ingresó al hospital o facilidad de cuidado a largo plazo y tuvo una estadía continua de 30 días o más. Incluya todos los recursos de propiedad de usted individualmente y conjuntamente o aquellos recursos de propiedad de su cónyuge individualmente y conjuntamente. Si tiene más de un recurso del mismo tipo, por favor adjunte una hoja adicional.

¿Ha estado usted o su cónyuge en una institución/Facilidad Cuidado a Largo Plazo en el pasado?

Sí  No Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_ Nombre de la facilidad: \_\_\_\_\_

**ENVÍE COMPROBACIÓN** Envíe copias de extractos de cuenta que muestren el valor de estos recursos en el primer día en que estuvo en una facilidad por 30 días o más. (Adjunte hojas adicionales si es necesario)

<u>Tipo de Recurso</u>	<u>Marque uno</u>	<u>Propietario</u>	<u>Cantidad</u>	<u>N° de Cuenta</u>	<u>Nombre de Institución</u>
Efectivo disponible	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Cuenta de Cheques	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Cuenta de Ahorros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Certificado de Depósito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Cuenta de Unión de Crédito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Fondos de Mercado Monetario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Fondos Mutuos, de Tesorería y otras notas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Seguro de Vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Cuenta de IRA o Keogh	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Acciones y/o Bonos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Anualidad / Fideicomiso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Vehículos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Propiedad Inmueble	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Nota Hipotecaria o Contrato a Plazos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		
Propiedad de una Compañía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		\$		



Notificación de Requisitos de Anualidades

Usted o su cónyuge ha solicitado ayuda para pagar servicios de cuidado a largo plazo o cuidado en el hogar. El departamento necesita saber si usted o su cónyuge tienen alguna anualidad. Si usted no nos informa respecto a cualquier anualidad que usted o su cónyuge tengan, no será elegible para recibir ayuda con el costo de su cuidado a largo plazo. El Estado de Connecticut será el beneficiario residual de cualesquier anualidades que usted o su cónyuge tengan.

Complete la información abajo, y firme con fecha.

- Yo tengo por lo menos una anualidad.
- Mi cónyuge tiene por lo menos una anualidad.
- Mi cónyuge y yo no tenemos ninguna anualidad.

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante, Representante Autorizado o Curador Administrativo

\_\_\_\_\_  
Fecha





**LEA CON CUIDADO Y FIRME**

**YO COMPRENDO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:**

- Yo tengo la responsabilidad de reportar cambios en mi situación al DSS. Tengo que reportar cambios dentro de 10 días. Ejemplos de cambios en mi situación son cambios en mi ingreso, activos, dirección, primas de seguro médico, o la muerte de un cónyuge.
- Yo puedo pedir una audiencia por escrito si no estoy de acuerdo con una acción tomada en mi caso.
- Estoy dando voluntariamente información solicitada en esta solicitud. Si yo no doy cierta información, mi solicitud podría ser negada.
- Toda información que yo dé en este formulario está sujeta a verificación por funcionarios federales, estatales y locales. Yo cooperaré con estos funcionarios, dando cualesquier documentos necesarios para comprobar lo que yo he dicho. Yo autorizo al DSS a verificar cualquier información dada en este formulario para asegurar que es la verdad.
- Toda información que yo dé en este formulario, incluyendo números de Seguro Social, es confidencial, excepto según la ley estatal o federal autorice, y será usada por DSS solamente para administrar el programa de asistencia médica.
- Cualquier información que yo dé en este formulario, incluyendo números de Seguro Social, se usará para verificar la identidad y elegibilidad y será cotejada con archivos gubernamentales federales, estatales y locales por computadora.
- DSS usará información disponible a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) para procesar mi solicitud de asistencia. Esta información viene desde el Departamento de Trabajo, la Administración del Seguro Social, y el Servicio de Rentas Internas además de otras agencias cuando la ley lo permita. DSS podrá verificar la información que reciba contactando otras fuentes, tales como bancos y empleadores. Los resultados de tal chequeo podría afectar mi elegibilidad y nivel de beneficios.
- Yo doy mi permiso al DSS a divulgar información acerca de mí para propósitos directamente conectados con la administración de los programas del DSS. Los propósitos directamente conectados con la administración de los programas del departamento incluyen, pero no se limitan a, el establecimiento de elegibilidad, determinación de la cantidad de asistencia, la provisión de servicios, y la investigación, interposición de acción judicial o procesamiento civil en relación con la administración de los programas del departamento.
- Yo cooperaré con el personal estatal y federal que llevan a cabo Revisiones de Control de Calidad.
- Yo declaro que soy ciudadano(a) de los Estado Unidos o, en el caso que no lo sea, que la información que yo he proporcionado respecto a mi condición de no ciudadano es la verdad.
- Yo autorizo al DSS a verificar cualquier información respecto a mi condición de no ciudadano con el Departamento de Seguridad Nacional. Yo comprendo además que el Departamento de Seguridad Nacional **NO PUEDE** usar el hecho de que yo he solicitado asistencia con el DSS como base para negar mi admisión a los Estados Unidos, perjudicar me condición de residente permanente o deportarme.



