



# ACUERDO DE ACEPTACIÓN DE FIDEICOMISOS COMUNITARIOS DE NYSARC, INC.

(FIDEICOMISOS COMUNITARIOS I Y II)

Copyright 1997 © NYSARC, Inc.  
Revisado en junio de 2015

Queda prohibida cualquier redistribución o reproducción de todo o parte del contenido de este documento que no sea la impresión o la descarga para su uso personal y no comercial.  
Usted no puede, sin nuestro consentimiento expreso por escrito, reproducir este documento.



(518) 439-8323  
(800) 735-8924

PO Box 1531  
Latham, NY 12110

**Acuerdo de aceptación de Fideicomisos comunitarios de NYSARC, Inc.**

**Este es un documento legal. Se trata de un acuerdo concerniente a un fideicomiso para necesidades especiales creado de acuerdo con el Código de los Estados Unidos 42, §1396. Se lo anima a buscar asesoramiento profesional independiente antes de firmar este acuerdo.**

El abajo firmante por el presente adopta, establece y se inscribe en una cuenta de subfideicomiso en virtud del **FIDEICOMISO COMUNITARIO I (“CT I”) DE NYSARC, INC.**, de fecha 19 de abril de 1997 y en su forma enmendada, **O BIEN** en virtud del **FIDEICOMISO COMUNITARIO II (“CT II”) DE NYSARC, INC.**, de fecha 17 de octubre de 2002 y en su forma enmendada, ambos fideicomisos incorporados aquí como referencia. El abajo firmante asimismo acepta la determinación de NYSARC, Inc. en cuanto a qué Fideicomiso (CT I o CT II) se podrá asignar al beneficiario. **Estos Fideicomisos son irrevocables.**

*NOTA: Debe responder todas las preguntas; de lo contrario, su solicitud se demorará.*

1. Donante (por lo general se trata de la misma persona que el Beneficiario): \_\_\_\_\_  
(primer nombre, segundo nombre, apellido)

Número de Seguro Social del Donante: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

Dirección del Donante: \_\_\_\_\_

Número telefónico del Donante: \_\_\_\_\_ (día) \_\_\_\_\_ (noche)

2. Beneficiario con discapacidad (Beneficiario por tipo): \_\_\_\_\_  
(primer nombre, segundo nombre, apellido)

Número de Seguro Social del Beneficiario con discapacidad: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

Dirección del Beneficiario: \_\_\_\_\_

Número telefónico del Donante: \_\_\_\_\_ (día) \_\_\_\_\_ (noche)

Condado de residencia: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Ciudadanía: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

En caso de haber contraído matrimonio, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_  
(primer nombre/apellido)

3. Relación del Donante con el Beneficiario: \_\_\_\_\_

4. Discapacidad(es) del Beneficiario que califica(n): \_\_\_\_\_

5. Orden judicial:

¿El Fideicomiso se establece como resultado de una Orden judicial? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
**En caso afirmativo, incluya una copia de la Orden judicial.**

6. Financiamiento (indique todas las opciones que correspondan):

\_\_\_\_ Ingresos excedentes mensuales/depósitos de NAMI (Ingreso Neto Mensual Disponible)

Indique el monto mensual depositado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Pago único

\_\_\_\_ Acuerdo de pago estructurado (indique el orden de liquidación).

\_\_\_\_ Otros (por ej., depósitos ocasionales de recursos)

Describa: \_\_\_\_\_

**Nota: Esta es información complementaria únicamente para el uso de NYSARC, Inc. Este monto se puede cambiar en cualquier momento sin ningún efecto en el Acuerdo de aceptación.**

7. Ingresos del Beneficiario:

Indique qué fuentes de ingresos recibe el Beneficiario:

Seguro social (indique el tipo de beneficio):

¿Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)\*?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Ingresos por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)\*? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Ingresos para Jubilación del Seguro Social (SSA)\*? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Beneficios del Seguro Social para los dependientes/supervivientes\*?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**\*Proporcione una copia de la carta “prueba de ingresos”, donde indique su número de reclamo.**

