

AGENCY USE ONLY PARA USO DE LA AGENCIA	Date Form Requested	Date Form Mailed	Assessment No.	BJN	Mail Code
	Date Form Received	Date Form Remailed	Date Form Returned	Appointment Date	

DECLARATION OF RESOURCES/DECLARACIÓN DE RECURSOS

Complete all items. If the answer is "None," write "None" in the space provided or check "No."
Llene todos los lugares. Si la respuesta es "Nada", escriba "Nada" en el lugar indicado, o marque "No."

SECTION 1 – APPLICANT/RECIPIENT AND SPOUSE/SECCION 1 – SOLICITANTE/CLIENTE Y ESPOSA(O)

Name (as it appears on Medicare card) Nombre (como aparece en la tarjeta de Medicare)			
Date of Birth Fecha de Nacimiento	Sex Sexo	Race Raza	
Social Security No. Núm. de Seguro Social		Social Security Claim No. Núm. de Reclamo de Seguro Social	
Home Address – Street Dirección de Residencia - Calle			City Ciudad
State Estado	ZIP	County Condado	Telephone No. Teléfono
Mailing Address (if different from above) Dirección Postal (si es diferente de la de arriba)			

Name of Spouse (as it appears on Medicare card) Nombre de la/del Esposa(o) (como aparece en la tarjeta de Medicare)			
Date of Birth Fecha de Nacimiento	Sex Sexo	Race Raza	
Social Security No. Núm. de Seguro Social		Social Security Claim No. Núm. de Reclamo de Seguro Social	
Home Address – Street Dirección de Residencia - Calle			City Ciudad
State Estado	ZIP	County Condado	Telephone No. Teléfono
Mailing Address (if different from above) Dirección Postal (si es diferente de la de arriba)			

SECTION 2 – RESOURCES: Check to show things you and your spouse have or are buying. If you answer "Yes," show the amount or value as of the first day of the month that you were admitted to the institution.

SECCION 2 – RECURSOS: Marque para indicar los bienes que usted o su esposo(a) tienen o están comprando. Si marca "Sí," escriba la cantidad or el valor que tenía el primer día del mes que entró usted al centro.

Type of Resource Clase de Recurso	Yes Sí	No	Account No. Cuenta Núm.	Name/Location of Bank Nombre y Dirección del Banco	Client Amount Cantidad del/de la Cliente	Spouse Amount Cantidad del/de la Esposa(o)
1. Checking Accounts Cuentas de Cheques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$
2. Savings Accounts, Certificates of Deposit, Individual Retirement Accounts Cuentas de Ahorros, Certificados de Deposito, Individual Retirement Accounts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$
3. Are you authorized to sign any checking/savings accounts not already listed? ¿Tiene autorización para firmar en otras cuentas de cheques or de ahorros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$
4. Trust Funds Fondos de Trust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$
5. Safe Deposit Box Caja de Seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Location/Dónde	Contents/Contenido		Value/Valor \$
6. Cash/Dinero en Efectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$
7. Notes, Stocks, Bonds (if "Yes," describe) Pagarés, Acciones, Bonos (si marca "Sí,"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$
8. Cars, Trucks, or Recreational Vehicles Carros, Trocas, o Vehículos de Recreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Year/Año	Make/Marca		Value/Valor \$
			Year/Año	Make/Marca		Value/Valor \$
9. Homestead, including Mobile Home (either total or part ownership) Hogar de familia, incluyendo Casa Móvil (como dueño único o parcial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Address/Location Dirección/Lugar		Amount of Land Medidas del Terreno	Current Value Valor Actual
						\$

10. Land, Lots, or Houses (either total or part ownership) – Do not include homestead Otros terrenos, Lotes, Casas (como dueño único o parcial)	YES Sí	NO	Address/Location Dirección/Lugar		Amount of Land Medidas del Terreno	Current Value Valor Actual
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11. Retroactive Benefits (back payment from any source within the last 12 months) Beneficios Retroactivos (pagos atrasados de cualquier origen recibidos durante los últimos 12 meses)	YES Sí	NO	Source of Payment Origen del Pago		When Received? ¿Cuándo lo Recibió?	Amount Cantidad
						\$ \$
12. Life Insurance (whole life, term, burial, or group) Seguro de Vida (para toda la vida, para un periodo determinado, de entierro, o de arupo)	YES Sí	NO	Policy No. Núm. de la Póliza	Name of Company Nombre de la Compañía		Face Value Valor Nominal
						\$ \$
13. Annuities – Describe: Anualidades – Describa:	YES Sí	NO				\$ \$
						\$ \$
14. Burial (cemetery) Plot, Crypt, etc. Lote en el Cementerio, Cripta, etc.	YES Sí	NO	Name of Cemetery Nombre del Cementerio	Number of Spaces Número de Lugares	Family Member Buried There? ¿Es Sepulcro de Algún Familiar?	Current Value Valor Actual
					<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	\$
			<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No	\$		
15. Pre-need Funeral Contract Contrato de Funeral Pagado de Antemano	YES Sí	NO	Name of Funeral Home Nombre de la Funeraria		Location Dirección	Current Value Valor Actual
						\$ \$
16. Burial Funds – Describe: Fondos para Entierro – Describa:	YES Sí	NO				\$ \$
						\$ \$
17. Oil, Gas, Mineral, Surface Rights (either total or part ownership) – Do not include homestead Derechos (como dueño único o parcial) a Petróleo, Gas, Minerales, Superficie – No incluya el lote donde tiene su residencia	YES Sí	NO	Address/Location Dirección/Lugar		Amount of Land Medidas del Terreno	Current Value Valor Actual
						\$ \$
18. Life Estate (either total or part ownership) Bienes de por Vida (como dueño único o parcial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$
19. Personal Property (fine china, silver, antiques, etc.) – Itemize Propiedad Personal (loza, plata, antigüedades, etc.) – Especifique:	YES Sí	NO				\$
						\$
20. Work Equipment – Itemize: Equipo para el trabajo – Especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$
21. Livestock/Poultry – Itemize: Ganando/Aves – Especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				\$
22. Do you own or share ownership of anything not named in this section? Itemize: ¿Es dueño único o parcial de alguna cosa no nombrada en esta sección? Especifique:	YES Sí	NO				\$
						\$
Person completing Form (if not applicant/recipient) Persona que Llenó Esta Declaración (si no es el solicitante/cliente)			Relationship to Applicant/Recipient Relación con el Solicitante/Cliente	Home Telephone No. Teléfono del la Casa	Work Telephone No. Teléfono del Trabajo	
Address (Street, City, State, ZIP)/Dirección (Calle, Ciudad, Estado, ZIP)						

X _____
Signature – Institutionalized Spouse
Firma – Esposo(a) que Vive en la Institución

Date/Fecha

X _____
Signature – Responsible Person/Firma – Persona Responsable

Date/Fecha

Relationship to Applicant/Recipient/Relación con el Solicitante/Cliente

X _____
Signature – Community Spouse
Firma – Esposo(a) que Vive en la Institución

Date/Fecha

With a few exceptions, you have the right to request and be informed about the information that the Health and Human Services Commission (HHSC) obtains about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask HHSC to correct information that is determined to be incorrect (Government Code, Sections 552.021, 552.023, 559.004). To find out about your information and your right to request correction, please contact your local HHSC office.

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 dicha 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 la información y el derecho de pedir que la corrijan, favor de ponerse en contacto con la oficina local de la HHSC.