**YO COMPRENDO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:**

- Dinero de un litigio pendiente será cedido al Estado para recuperar cualesquier gastos médicos pagados por el Estado en relación con dicho litigio.
- Declaraciones falsas o engañosas hechas al solicitar asistencia médica es una violación de la ley federal y puede ser punible por una multa de hasta \$25,000 o encarcelamiento por 5 años o ambas cosas.
- Al solicitar asistencia médica, yo cedo mi derecho a manutención por terceros bajo obligación legal al departamento (sección 1912 de la Ley del Seguro Social). Yo comprendo además que, si estoy en una facilidad de enfermería o si estoy solicitando servicios en el hogar y basados en la comunidad, y deseo ceder mis derechos a manutención, tengo que firmar una adicional cesión de manutención (sección 1924 de la Ley del Seguro Social).
- Al recibir asistencia médica, yo permito al Estado recuperar el costo de mis cuentas médicas, las cuales pudiesen haber sido cubiertas por otro seguro o terceros obligados legalmente, directamente de ello.
- El Estado recupera dinero de las sucesiones de individuos que recibieron servicios de cuidado a largo plazo, Servicios de Cuidado en el Hogar, o quienes eran mayores de 55 años en el momento en que se pagaron beneficios de asistencia médica en la comunidad y quienes no tengan un cónyuge vivo o un hijo superviviente menor de 21 años de edad, ciego o discapacitado.
- DSS tiene mi permiso para solicitar Medicare a mi favor. Yo comprendo que una solicitud solamente será presentado si el departamento considera que soy elegible. Yo acepto permitir al DSS presentar reclamos a Medicare y tramitar apelaciones en mi nombre. Estas acciones pueden ser tomadas por el departamento o su representante.
- DSS o cualquier asegurador de salud, proveedor o cualquier otra entidad prestando servicios a mí o a mi familia bajo el programa de Medicaid podrá divulgar información acerca de mí o mi familia según la necesidad para la prestación de servicios y la administración del programa de Medicaid, según sea permisible por la ley federal o estatal.
- Yo no alteraré, intercambiaré, venderé, ni usaré la tarjeta de identificación de servicios médicos de otra persona.
- El Estado podría poner un gravamen, bajo ciertas condiciones, en mi casa si yo ingreso permanentemente en una facilidad de enfermería.
- DSS podría, bajo ciertas circunstancias, facturar a un cónyuge o los padres de un niño menor de 18 años e internado para reembolsar el costo al estado por mi atención médica.



**FIRMAS**

Yo he leído este formulario o se me ha leído en un idioma que yo entiendo. Certifico que la información dada en este formulario es la verdad y completa a mi leal saber y entender. Si yo a sabiendas he dado información incorrecta, puedo estar sujeto a penalidades por declaración falsa conforme a lo dispuesto en las Leyes Generales de Connecticut secciones 53a-157b y 17b-97 y a penalidades por robo conforme a lo dispuesto en las secciones 56a-122 y 53a-123. Además puedo estar sujeto a penalidades por perjurio bajo la ley federal. Yo autorizo al Departamento de Servicios Sociales a verificar cualquier información dada en este formulario.

X \_\_\_\_\_  
 Firma de Solicitante Fecha Firma de Testigo (si se firmó con una X) Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma de Intérprete Fecha Firma de Ayudante Fecha

Si alguien llenó este formulario en nombre del receptor, esta persona tiene que firmar

\_\_\_\_\_  
 Firma de Representante Fecha Nombre en letra de molde de Intérprete/Representante

\_\_\_\_\_  
 Revisado por Fecha

**USTED TIENE EL DERECHO DE PRESENTAR UNA QUEJA DE DISCRIMINACIÓN**

Tiene el derecho de presentar una queja si cree que el Departamento de Servicios Sociales ha tomado acción en contra de usted debido a su raza color, religión, sexo, identidad o expresión sexual, estado civil, edad, origen nacional, ascendencia, creencias políticas, orientación sexual, capacidad intelectual, discapacidad mental, discapacidad de aprendizaje o discapacidad física, incluyendo pero no limitándose a, la ceguera.

