



**Provisión revocable para fondo funerario
para atención médica relacionada con SSI
Revocable Burial Fund Provision for SSI Related
Healthcare**

NOMBRE DEL CASO
NÚMERO DE CASO

NOMBRE DEL SOLICITANTE/DESTINATARIO

NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZA LA DECLARACIÓN (SI NO ES EL SOLICITANTE/DESTINATARIO ANTES MENCIONADO)	PARENTESCO
---	------------

Entiendo que Medicaid permite que ciertos fondos sean reservados para el funeral. Los fondos pueden ser reservados en una cuenta revocable o irrevocable. (Por favor, use el Formulario 14-540 si los fondos están depositados en una cuenta irrevocable). Por la presente certifico que:

- Tengo fondos reservados para el funeral y que la siguiente información es verdadera y está completa a mi leal saber y entender. Por la presente señalo que los fondos mencionados a continuación han sido reservados para el funeral.
- \$ _____ para mí \$ _____ para mi cónyuge
- Los fondos están depositados en una cuenta separada
- Los fondos no están depositados en una cuenta separada. ¿Se utilizará el saldo de la cuenta para el funeral?
- Sí No

Los fondos están depositados en:

- Cuenta bancaria, número de cuenta: _____
- Póliza de seguro, número de póliza: _____ Fecha de póliza: _____
- Otro (especifique): _____

BANCO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, PROVEEDOR DE SERVICIOS FUNERARIOS U OTROS DONDE LOS FONDOS ESTÉN DEPOSITADOS:

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO
--------	--------------------

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	C.P.
-----------	--------	--------	------

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO
--------	--------------------

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	C.P.
-----------	--------	--------	------

Entiendo que debo informar lo siguiente al Departamento de Servicios Sociales y de Salud:

- Cualquier uso de los fondos funerarios para otros fines no relacionados con el funeral.
- Cualquier retiro o préstamo de la cuenta, póliza o fondo.
- Cualquier depósito a la cuenta o fondo.
- Cualquier interés pagado a mí o a mi cónyuge que no se acumuló en la cuenta.
- Cualquier compra o regalo de otro seguro de vida, contratos funerarios, dinero en efectivo o el establecimiento de una cuenta irrevocable para funeral, etc.

También entiendo que si alguno de los fondos funerarios es utilizado para un propósito distinto al del funeral, el monto total utilizado puede ser considerado como ingreso disponible en el mes de retiro y puede afectar mi elegibilidad.

Entiendo que puedo ser procesado penalmente si voluntariamente realizo una declaración falsa. Declaro bajo pena de perjurio que la información contenida en este documento es verdadera.

FIRMA DE LA PERSONA QUE REALIZA LA DECLARACIÓN (PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO) ESCRIBIR CON TINTA	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO
---	-------	--------------------