

**ACUERDO DE CONSENTIMIENTO  
FUNDACIÓN DE FIDEICOMISO DE NECESIDADES ESPECIALES  
FIDEICOMISO MAESTRO AUTO-CREADO**

EL PRESENTE ES UN DOCUMENTO LEGAL. USTED DEBE SER REPRESENTADO POR UN ABOGADO.

El que suscribe por medio del presente se inscribe en y adopta el Fideicomiso Maestro Auto-Creado de la Fundación de Fideicomiso de Necesidades Especiales (SNTF) con fecha 17 de marzo de 2006, el cual se incorpora al presente por referencia.

**A. Número de sub-cuenta del Fideicomiso (Asignado por el Fideicomisario):**

EIN \_\_\_\_\_ No. de Caso \_\_\_\_\_

**B. Información acerca del Beneficiario:**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (diurno): \_\_\_\_\_ (nocturno): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

F. de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) Número de Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Incapacidad/Diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿El Beneficiario tiene un tutor? Sí: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, favor de adjunte la documentación.

Nombre del Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**C. Otorgante:**

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

Establecido por:  La misma persona  Tutor  Corte  Padre  Abuelo

**D. Beneficios Recibidos:**

1. ¿El Beneficiario recibe **Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)**?  
Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto por mes? \$ \_\_\_\_\_
2. ¿El Beneficiario recibe **Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)**?  
Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto por mes? \$ \_\_\_\_\_
3. ¿El Beneficiario recibe **Beneficios de Incapacidad del Seguro Social como un Niño/Adulto Discapacitado Adulto (DAC, por sus siglas en inglés)**?  
Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto por mes? \$ \_\_\_\_\_
4. ¿El Beneficiario recibe **Beneficios del Seguro Social por Jubilación**?  
Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto por mes? \$ \_\_\_\_\_

Si responde "sí" a alguna de las preguntas anteriores, ¿quién es el **Representante del Beneficiario, si lo hay**?

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

5. ¿El Beneficiario recibe **Medi-Cal**?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

6. ¿El Beneficiario recibe un Programa de **Exención de Medicaid**:

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, especifique el(los) programa(s) bajo los cuales el Beneficiario recibe beneficios:

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

7. Si el Beneficiario recibe **otra Ayuda del Gobierno \***, como **Cupones para Alimentos, Vivienda de la Sección 8**, etc. Por favor, **liste estos beneficios**:

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

8. ¿El Beneficiario recibe servicios del **Centro Regional de San Diego**?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el nombre, dirección y número de teléfono del Trabajador Social del Centro Regional del Beneficiario?

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

9. ¿El Beneficiario recibe servicios del **Departamento de Rehabilitación, el Departamento de Salud Mental, el Departamento de Servicios Sociales, y/o el Departamento de Servicios de Desarrollo (por ejemplo, Centro Regional)**?

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si responde “Sí”, ¿cuál es el nombre, número de ID, dirección y número de teléfono del Trabajador Social del Beneficiario?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el nombre, dirección y número de teléfono del Trabajador Social del Centro Regional del Beneficiario?

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

10. ¿El Beneficiario cuenta con una fuente adicional de ingresos?

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

11. Beneficios Pendientes:

¿El beneficiario tiene una solicitud de beneficios pendiente? \_\_\_\_\_

¿En caso afirmativo, qué tipo de beneficios? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fecha de la solicitud? \_\_\_\_\_

E. **La cantidad a la cual se financiará la sub-cuenta es:** \$ \_\_\_\_\_

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

**Financiamiento Adicional:** \$ \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

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

F. **Defensor Beneficiario:**

Un “Defensor Beneficiario” es un individuo que conoce al Beneficiario, en quien el Beneficiario confía y que puede actuar como “asesor” cauto y responsable para La Fundación de Fideicomiso de Necesidad Especial (SNTF). Esencialmente, un “Defensor Beneficiario” actúa como una conexión entre el Beneficiario y la SNTF. El defensor beneficiario comunica las necesidades y los deseos del Beneficiario a SNTF y realiza solicitudes de desembolso que SNTF considerará; los defensores beneficiarios son valiosos tanto para el Beneficiario como para SNTF porque proveen conocimientos acerca de cómo puede ser la cuenta fiduciaria del Beneficiario mejor utilizada para ofrecerle la mejor calidad de vida material posible. Un Beneficiario puede tener más de un defensor beneficiario.

