

## SOLICITUD DE EVALUACION DE BIENES PARA MEDI-CAL

Para el esposo(a) internado en una institución médica si fue internado en o después del 30 de septiembre de 1989, o su esposo(a).

Esta evaluación le proporcionará información sobre qué propiedad se toma en consideración para propósitos de Medi-Cal y cómo se evaluará dicha propiedad si usted o su esposo(a) solicitaran beneficios de Medi-Cal como esposo(a) internado(a) en una institución médica.

Usted es elegible para esta evaluación, solamente si:

- Uno de los esposos es internado el 30 de septiembre de 1989 o después, y si
- El otro esposo no reside en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso o en una institución médica recibiendo un nivel de cuidado no intenso, y si
- Usted tiene verificación *consigo al presentarse a su cita* del valor de todos sus bienes y propiedad personal, recursos en efectivo y bienes materiales no en efectivo.

**IMPORTANTE:** Los bienes que se le permiten conservar al esposo(a) con comunidad de bienes cuando el esposo(a) internado(a) en una institución médica solicite beneficios de Medi-Cal se computarán de la fecha en que se soliciten estos beneficios. Si usted no está solicitando beneficios de Medi-Cal cuando esta evaluación se esté haciendo, tenga en cuenta que las cantidades que aparecen en la evaluación de bienes pueden cambiar cuando solicite beneficios de Medi-Cal. Esto puede ser debido al aumento en el valor de los bienes raíces, fluctuaciones en el valor de acciones y bonos, la acumulación de intereses y dividendos, la venta de la propiedad considerada exenta para propósitos de Medi-Cal, o se han adquirido otros inmuebles. Además, tenga en cuenta que los valores que usted nos proporcione también pueden cambiar cuando el condado lleve a cabo la verificación, hecha por terceros, de la información que proporcione cuando solicite los beneficios.

Tengo entendido que esta evaluación será hecha de acuerdo a los ordenamientos en vigor y la información que yo proporcione. Entiendo, igualmente, que a menos que esta evaluación sea hecha al mismo tiempo que se presente mi solicitud o la de mi esposo(a) para beneficios de Medi-Cal, las cantidades que aparezcan pueden ser diferentes de las que existan en la fecha en que se presente la solicitud para beneficios.

Firma de la persona internada en una institución médica	Fecha
Firma del esposo(a) con comunidad de bienes	Fecha
Firma del representante de cualquiera de los esposos	Fecha

**NOTA:** Esta forma debe ser firmada por lo menos por uno de los arriba citados.

He leído y revisado la Solicitud de Evaluación de Bienes y la Declaración de Datos con el solicitante de la evaluación.

Firma del trabajador(a) de elegibilidad	Fecha
---	-------

*White—County*

*Yellow—Institutionalized Spouse*

*Pink—Community Spouse*

*Green—Spouse's Representative*