Un individuo con una discapacidad puede solicitar y recibir un acomodo razonable o ayuda especial del Departamento de Servicios Sociales cuando sea necesario para permitir que el individuo tenga una oportunidad igual y significativa para participar en programas administradas por el Departamento.

Si usted pidió un acomodo o ayuda especial y nosotros rehusamos proporcionarlo, usted puede presentar una queja al Director de la División de Acción Afirmativa del Departamento o a cualquiera de las agencias indicadas abajo.

*(Comisionado de Servicios Sociales, Director de Acción Afirmativa)* **Commissioner of Social Services, Attention Affirmative Action Director/ADA Coordinator**, 25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106-5033 ó llame al 1-860-424-5040, línea gratis: 1-800-842-1508, TDD: 1-800-842-4524 ó fax: 1-860-424-4948

*(Comisión de Derechos Humanos y Oportunidades)* **Connecticut Commission on Human Rights and Opportunities**, 25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106, ó llame al 1-560-541-3400, línea gratis: 1-800-477-5737, TDD: 1-860-541-3459 ó fax: 1-860-246-5265

Web: <http://www.ct.gov/chro/site/default.asp>

*(Depto. Federal de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles)* **US Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights**, JFK Federal Building, Room 1875, Boston, MA 02203 ó llame al 1-617-565-1340, línea gratis: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697 ó fax 1-617-565-3809

Web: <http://www.hhs.gov/oct/office/file/index.html>



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio autorizo al Departamento de Servicios Sociales a compartir información en relación con esta solicitud de asistencia con los siguientes individuos, agencias o instituciones:

1. Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
N° de teléfono: \_\_\_\_\_
  
2. Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
N° de teléfono: \_\_\_\_\_
  
3. Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
N° de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Solicitante o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Date



Estado de Connecticut  
Departamento de Servicios Sociales  
Solicitud de Cuidado a Largo Plazo/Exención

¿QUIERE REGISTRARSE PARA VOTAR?

Las leyes federales y estatales requieren que el Departamento de Servicios Sociales (DSS) le brinde la oportunidad de registrarse como votante. Por favor conteste las preguntas abajo y ponga su nombre en letra de molde y su firma en el espacio indicado.

¿Está usted inscrito(a) como votante?       Sí, ya estoy inscrito(a)       No

Si no está inscrito(a) para votar donde reside ahora, ¿quiere inscribirse como votante aquí ahora?  
 Sí       No

SI USTED NO MARCA NINGUNA DE LAS DOS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

El hecho de solicitar o no solicitar registrarse para votar **no** afectará la cantidad de asistencia que será proporcionada a usted por esta agencia.

Si quiere ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción de votante, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o recibir ayuda depende de usted. Usted puede llenar la solicitud en privado.

Para registrarse, llene una solicitud de inscripción de votante y déjelo en DSS o envíelo por correo. El formulario se incluye con solicitudes de DSS que le enviemos, y también se pueden conseguir en todas las oficinas del DSS. Puede enviar su formulario llenado al DSS en el sobre adjunto, o enviarlo directamente a su Ayuntamiento Municipal. Si necesita ayuda, por favor llame al 1-855-626-6632.

\_\_\_\_\_

Su nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_

Su firma

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Calle

\_\_\_\_\_

Ciudad

\_\_\_\_\_

Estado

\_\_\_\_\_

Zip

Para uso de la oficina solamente

Date \_\_\_\_\_  No check boxes checked     Voter Registration Card Sent

Worker Name \_\_\_\_\_ Worker DMC Number \_\_\_\_\_

-----  
(Desprenda aquí y retenga)

Si usted cree que alguien ha interferido en su derecho de registrarse o su decisión de no registrarse para votar, su derecho a privacidad al decidir si solicitar o no registrarse para votar, o su derecho de escoger su propio partido político u otras preferencias políticas, usted puede presentar una queja a la Comisión Estatal de Cumplimiento de las Leyes Electorales: State Elections Enforcement Commission, 20 Trinity Street, Hartford, CT 06106; 860-256-2940, número gratis 866-733-2463, TDD: 1-800-842-9710; [SEEC@ct.gov](mailto:SEEC@ct.gov).