¿Otros ingresos? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**En caso afirmativo, proporcione la fuente, el monto y la frecuencia.**

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

8. Beneficios:

¿El Beneficiario recibe Medicaid? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Pendiente \_\_\_\_

En caso afirmativo, anote el número de la tarjeta de Medicaid:

Si el Beneficiario recibe otros beneficios, tales como Cupones para alimentos, HUD Sección 8, etc., enumere estos beneficios y los montos mensuales:

---

---

9. Arreglos de vivienda (indique los arreglos de vivienda del Beneficiario):

Independientemente	_____	CR/IRA/ICF (supervisado)	_____
Con cónyuge	_____	CR/IRA (de respaldo)	_____
Con padres/otros familiares	_____	Programa de cuidado familiar	_____
Centro de vida asistida	_____	Residencia para ancianos	_____

Otros (explique)

Si participa en un programa de residencia, ¿el Beneficiario recibe fondos comunitarios? Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuánto recibe y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

10. Servicios para el Beneficiario:

Enumere otros servicios que el Beneficiario reciba (incluidos servicios diurnos, coordinación de servicios, programas de empleo, etc.):

<u>Nombre del servicio</u>	<u>Nombre del proveedor</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

11. Tutela:

¿Existe un Tutor designado por el tribunal para el Beneficiario? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**En caso afirmativo, adjunte una copia del Decreto y de las Cartas de tutela (Art. 17A) O**

**Comisión y Orden de tutela (Art. 81) y complete lo siguiente:**

Tutor de la: Persona Propiedad Ambas

Enumere el (los) nombre(s) y la (las) dirección(es) del (de los) Tutor(es):

---

---

¿Hay un Tutor(es) provisional(es) o un Tutor(es) provisional(es) alternativo(s) designado(s)? Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, para la: Persona Propiedad Ambas

Enumere el (los) nombre(s) y la (las) dirección(es) del (de los) Tutor(es) provisional(es) o Tutor(es) provisional(es) alternativo(s):

---

---

12. Contactos autorizados:

**Nota:** NYSARC, Inc. requiere un contacto como mínimo.

	Comunicar/ Obtener información	Recibir estados Mensuales	Enviar solicitudes de desembolsos
Nombre: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dirección: _____			
N.º telefónico: _____			
Relación: _____			

	Comunicar/ Obtener información	Recibir estados Mensuales	Enviar solicitudes de desembolsos
Nombre: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dirección: _____			
N.º telefónico: _____			
Relación: _____			

	Comunicar/ Obtener información	Recibir estados Mensuales	Enviar solicitudes de desembolsos
Nombre: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dirección: _____			
N.º telefónico: _____			
Relación: _____			

13. Información complementaria:

Indique un contacto autorizado para recibir lo siguiente (puede ser el beneficiario o un contacto autorizado indicado):

➤ Carpeta del Beneficiario: \_\_\_\_\_

➤ Información fiscal: \_\_\_\_\_

14. Estados mensuales:

¿El Beneficiario debe recibir una copia del estado mensual? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

15. Representante:

Indique la persona/firma que enviará los documentos del Fideicomiso a Medicaid, a la Administración del Seguro Social o a otra agencia gubernamental en su nombre.

***Tenga en cuenta: La persona indicada a continuación recibirá una copia de la carta de aceptación junto con una copia del Acuerdo de aceptación celebrado.***

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º telefónico: \_\_\_\_\_

Agencia/Firma, etc.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

16. Disposiciones funerarias:

¿El Beneficiario ha realizado arreglos funerarios? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

***En caso afirmativo, proporcione detalles (por ej., funeraria, ubicación de parcela, etc.)***

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

17. Seguro de vida:

¿Existe una póliza de seguro de vida para el Beneficiario? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Quién es el dueño de la póliza? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Quién es el beneficiario designado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Información y divulgación:**

Asignación al Fideicomiso comunitario I o al Fideicomiso comunitario II:

NYSARC, Inc. se reserva el derecho a asignar una cuenta en virtud de este Acuerdo de aceptación ya sea al Fideicomiso comunitario I o al Fideicomiso comunitario II en función de su clasificación como una cuenta de “traspaso”. Una cuenta de “traspaso” se define como cualquier cuenta en la que el Beneficiario deposita un “*spend-down*” (deducible) del ingreso mensual.

