

**ACUERDO DE CONSENTIMIENTO
PARA EL FIDEICOMISO MAESTRO DE TERCEROS
DE SPECIAL NEEDS TRUST FOUNDATION**

CON LA FIRMA DEL DONANTE Y LA ACEPTACIÓN Y FIRMA DE SPECIAL NEEDS TRUST FOUNDATION, ESTE DOCUMENTO SERÁ LEGALMENTE VINCULANTE. SE RECOMIENDA OBTENER EL ASESORAMIENTO DE UN PROFESIONAL INDEPENDIENTE ANTES DE FIRMARLO.

Por el presente, la persona que firma al pie se inscribe y adopta el “Acuerdo de Fideicomiso Maestro de Terceros de Special Needs Trust Foundation” de fecha 17 de enero de 1992, modificado y actualizado el 1 de enero de 2013, cuya copia ha sido entregada al Donante y que se incorpora al presente a modo de referencia.

A. Todos los bienes transferidos al Fiduciario de conformidad con este Acuerdo de Consentimiento serán mantenidos en una subcuenta y administrados y distribuidos como se indica en el presente y en el Acuerdo de Fideicomiso Maestro.

B. **Número de subcuenta del Fideicomiso: EIN** _____ **Caso No.** _____
(Asignado por la Compañía Fiduciaria)

C. **DATOS DEL DONANTE:**

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono (día): _____ **(noche):** _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (mm/dd/aaaa) **Seguro Social No.** ____ - ____ - ____

Relación con la persona con necesidades especiales: _____

Abogado de la familia: _____

Dirección del abogado: _____

No. de teléfono del abogado: _____

D. **DATOS DEL BENEFICIARIO CON NECESIDADES ESPECIALES:**

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono (día): _____ **(noche):** _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (mm/dd/aaaa) **Seguro Social No.** ____ - ____ - ____

¿Está el beneficiario con necesidades especiales bajo el cargo de un curador? Sí: _____ No: _____ En caso afirmativo, por favor adjuntar documentación.

Nombre del curador: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

1. ¿Recibe el beneficiario el Seguro de Ingreso Suplementario (SSI)?

Sí: _____ No: _____ Si es así, ¿cuánto recibe por mes? US\$ _____

2. ¿Recibe el beneficiario el Seguro por Discapacidad de la Seguridad Social (SSDI)?

Sí: _____ No: _____ Si es así, ¿cuánto recibe por mes? US\$ _____

3. ¿Recibe el beneficiario un Subsidio por Discapacidad del Sobreviviente de la Seguridad Social como Hijo Adulto Discapacitado (DAC, por sus siglas en inglés)?

Sí: _____ No: _____ Si es así, ¿cuánto recibe por mes? US\$ _____

4. ¿Recibe el beneficiario Beneficios Jubilatorios de la Seguridad Social?

Sí: _____ No: _____ Si es así, ¿cuánto recibe por mes? US\$ _____

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor, adjunte una copia de la(s) carta(s) de otorgamiento de beneficios más reciente(s).

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, ¿quién es el representante del Beneficiario que recibe el pago?

Nombre del representante que recibe el pago: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

5. ¿Recibe el beneficiario Medi-Cal?

Sí: _____ No: _____

6. ¿Recibe el beneficiario Medicare?

Sí: _____ No: _____

Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor, adjunte una copia de la credencial de Medi-Cal y/o Medicare.

7. ¿Recibe el beneficiario una Exención de Medicaid: (Por favor, adjunte una copia de la exención)

Sí: _____ No: _____

En caso afirmativo, especifique el programa de exención por el cual el Beneficiario recibe los beneficios:

8. Si el Beneficiario recibe otra Ayuda Gubernamental*, como Vales de Comida, Vivienda por el Art. 8, etc., por favor liste los beneficios que recibe.

9. ¿Recibe el beneficiario servicios del **Centro Regional de San Diego**?

