TEXAS Health and Human Services Commission

Fecha
Especialista en elegibilidad
Dirección, clave del área y teléfono de la oficina

(Nombre y dirección del solicitante, beneficiario o persona responsable)

Nombre	Núm. de la persona

Sus recursos contables y el valor líquido contable de estos aparecen a continuación. Bajo la Asociación de Atención a Largo Plazo (LTCP), está disponible y no se tomará en consideración el saldo de $_____. Favor de seleccionar de la lista (marcando la casilla en la columna "Sí") los recursos que quiere designar para que no se tomen en consideración bajo la LTCP y llene la cantidad que quiere designar en la casilla "Cantidad designada", que no debe sobrepasar el saldo de la LTCP disponible.

Nota: Una vez que se designe un recurso contable, usted no podrá cambiar de opinión y cambiarlo por otro en el futuro. Un recurso contable designado se tiene que designar en su totalidad si es posible. Si se deshace del recurso designado bajo la LTCP, no podrá designar otro recurso contable en su lugar.

Sí	Recurso contable		Valor líquido	Cantidad designada	Nombre/Dirección/Ubicación
☐	**Cuenta de cheques**				
	Núm. de cuenta		$	$	
	Núm. de cuenta		$	$	
☐	**Cuentas de ahorros, certificados de depósito, cuentas individuales de jubilación**				
	Núm. de cuenta		$	$	
	Núm. de cuenta		$	$	
☐	**Fondos de fideicomiso**		$	$	
☐	**Dinero en efectivo**		$	$	
☐	**Terrenos, lotes o casas**		$	$	
☐	**Seguro de vida**				
	Núm. de póliza		$	$	
	Núm. de póliza		$	$	
☐	**Anualidades** (describa)		$	$	
			$	$	

Sí	Recurso contable	Valor líquido	Cantidad designada	Nombre/Dirección/Ubicación
☐	**Derechos a petróleo, gas, minerales y superficies** (describa)	$	$	
		$	$	
☐	**Usufructo**	$	$	
☐	**Otro** (describa):	$	$	
		$	$	

Nombre de la persona que llena la forma (si no es la misma persona)	Relación con la persona	Clave del área y teléfono de la casa	Clave del área y teléfono del trabajo
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)			

Asegúrese de firmar esta forma antes de devolverla

Firma de la persona	Fecha	Firma del cónyuge	Fecha
Firma de la persona responsable	Fecha	Relación con la persona	

Si la persona no puede firmar su nombre, debe poner una marca (X) ante 2 testigos, que tienen que firmar a continuación:

Firma del testigo	Fecha	Firma del testigo	Fecha

Con algunas excepciones, usted tiene el derecho de saber qué información obtiene sobre usted la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC), y de pedir la información. Si desea recibir y estudiar la información, tiene el derecho de solicitarla. También tiene el derecho de pedir que la HHSC corrija cualquier información incorrecta (Código Gubernamental, Secciones 552.021, 552.023, 559.004). Para enterarse sobre su información y el derecho de pedir que la corrijan, favor de ponerse en contacto con la oficina local de la HHSC.