Fideicomiso comunitario I versus Fideicomiso comunitario II:

El Donante comprende que el Fideicomiso comunitario I y el Fideicomiso comunitario II son idénticos en todos los aspectos **materiales**, a excepción de las tarifas. Las tarifas evaluadas según el Fideicomiso comunitario II pueden ser mayores debido a los costos administrativos más elevados asociados con la administración de las cuentas de “traspaso”. El Donante reconoce que ha revisado los programas de tarifas respectivos del Fideicomiso comunitario I y del Fideicomiso comunitario II y no presenta objeción a que NYSARC, Inc. lo asigne al Fideicomiso comunitario II si NYSARC, Inc. determina que la cuenta es una cuenta de “traspaso”.

#### Fallecimiento del Beneficiario:

- a. **La cuenta de subfideicomiso del Beneficiario finaliza tras su deceso.** Si al fallecer el Beneficiario los fondos permanecen en su cuenta de subfideicomiso, se considerará que tales fondos son propiedad del Fideicomiso, y el **Fideicomiso comunitario de NYSARC, Inc.** aplicable retendrá todos los fondos restantes en la cuenta de subfideicomiso separada del Beneficiario a fin de promover los propósitos de ese Fideicomiso. No obstante, en la medida en que el Fideicomiso no retenga de hecho los montos restantes en la cuenta de subfideicomiso de la persona tras su muerte, el Fideicomiso abonará al (a los) Estado(s) de tales montos restantes en la cuenta de subfideicomiso un monto igual al monto total de la asistencia médica abonada en nombre de la persona en virtud del plan estatal de Medicaid. En la medida en que el Fideicomiso no retenga los fondos en la cuenta, el (los) Estado(s) será(n) el primer beneficiario de cualquiera de tales fondos, y el (los) Estado(s) tendrá(n) prioridad sobre el pago de otras deudas y gastos administrativos, a excepción de los enumerados en el Sistema Manual de Operaciones del Programa (POMS, por sus siglas en inglés) SI01120.203B.3.a.
- b. Los gastos funerarios solo se abonarán en virtud del arreglo funerario de necesidad previa elegible de Medicaid establecido y fundado antes del fallecimiento del Beneficiario. **Los gastos funerarios no se abonarán después del fallecimiento del Beneficiario.**

#### Aportes/Depósitos:

- a. Todos los aportes realizados a la cuenta de subfideicomiso se mantendrán y administrarán en conformidad con las disposiciones del **Fondo comunitario I o II de NYSARC, Inc.** aplicable, los que se incorporan en el presente como referencia.
- b. Los Fideicomisarios tendrán el derecho exclusivo y absoluto de aceptar o rechazar depósitos adicionales a la cuenta de subfideicomiso.
- c. En caso de que un Beneficiario tenga una cuenta de subfideicomiso con saldo cero (\$0) durante sesenta (60) días consecutivos o más, el Fideicomisario se reservará el derecho de cerrar la cuenta de subfideicomiso del Beneficiario. Tenga en cuenta que el Fideicomisario puede continuar cobrando tarifas administrativas por la administración de la cuenta de subfideicomiso antes de su cierre. En caso de que un Beneficiario desee volver a abrir una cuenta de subfideicomiso, es posible que se requiera que el Beneficiario pague toda tarifa administrativa pendiente generada por la cuenta de subfideicomiso previa. Además, se puede solicitar que el Beneficiario pague una nueva tarifa de inscripción al volver a abrir una cuenta de subfideicomiso.

#### Desembolsos:

- a. Todas las solicitudes de desembolsos se deben revisar y aprobar de manera individual.