**Liste la persona o las personas claves a continuación:**

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

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

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

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

Si esta cuenta fiduciaria está financiada con el dinero propio del Beneficiario, la ley federal exige que todo el dinero no gastado que se encuentre en la cuenta al momento en que ocurra el fallecimiento del Beneficiario sea utilizado para reembolsar al Estado(s) por servicios médicos recibidos hasta la cantidad total que el(los) Estado(s) haya(n) gastado en servicios médicos para el Beneficiario durante toda la vida del Beneficiario. Si queda un saldo después de que

el(los) Estado(s) haya(n) sido reembolsado(s), dicho saldo deberá ser desembolsado de la siguiente manera:

SI EL BENEFICIARIO ES UN MENOR O ES INCOMPETENTE, LA CANTIDAD RESTANTE SERÁ DE LOS “HEREDEROS LEGÍTIMOS” DE DICHO INDIVIDUO, SEGÚN LO DETERMINADO POR EL CÓDIGO SUCESORIO DE CALIFORNIA.

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

Si la residencia del Beneficiario cambia de California a otro estado, las distribuciones cesarán hasta que puedan hacerse los arreglos correspondientes a exclusivo criterio del Fideicomisario.

1. El dueño residual mencionado en (G) que no sobreviva al Beneficiario caducará y se distribuirá de manera prorrateada a los dueños residuales que sobrevivan al dueño residual fallecido, o según se indica a continuación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**H. Cuotas:**

1. La cuota de inscripción es de \$1,000.00 para el fideicomiso establecido. Debe ser facturado al fideicomiso cuando se financia el fideicomiso.
2. La cuota de administración anual de 1,5% con un cargo mínimo de \$1,200.00 anuales. Este 1,5% de los activos del fideicomiso se facturarán a cada fideicomiso el primero de cada mes (mínimo mensual de \$100.00).
3. Las cuotas de inversión de banco para cada fideicomiso serán de una cuota anual mínima de 1.0%, que puede variar con las tarifas vigentes, facturadas el primero de cada mes a razón de 1/12 del 1%. No habrá ninguna cuota de inversión bancaria si se elige la Opción 1 para Asignación de Activos tal como se define en la Declaración de la Política de Inversión.

**I. Disposiciones:**

Las disposiciones de este Acuerdo de Consentimiento podrán enmendarse de acuerdo con lo que el Beneficiario y el Fideicomisario acuerden conjuntamente, siempre que dicha enmienda esté en conformidad con el Fideicomiso Maestro Auto-creado de SNTF.

El presente Acuerdo de Consentimiento y el Fideicomiso Maestro Auto-Creado de SNTF podrán ser terminados por el Fideicomisario ante la falta de pago de algún cargo requerido.

**J. Impuestos:**

1. El Beneficiario (o su representante legal y/o el Defensor del Beneficiario) reconoce que las contribuciones al Fideicomiso Maestro Auto-Creado de SNTF no son deducibles como donaciones caritativas ni de otra manera.
2. Los ingresos de la sub-cuenta fiduciaria, ya sea pagada en efectivo o distribuida en otra propiedad, podrá estar sujeta a impuestos para el Beneficiario sujeto a las deducciones y exenciones aplicables. Se anima al Beneficiario (o su representante legal y/o Defensor Beneficiario) a obtener asesoramiento de un profesional calificado experto en impuestos. Las devoluciones anuales de impuestos, si son requeridas, serán preparadas por un contador público certificado. La cuota de preparación y cualquier responsabilidad de impuestos será cobrada al fideicomiso.

EN FE DE LO CUAL, el Beneficiario que suscribe o sus representantes legales o personas designadas, ha(n) revisado y firmado este Acuerdo de Consentimiento, lo entiende(n) y acepta(n) estar obligado(s) por sus términos y el Fideicomisario ha aceptado y firmado el presente Acuerdo de Consentimiento este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
BENEFICIARIO

\_\_\_\_\_  
REP. LEGAL DEL BENEFICIARIO, PUESTO  
(ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN  
DE RESPALDO)

**Aprobado y aceptado:**

\_\_\_\_\_  
FIDEICOMISARIO/Funcionario Corporativo de SNTF

\_\_\_\_\_  
FECHA

He asesorado al beneficiario del fideicomiso para necesidades especiales o a su representante, sobre las alternativas al establecimiento de un fideicomiso para necesidades especiales. Además, informaré el establecimiento de este fideicomiso para necesidades especiales a las agencias del gobierno que requieran notificación.

\_\_\_\_\_  
ABOGADO

\_\_\_\_\_  
FECHA

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Se anexan copias de los siguientes documentos del beneficiario:**

- Cartas de elegibilidad de beneficios
- Tarjetas de elegibilidad de beneficios
- Licencia de conducir/Identificación del Estado
- Tarjeta de Seguro Social
- Certificado de nacimiento y/o pasaporte
- Cualquier otra documentación pertinente de beneficio o identificación