Sí: _____ No: _____

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre, número de identificación, dirección y número de teléfono del Asistente Social del Centro Regional a cargo del Beneficiario?

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

10. ¿Recibe el Beneficiario servicios del **Departamento de Rehabilitación, el Departamento de Salud Mental, el Departamento de Servicios Sociales, y/o el Departamento de Servicios de Desarrollo (ej., el Centro Regional)**?

Sí: _____ No: _____

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre, dirección y número de teléfono del Asistente Social del Beneficiario?

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

11. ¿Tiene el Beneficiario **otra fuente de ingresos**?

Sí: _____ No: _____ Otra fuente de ingresos: _____ Monto US\$ _____

12. Beneficios pendientes:

¿Ha solicitado el Beneficiario algún beneficio que no le han otorgado aún? _____

En caso afirmativo, ¿que tipo de beneficio(s)? _____

¿En qué fecha lo(s) solicitó? _____

E. DEFENSOR DEL BENEFICIARIO:

Un “Defensor del Beneficiario” es una persona que conoce al Beneficiario, en quien el Beneficiario confía y quien puede actuar como “asesor” prudente y responsable en relación con Special Needs Trust Foundation (SNTF). Esencialmente, un “Defensor del Beneficiario” actúa como enlace entre el Beneficiario y SNTF. El Defensor del Beneficiario comunica las necesidades y deseos del Beneficiario a SNTF y presenta efectivamente solicitudes de desembolso ante SNTF para su consideración. Los Defensores del Beneficiario son importantes tanto para el Beneficiario como para SNTF, porque proporcionan una visión más detallada sobre cómo se puede usar mejor la cuenta de fideicomiso del Beneficiario para que tenga la mejor calidad de vida desde el punto de vista material. Un Beneficiario puede tener más de un defensor.

Enumere los Defensores del Beneficiario a continuación:

1. Nombre: _____ Teléfono: _____
Relación con el Beneficiario: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
2. Nombre: _____ Teléfono: _____
Relación con el Beneficiario: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
3. Nombre: _____ Teléfono: _____
Relación con el Beneficiario: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

F. FUENTE O MÉTODO DE OBTENCIÓN DE FONDOS Indique el monto y el nombre si corresponde

- | 1. Fondos actuales: | Monto | Iniciales del Donante |
|--|--------------|------------------------------|
| (a) La subcuenta del Fideicomiso se aprovisiona simultáneamente con la firma de este Acuerdo de Consentimiento, con los activos descriptos en el Apéndice "A" | US\$ _____ | _____ |
| 2. Fondos futuros: | | |
| (a) La subcuenta del fideicomiso se aprovisionará según lo que el Donante especifique en el: | | |
| Testamento | US\$ _____ | _____ |
| Fideicomiso en vida | US\$ _____ | _____ |
| (b) La subcuenta del fideicomiso se aprovisionará mediante un seguro de vida o de alguna otra manera, y el Fideicomiso Maestro de Special Needs Trust Foundation será designado como beneficiario primario. | US\$ _____ | _____ |
| (c) En vida, el Donante podrá revocar cualquier futuro aprovisionamiento de fondos propuesto o designado. El Donante deberá notificar al Fiduciario cualquier revocación de inmediato. | | |
| (d) El titular de cada póliza que se sea pagadera al Fiduciario se reserva todos los derechos, opciones y privilegios conferidos al titular de acuerdo con los términos de las pólizas. La Aseguradora podrá pagar al titular los beneficios por enfermedad, incapacidad o de otra índole y todos los dividendos que se acumulen en virtud de las pólizas durante la vida del asegurado. | | |

(e) Al momento de la recepción de la constancia de fallecimiento de un asegurado, o en la fecha de vencimiento antes del fallecimiento del asegurado, y al recibir la posesión de las pólizas, el Fiduciario deberá hacer todo lo posible para cobrar todos los montos pagaderos en virtud de las mismas. Dichos montos, al momento de su recepción, formarán parte del capital de la subcuenta del fideicomiso, con excepción de los intereses pagados por la aseguradora, que se considerarán ingresos. El Fiduciario podrá, si así lo desea, ejercer cualquier opción de pago en virtud de estas pólizas. El Fiduciario puede llegar a un acuerdo, acordar un arbitraje o llegar a un arreglo de alguna otra manera con respecto a los reclamos en virtud de cualquiera de las pólizas. El recibo que el Fiduciario le entregue a la aseguradora será un descargo total, y la aseguradora no estará obligada a ocuparse de la aplicación de los beneficios.