- b. Los desembolsos por los gastos en los que se haya incurrido más de 90 días antes de la entrega del formulario de solicitud de desembolso no se pagarán.
- c. Los Fideicomisarios, a su criterio, han determinado que los desembolsos para los siguientes artículos no se pagarán: compras de armas de fuego, alcohol, tabaco, artículos relacionados con actividades ilegales, fianza o restitución.
- d. Todos los desembolsos se deben realizar a entera y absoluta discreción del Fideicomisario.
- e. No se realizará ningún desembolso luego del fallecimiento del Beneficiario, incluso para los gastos contraídos o vencidos antes de la defunción.

Determinación de discapacidad:

En caso de que se requiera una determinación de discapacidad a los efectos de Medicaid, tenga en cuenta que se debe incurrir en tarifas administrativas mientras se está tomando la determinación de discapacidad.

Impuestos:

- a. El Donante reconoce que los aportes a los **Fondos comunitarios de NYSARC, Inc.** no son deducibles de impuestos como las donaciones caritativas, o de otro modo.
- b. Los ingresos de la cuenta de subfideicomiso pueden ser imposables para el Beneficiario.

Divulgación de un posible conflicto de intereses:

Es probable que exista un posible conflicto de intereses en la administración del Fideicomiso debido a que el Fideicomiso retiene esos fondos restantes en la cuenta de subfideicomiso al momento de la muerte del Beneficiario. Los fondos restantes en el Fideicomiso se pueden utilizar para pagar servicios auxiliares o complementarios para los Beneficiarios y los posibles Beneficiarios para los cuales un **Capítulo de NYSARC, Inc.** o **NYSARC, Inc.** por sí mismo puede prestar servicios.

El (los) Donante(s) que celebra(n) este Acuerdo de aceptación tiene(n) conocimiento de los posibles conflictos de intereses que existen en la administración del Fideicomisario del Fideicomiso. El Fideicomisario no será responsable ante el Donante o ante ninguna parte por ninguna actuación en provecho propio o por ningún conflicto de intereses derivado de sus afiliaciones con **NYSARC, Inc.** o con cualquier Beneficiario o agencia constitutiva o Capítulos.

Situs:

La cuenta de subfideicomiso creada por este Acuerdo ha sido aceptada por el Fideicomisario en el estado de Nueva York y será administrada por **NYSARC, Inc.** y una institución financiera en el estado de Nueva York. La validez, la interpretación y todos los derechos en virtud de este Acuerdo estarán regidos por las leyes del estado de Nueva York. El *situs* de este Fideicomiso para fines administrativos, contables y legales será el condado de Albany, donde tuvo lugar la mayoría de las reuniones concernientes al establecimiento del Fideicomiso.

Nulidad de alguna disposición:



En caso de que alguna disposición de este Acuerdo sea o se vuelva nula o inaplicable, las disposiciones restantes de este Acuerdo serán y continuarán siendo plenamente vigentes.

**Al firmar a continuación, usted afirma que comprende y acepta lo siguiente:**

**He recibido y leído una copia del Fideicomiso Maestro aplicable antes de firmar este Acuerdo de aceptación y reconozco que comprendo su contenido. También entiendo que dicho documento se puede enmendar periódicamente. Me han entregado el programa de tarifas aplicable y el texto Información y procedimientos, y reconozco que comprendo su contenido. También entiendo que se pueden presentar cambios periódicamente.**

**Celebro este Acuerdo de aceptación de manera voluntaria y actuando por iniciativa propia.**

**El Donante reconoce que el Beneficiario padece una discapacidad conforme se define en la Sección 1614(a)(3) [42 USC 1382c(a) (3)] de la Ley del Seguro Social.**

**Bajo pena de perjurio, todas las declaraciones realizadas en este documento son verdaderas y exactas según mi leal saber y entender.**

