

# Fundación de Fideicomiso de Necesidades Especiales

Apartado Postal 1890

Lakeside, CA 92040

(619) 201-2672

## Divulgación de Limitaciones de Fideicomiso de Necesidades Especiales de Primera Persona

He sido informado de y comprendo la naturaleza de las siguientes acciones:

\_\_\_\_\_ Los honorarios asociados con este fideicomiso, como se indica en el Acuerdo de Consentimiento.

\_\_\_\_\_ Se me ha informado que la cuenta de fideicomiso debe tener un saldo mínimo de no menos de \$5.000 para ser utilizado hacia honorarios, impuestos, expensas finales, etc. durante un período razonable de tiempo antes de que la distribución final pueda hacerse en mi nombre.

\_\_\_\_\_ Se me ha aconsejado buscar asesoramiento profesional sobre las consecuencias fiscales de ingresos de subcuentas y/o ganancia de fideicomiso.

\_\_\_\_\_ Se me ha informado que el Fideicomiso Maestro Conjunto es un fideicomiso adicional y que no puede desembolsar dinero en efectivo, ni fondos para gastos de alimentos o refugio, sin que potencialmente afecte mis beneficios del gobierno. Los fondos están presupuestados para elementos complementarios que, a criterio del fiduciario, se consideran adecuados a las necesidades de la subcuenta del beneficiario.

\_\_\_\_\_ Se me ha informado que si los fondos son desembolsados para gastos de alimento o refugio, yo debo estar dispuesto a asumir una reducción en mi SSI y que es mi responsabilidad, o la de mi representante legal, reportar los fondos recibidos a Medi-Cal y SSI.

\_\_\_\_\_ Se me ha informado que la ley federal requiere que todos los fondos restantes en mi subcuenta tras mi muerte, hasta un importe igual a la cantidad total de asistencia médica pagada en mi nombre por el programa de Medicaid, se pagará para reembolsar a Medicaid.

\_\_\_\_\_ Según mi leal saber y entender, no existen gravámenes o reclamaciones contra los fondos de la subcuenta de fideicomiso.

\_\_\_\_\_ Según mi leal saber y entender, cumplo con la definición de tener una discapacidad de acuerdo con la Administración del Seguro Social.

\_\_\_\_\_ Se me ha informado que puedo unirme a la Fundación de Fideicomiso de Necesidades Especiales y que se pondrá mi dinero en una cuenta combinada. He elegido esta opción libremente.

\_\_\_\_\_ Se me ha informado que mi Fideicomiso de Necesidades Especiales con la Fundación de Fideicomiso de Necesidades Especiales es un fideicomiso irrevocable y que el fideicomiso sólo puede darse por terminado con arreglo a las disposiciones de esta declaración de fideicomiso. Además, se me ha informado que terminar el fideicomiso puede resultar en un reembolso de hasta un importe igual a la cantidad total de asistencia médica pagada en mi nombre por el programa de Medicaid.

\_\_\_\_\_ Se me ha informado que la Fundación de Fideicomiso de Necesidades Especiales como Fideicomisario puede, a su entera discreción, desembolsar ingresos o principal del fideicomiso para adquirir bienes o servicios para mí, consistente con el propósito y el objetivo de este Fideicomiso. Los desembolsos se efectuarán según mis intereses y necesidades, teniendo en cuenta los servicios y los recursos financieros disponibles a mí de cualquier fuente.

\_\_\_\_\_ Se me ha informado que la Fundación de Fideicomiso de Necesidades Especiales tiene el derecho de rechazar el Acuerdo de Consentimiento.

\_\_\_\_\_ Reconozco que he recibido, leído, entendido y completado el Fideicomiso Maestro Auto-Creado de Primera Persona, Acuerdo de Consentimiento y Declaración de Política de Inversión.

\_\_\_\_\_ Se me ha informado que cuentas de fideicomiso con saldo menor de \$10,000 no serán invertidas y se mantendrán en efectivo.

**Para personas que hablan español solamente:**

\_\_\_\_\_ Reconozco haber recibido una copia de una traducción al español no ejecutada del Fideicomiso Maestro Auto-Creado de Primera Persona, Acuerdo de Consentimiento y Declaración de Política de Inversión, antes de firmar una copia completamente llena de estos documentos en inglés.

\_\_\_\_\_  
**Fecha del Beneficiario**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**o Representante Legal del Beneficiario** \_\_\_\_\_

**Relación Estatal** \_\_\_\_\_