(f) El Fiduciario no será responsable por ningún acto u omisión del titular Donante en relación con las pólizas ni se le exigirá que inicie ninguna acción para cobrar un seguro ni que actúe como defensor en alguna acción relacionada con las pólizas, a menos que reciba una indemnización que le resulte satisfactoria en cuanto al monto y la manera en que se otorga.

(g) Ante el fallecimiento de un Donante asegurado, el Fiduciario deberá cobrar todos los beneficios de la póliza del seguro de vida que deban ser pagados al Fiduciario en calidad de beneficiario, como resultado del fallecimiento de dicho Donante. No obstante, el Fiduciario no deberá cobrar del acervo hereditario del Donante ni de ninguna otra persona ningún reembolso en virtud de un préstamo asegurado por una póliza de seguro, si hubiera. El Fiduciario tendrá la facultad de firmar y entregar recibos y demás instrumentos, para llegar a un acuerdo o realizar arreglos respecto de los reclamos controvertidos en la forma que, a su juicio, le parezca justa, y de tomar las medidas que, a su criterio, sean necesarias y adecuadas para cobrar los beneficios del seguro, y para pagar los gastos incurridos para su cobro utilizando fondos de la subcuenta del fideicomiso. No obstante, si el pago en virtud de una póliza es objetado o rechazado, el Fiduciario no estará obligado a iniciar ninguna acción de cobro, a menos que se lo indemnice, a su entera satisfacción, contra cualquier pérdida, responsabilidad o gasto que pudiera surgir, incluyendo los honorarios razonables de los abogados.

G. DISTRIBUCIONES POSTERIORES AL FALLECIMIENTO DE LA PERSONA CON NECESIDADES ESPECIALES:

1. Al momento del fallecimiento de la persona con necesidades especiales, si quedan activos en su subcuenta de fideicomiso independiente, un mínimo de, al menos, el veinticinco por ciento (25%) de los bienes restantes deberá distribuirse a Special Needs Trust Foundation (SNTF) y un mínimo de, al menos, el veinticinco por ciento (25%) de los bienes restantes se distribuirá a alguna de las organizaciones benéficas miembro participantes que brindan ayuda a personas con necesidades especiales según la designación del Donante*. Estas organizaciones incluyen solo a aquellas que son miembros de la Comisión Directiva de SNTF y SNTF. Puede obtenerse una lista actualizada de dichas organizaciones en la oficina de SNTF. *Nota: El Donante no puede estar incluido como beneficiario.

Las distribuciones se realizarán en los siguientes porcentajes y a las siguientes organizaciones y/o personas:

	Porcentaje	Iniciales del Donante
Special Needs Trust Foundation (al menos el 25%)	_____	_____
Dirección: P. O. Box 1890		
Ciudad: Lakeside Estado: CA Código Postal: 92040 Teléfono: 619-201-2672		

Organización benéfica miembro (al menos el 25%) _____	_____	_____
Dirección _____		
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____		

Nombre del Beneficiario _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Nombre del Beneficiario _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono _____

TOTAL 100%

2. La parte correspondiente al nudo propietario nombrado en (G)(1) que no sobrevive al beneficiario vencerá y se distribuirá de manera proporcional a los nudos propietarios que se indican en la página 5 o, que de otro modo, se indican a continuación:

3. El apartado (b) de la Cláusula Tres del Contrato de Fideicomiso Maestro de Special Needs Trust Foundation dispone: "Una vez recibidas y aceptadas por el Fiduciario, dichas contribuciones serán irrevocables". De acuerdo con esta disposición, las designaciones de los destinatarios de las distribuciones, realizadas en el punto F.1., 2. de arriba son irrevocables con respecto a los fondos que han sido proporcionados al Fideicomiso. Por ejemplo, un Donante puede proporcionar fondos al Fideicomiso durante la vida del Donante con una donación de US\$ 5.000. Al recibir los US\$ 5.000, las designaciones anteriores son irrevocables con respecto a los US\$ 5.000. Sin embargo, las designaciones pueden ser modificadas por el Donante con respecto a futuros aprovisionamientos de fondos.

H. DISTRIBUCIÓN AL BENEFICIARIO

El Donante reconoce que todas las distribuciones se realizarán según el criterio de Special Needs Trust Foundation y de acuerdo con las disposiciones del Contrato de Fideicomiso Maestro de Special Needs Trust Foundation y este Acuerdo de Consentimiento de la siguiente manera (*marque una opción*):

_____ Distribución de ingresos discrecionales;
sin distribución del capital

_____ Distribución de ingresos discrecionales
y distribución del capital

I. Cargos:

1. El cargo de inscripción es de US\$100,00 por cada fideicomiso de terceros que se establezca, y se deberá pagar al momento de la aceptación del fideicomiso.
2. Cargos administrativos por los cheques de pago: no se cobran cargos por los primeros tres (3) cheques emitidos por mes, pero se cobra un cargo de US\$25 por cada cheque emitido después del límite de 3 cheques mensuales.
3. Los cargos de inversión bancaria por cada fideicomiso tendrán un cargo anual máximo del 1%, que puede variar de acuerdo con los cargos actuales. El primero de cada mes se deberá pagar una doceava parte del 1%. No se aplicarán cargos de inversión bancaria si se elige la Opción 1 de la Asignación de Activos, como se define en la Declaración de la Política de Inversión.

J. VARIOS

1. Salvo por lo establecido en F.2., el Donante puede modificar las disposiciones de este Acuerdo de Consentimiento siempre que dichas modificaciones sean coherentes con el Acuerdo de Fideicomiso Maestro. Las modificaciones tendrán validez ante la recepción por parte del Fiduciario y la aprobación por parte de Special Needs Trust Foundation, la cual no deberá demorarse ni denegarse sin motivo.

2. El Donante podrá rescindir su Acuerdo de Consentimiento si la subcuenta del fideicomiso todavía no ha sido provisionada con fondos. En dicho caso, el Fideicomiso Maestro de Special Needs Trust Foundation y este Acuerdo de Consentimiento devendrán nulos e inválidos con respecto al Donante, la persona con necesidades especiales y Special Needs Trust Foundation.

3. Impuestos: El Donante reconoce que:

a. Las contribuciones realizadas al Fideicomiso Maestro de Special Needs Trust Foundation de conformidad con este Acuerdo de Consentimiento no son deducibles como contribuciones de caridad o donaciones ni podrán ser deducibles, de otra manera, para fines impositivos.

b. Los ingresos de la subcuenta del fideicomiso pueden ser imposables para la persona con necesidades especiales para cuyo beneficio se mantiene la subcuenta.

c. Los ingresos de la subcuenta del fideicomiso pueden ser imposables para el Fideicomiso. En este caso, dichos impuestos se pagarán de la subcuenta del fideicomiso.

d. Se ha recomendado al Donante que obtenga asesoramiento profesional en materia impositiva con respecto a los ingresos o cualquier consecuencia impositiva de estas donaciones.

4. El Donante acusa recibo de las copias del Acuerdo de Fideicomiso Maestro y este Acuerdo de Consentimiento y reconoce haber leído y entendido ambos documentos. El Donante acepta quedar obligado por sus términos.

