

**ACUERDO DE REEMBOLSO Y ACUSE DE RECIBO**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Cónyuge Nombre: \_\_\_\_\_  
(Escriba en imprenta) (Escriba en imprenta)

Dirección: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

**SOLICITANTES DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Yo, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, comprendemos que las leyes estatales de N.H., RSA 167:13, RSA 167:14, RSA 167:14-a, y RSA 167:28, requieren un reembolso al Estado y al Condado de mi parte o de parte de mi cónyuge por la asistencia financiera proporcionada, como condición para calificar para los programas APTD, ANB y OAA.

**COMPRENDO QUE:**

**INICIALES**

- podría presentarse un aviso de gravamen contra cualquier bien inmueble de mi propiedad o de mi cónyuge, conjunta o solidariamente, en cualquier momento después de que comience la asistencia financiera y que el Estado no buscará cobrar dicho gravamen mientras mi cónyuge o yo residamos en la propiedad como propietarios legales, a menos que la propiedad se venda o refinancie voluntariamente mientras exista el gravamen. \_\_\_\_\_
- podría presentarse una demanda contra mis bienes o los de mi cónyuge para satisfacer la demanda del Estado de reembolso de la asistencia financiera proporcionada. \_\_\_\_\_
- si el Estado pretende presentar un aviso de gravamen sobre mis bienes inmuebles, se me enviará una notificación por escrito y tendré la oportunidad de apelar la colocación del gravamen. \_\_\_\_\_
- el Estado también tiene derecho a recuperar el costo de los pagos de asistencia médica (Medicaid) realizados a mi nombre, tal como se describe en la página 2 (dos) de este formulario. \_\_\_\_\_
- no firmar este formulario dará como resultado la ineligibilidad de asistencia financiera de acuerdo con RSA 167:28. \_\_\_\_\_

He leído y comprendo mis derechos y responsabilidades tal como se explica en este Formulario y he tenido oportunidad de hacer preguntas sobre esta información.

Fechado \_\_\_\_\_ este \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Lugar) (Fecha) (Mes) (Año)

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/padre/madre

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge/padre/madre

El Estado de New Hampshire

\_\_\_\_\_ ss.  
Compareció ante mí la persona \_\_\_\_\_

y \_\_\_\_\_ y reconoció que el documento mencionado se realizó como producto de su libre voluntad.

\_\_\_\_\_  
(Mes/día) (Año)

Ante mí,

Juez de Paz o Notario Público

**POLÍTICAS QUE SE APLICAN A TODOS LOS SOLICITANTES DE ASISTENCIA MÉDICA (MEDICAID)**

Nombre de:solicitante: \_\_\_\_\_ Cónyuge Nombre: \_\_\_\_\_  
(Escriba en imprenta) (Escriba en imprenta)

Dirección: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

**COMPRENDO QUE:**

**INICIALES**  
(Opcional)

- de acuerdo con las leyes Federales y Estatales, es posible que sea me exija que reembolse al gobierno el costo de los pagos de Medicaid realizados a mi nombre de acuerdo con OAA, ANB, MEAD, BCCP o APTD mientras tenga 55 años o más y que el Estado podría presentar un gravamen contra mis bienes inmuebles y/o presentar una demanda contra mis bienes para recuperar los costos de Medicaid.
- de acuerdo con la ley estatal y federal, el Estado no solicitará recuperación de mis bienes hasta o a menos que mi cónyuge, si lo tuviera, haya muerto y yo no tenga hijos menores de 21 o que sean ciegos o permanente y totalmente discapacitados.
- solo los activos contenidos en mis bienes estarán disponibles para recuperación por la asistencia médica que se me proporcionó.
- con el fin de la recuperación de la asistencia médica que se me proporcionó, mis "bienes" incluyen tanto los activos que pasen por la validación del testamento y los activos que pasen por fuera del proceso de validación del testamento como en ciertos activos del fondo fiduciario, activos de propiedad conjunta y saldos impagos de pensión anual que me beneficien.
- de acuerdo con la ley estatal mis bienes incluyen todas las propiedades muebles o inmuebles de las cuales obtengo lucro a la fecha de mi muerte. Dicho lucro incluye la tenencia conjunta con derechos de supervivencia, la tenencia en común, las propiedades vitalicias y los fideicomisos voluntarios a la fecha que dicho título o lucro se haya establecido.
- si tengo propiedad como propietario conjunto con derecho a supervivencia o cuento con una propiedad vitalicia al momento de mi muerte, el Estado dará aviso por escrito de las reclamaciones del mismo a los propietarios supervivientes.
- cuando comience la acción de recuperación, el Estado notificará al albaceas de mis bienes de la reclamación de reembolso y, de acuerdo con He-W 695, la disponibilidad de una exención si la recuperación causaría una penuria indebida a mis herederos.

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

**POLÍTICAS QUE SE APLICAN A RESIDENTES PERMANENTES DE INSTITUCIONES MÉDICAS:**

Además de las responsabilidades de reembolso descritas anteriormente, lo siguiente se aplica a personas que residen permanentemente en instituciones médicas que reciben pagos de Medicaid por los costos de cuidado institucional.

**COMPRENDO QUE:**

**INICIALES**  
(Opcional)

- si se determinó que no se puede esperar razonablemente que sea dado de alta de una institución médica, el Estado presentará un gravamen contra los bienes inmuebles que me pertenecen, incluyendo mi hogar, a menos que cualquiera de los siguientes individuos residan en mi casa:
  - mi cónyuge;
  - mi hijo menor de 21 años o ciego o permanentemente y totalmente discapacitado; o
  - mi hermano o hermana con un interés de protegido por "equity" en el hogar y que haya estado residiendo en el hogar por lo menos durante un año antes de mi admisión a la institución médica.
- si el Estado pretende presentar un gravamen sobre mis bienes inmuebles, se me enviará a mí y a cualquier otro propietario conjunto una notificación por escrito y tendré la oportunidad de apelar la colocación del gravamen.
- todo gravamen sobre mi hogar será retirado una vez que sea dado de alta de la institución médica.

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

He leído y comprendo mis derechos y responsabilidades tal como se explica en este Formulario y he tenido oportunidad de hacer preguntas sobre esta información.

\_\_\_\_\_  
(Opcional) Firma del solicitante/padre/madre

\_\_\_\_\_  
(Opcional) Firma del cónyuge/padre/madre

\_\_\_\_\_  
Especialista en servicios familiares

\_\_\_\_\_  
Fecha