**El Fideicomiso comunitario I y II de NYSARC, Inc. son fideicomisos autorizados para que los utilicen personas con discapacidades en virtud de la ley federal y estatal. Al acordar aceptar una propiedad del Donante en conformidad con este Acuerdo de aceptación, NYSARC, Inc. solo acepta administrar los fondos fiduciarios con arreglo a los términos del Acuerdo de Fideicomiso Maestro y en cumplimiento de las leyes y regulaciones federales y estatales. Es responsabilidad exclusiva del Donante o de su representante determinar si el donante es “discapacitado” tal como ese término se define según la ley federal, si cuentan con la autoridad legal para transferir una propiedad a fin de financiar el fideicomiso, y el impacto que una transferencia de propiedad al Fideicomiso comunitario de NYSARC, Inc. tendrá en la elegibilidad continuada del Donante para programas de beneficios gubernamentales.**

**NYSARC, Inc. no asume responsabilidad alguna como asesor jurídico del Donante o Beneficiario, ni brinda asesoramiento legal en lo que respecta a las consecuencias de una transferencia de propiedad al Fideicomiso comunitario de NYSARC, Inc.**

**Los Fideicomisarios, a su criterio, pueden solicitar que un intermediario asista en la administración de la cuenta de subfideicomiso del Beneficiario. El costo de esto se podrá cobrar a la cuenta de subfideicomiso.**

**La parte autorizada para hablar con nosotros en su nombre, o el intermediario, debe notificar a NYSARC, Inc. su fallecimiento de inmediato y se le solicitará que nos proporcione un certificado de defunción certificado.**

**Se requerirá que una persona que solicite o reciba desembolsos en contravención del Acuerdo de Fideicomiso Maestro y del Acuerdo de aceptación vuelva a pagar el monto desembolsado.**

**Este Acuerdo de aceptación y la participación del Beneficiario en el Fideicomiso comunitario de NYSARC, Inc. es una decisión jurídica importante que puede tener consecuencias significativas y duraderas para el Beneficiario y, por consiguiente, usted debería considerar solicitar asesoramiento de un abogado u otro asesor profesional antes de celebrar este Acuerdo. Al firmar este Acuerdo, usted reconoce que ha tenido a su disposición la oportunidad de consultar a un abogado u otro asesor y que ningún empleado de NYSARC, Inc. le ha brindado a usted (o al Beneficiario, en caso de que no se tratara de la misma persona que firma este Acuerdo) ningún asesoramiento jurídico en relación**

con este Acuerdo de aceptación, la participación del Beneficiario en el Fideicomiso comunitario o la idoneidad de tal participación del Beneficiario en el Fideicomiso comunitario sobre la base de las circunstancias particulares del Beneficiario.

Si procede, este documento fue traducido por:

_____	_____
Nombre en letra de imprenta	Firma

**ESTE DOCUMENTO ESTÁ DESTINADO EXCLUSIVAMENTE PARA SU TRADUCCIÓN. LOS SOLICITANTES DEBEN COMPLETAR Y ENVIAR LA VERSIÓN EN INGLÉS.**

_____	_____	_____
Firma del Donante/Tutor	Relación con el Beneficiario	Fecha
Estado de Nueva York )		
Condado de ) s.s.		

En este día, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, ante mí, el abajo firmante, un Notario público quien actúa en dicho Estado, compareció personalmente,

Personas de mi conocimiento o quien demostró su identidad basándose en evidencia satisfactoria como la persona cuyo nombre aparece en este instrumento, y quien reconoció haber oficiado este documento en su capacidad autorizada y que por medio de su firma en el instrumento, la persona o la entidad a nombre de la cual la persona actuó, formalizó este instrumento.

\_\_\_\_\_

Notario público

EXCLUSIVAMENTE PARA USO ADMINISTRATIVO

_____	_____
NYSARC, Inc., como Fideicomisario	Fecha

Fecha en que se completó: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha en que se aceptó: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Financiamiento inicial: \$ \_\_\_\_\_

Fideicomiso asignado: Fideicomiso comunitario I \_\_\_\_ Fideicomiso comunitario II \_\_\_\_ Cuenta n.º: \_\_\_\_\_