Este Acuerdo de Consentimiento se firma el _____ de _____ de 20 _____

en _____, _____

DONANTE

DONANTE

Aprobado y aceptado:

FIDUCIARIO/ Funcionario Corporativo de SNTF

FECHA

Se adjuntan copias de los siguientes documentos del Beneficiario:

- Cartas de Elegibilidad para recibir beneficios
- Tarjetas de Elegibilidad para recibir beneficios
- Licencia de conducir del estado/Documento de identidad
- Tarjeta del Seguro Social
- Certificado de nacimiento y/o pasaporte
- Cualquier otro documento de identificación o de beneficios válido

SPECIAL NEEDS TRUST FOUNDATION

Hoja de Información

Insertar Hoja de Información de Terceros

DISCAPACIDAD(ES) Y EQUIPOS

Nombre _____

TIPO	EQUIPO Y/O USO		FUENTE DE FONDOS	
	SÍ	NO	SÍ	NO
VISUAL				
CEGUERA				
IMPEDIMENTO				
AUDITIVO				
SORDERA				
IMPEDIMENTO				
RETRASO MENTAL				
LEVE				
SEVERO				
PROFUNDO				
TRASTORNO PSIQUIÁTRICO				
ESQUIZOFRENIA				
TRASTORNO MANÍACO DEPRESIVO				
OTRO				
FÍSICA				
PARÁLISIS CEREBRAL				
TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO				
OTRO				

Por favor, escriba a continuación algunas pautas sugeridas para el uso de este Fideicomiso para Necesidades Especiales. ¿Qué deseos o sueños para la persona con necesidades especiales cree que se pueden cumplir con este dinero?

CARTA DE INTENCIÓN

La siguiente guía ayudará al Consejo Directivo de Special Needs Trust Foundation a cumplir sus deseos al tomar futuras decisiones financieras. Es importante que converse con su familia para llegar a un acuerdo sobre lo que desean para el futuro. El detalle que se encuentra a continuación puede usarse como guía para tomar su decisión. **Indique 4 ó 5 preferencias en cada encabezado.** (Ejemplo: Residencial: 1^{ra} opción: Vivir en un departamento con asistencia. 2^{da} Opción: Vivir en un hogar comunitario)

Residencia: *Si algo le sucediera mañana, ¿dónde vivirá su hijo o hija?*

____ Hogar comunitario _____
____ Departamento con asistencia _____
____ Hogar de un familiar _____
____ Otro _____

Educación: *Tiene una perspectiva permanente de las capacidades de su hijo o hija. ¡Compártala!*

Empleo: *¿De qué disfruta su hijo o hija? Considere sus metas, aspiraciones, limitaciones, etc.*

____ Empleo grupal _____
____ Empleo individual _____
____ Empleo comunitario _____
____ Taller de industria ligera _____
____ Centro de cuidados diarios _____
____ Otro _____

Atención médica: *¿Qué ha funcionado y qué no ha funcionado con su hijo o hija? ¿Qué deben saber los futuros cuidadores?*

Social: *¿Qué actividades hacen que la vida tenga más sentido para su hijo o hija?*

____ Actividades favoritas _____
____ Organización de recreación comunitaria _____
____ Viajes _____
____ Otro _____

Religión: *¿Hay alguna iglesia, sinagoga o persona especial que su hijo o hija prefiera?*

También es muy importante que el Consejo Directivo conozca a quién ha designado como defensor o tutor de su hijo o hija. Si no tiene familiares o ninguna persona a quien pueda designar, indique que desea que se utilice parte del dinero para contratar servicios fiduciarios privados.

Después de completar todas las áreas de planificación de vida, **consigne su firma y la fecha en este importante documento.** Esta carta se conservará con sus documentos del fideicomiso para proporcionar al Consejo Directivo instrucciones para un futuro desembolso. Esta carta puede modificarse en cualquier momento en el futuro.

Nombre del Donante (en letra de imprenta) _____

Persona con necesidades especiales _____

Firma _____ Fecha _____