

Solicitud de Exención por Dificultades Excesivas

| Información personal | | | |
|---|---|--|-------------------|
| Apellido del solicitante / beneficiario | | Nombre | Inicial 2º nombre |
| Número de seguro social del solicitante / beneficiario | | Fecha de nacimiento del solicitante / beneficiario | |
| Dirección (calle y nro.) | | Número de teléfono | |
| Ciudad | Estado | Código postal | |
| Información sobre transferencia de bienes | | | |
| ¿Qué bien o bienes fueron transferidos? Descríbalos(s): | | Indique el valor del bien o bienes: \$ | |
| ¿Cuándo ocurrió cada transferencia? Fecha(s): | ¿Qué cantidad recibió como compensación por el bien o bienes? \$ | | |
| ¿A quién se transfirieron los bienes (Cesionario)? | | ¿Qué relación tiene el Cesionario con el solicitante / beneficiario? | |
| Dirección del Cesionario | | Número de teléfono del Cesionario | |
| Ciudad | Estado | Código postal | |
| ¿Por qué se transfirieron los bienes? Explicar: | | | |
| Información adicional | | | |
| ¿De qué manera la denegación del pago de los servicios de Cuidado a Largo Plazo (por sus siglas en inglés, LTC) lo priva de atención médica de modo tal que pone en peligro su salud o su vida, o de qué manera dicha denegación lo priva de alimentos, vestimenta, vivienda u otras necesidades vitales? Explicar: | | | |
| ¿Qué medidas ha tomado para recuperar sus bienes? Incluya el nombre y número de teléfono del abogado que haya contactado para que lo ayude a recuperar sus bienes. Explicar: | | | |
| Firmas | | | |
| Acepto que si se me otorga la exención por dificultades excesivas y se aprueba el pago de mis servicios de LTC, cooperaré con el Departamento de Servicios Humanos para tomar cualquier medida necesaria para recuperar el o los bienes. | | | |
| _____ | | _____ | |
| Firma del solicitante o beneficiario | | Fecha | |
| _____ | | _____ | |
| Firma del representante | | Fecha | |
| _____ | | _____ | |
| Firma de la persona de contacto del establecimiento (si corresponde) | | Fecha | |