



State of California—Health and Human Services Agency
Department of Health Services

Third Party Liability Branch, Recovery Section
MS-4720, PO Box 997425
Sacramento, CA 95899-7425



ARNOLD SCHWARZENEGGER
Governor

**ENCUESTA DE MEDI-CAL SOBRE EL PATRIMONIO
SUCESORIO (HERENCIA) (ESTATE)**

PARA SATISFACER LOS REQUISITOS LEGALES, LLENE Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO

NOMBRE DE BENEFICIARIO:

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE BENEFICIARIO:

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

Conforme a la ley de California (Secciones 215, 9202 y 19202 del Código Testamentario), la(s) persona(s) que esté(n) encargándose de arreglar los asuntos financieros de una persona fallecida que recibió, o podría haber recibido, atención médica bajo el programa de Medi-Cal, tiene que notificar la muerte de la persona fallecida al Departamento de Servicios de Salud (*Department of Health Services - DHS*). La ley exige que la notificación se le dé al *DHS*, a más tardar en un plazo de 90 días, a partir de la fecha de la muerte. La Notificación a la Oficina del Seguro Social o a la Oficina de Asistencia Pública del Condado no satisface este requisito legal. Nuestros archivos indican que la persona fallecida nombrada anteriormente estaba inscrita en el programa de Medi-Cal. Por lo tanto, para satisfacer este requisito legal, por favor complete y devuelva este documento, con una copia del acta de defunción, al DHS, a la dirección que se indica anteriormente.

Por favor, conteste las siguientes preguntas, **aun si la persona fallecida no tenía ningún bien**, y devuelva este formulario en el sobre adjunto, junto con una copia del acta de defunción.

1. ¿Aún vive el/la cónyuge (esposo o esposa) de la persona fallecida? NO ____ SÍ ____

Si no es así, fecha de su muerte ____/____/____

Anote el nombre del/de la cónyuge _____

Número de Seguro Social del/de la cónyuge _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento del/de la cónyuge ____/____/____

2. ¿Le sobrevive a la persona fallecida un(a) hijo(a) menor de 21 años? NO ____ SÍ ____

[Si la respuesta es 'sí', adjunte una copia del acta de nacimiento del/de la hijo(a).]

¿Le sobrevive a la persona fallecida un(a) hijo(a) ciego(a) de cualquier edad? NO ____ SÍ ____

¿Le sobrevive a la persona fallecida un(a) hijo(a) incapacitado(a) de cualquier edad? NO ____ SÍ ____

[Si la Administración del Seguro Social ha determinado que un(a) niño(a) está ciego(a) o incapacitado(a), adjunte una copia de la carta de beneficios de la Administración del Seguro Social, junto con una copia del acta de nacimiento del/de la niño(a).]

Staff Use Only

RECIPIENT:
MEDI-CAL #:
SSN:

IND:
SDX:
RUN:

VER:

3. ¿Efectivo y cuentas bancarias al momento de la muerte (después de los gastos del entierro)? NO ____ SÍ ____
\$ _____ VALOR
¿Pagó usted los gastos funerarios/del entierro de sus fondos personales? NO ____ SÍ ____ (Si así fue, adjunte los recibos)
Enumere otros bienes: acciones, bonos, rentas vitalicias (pensiones), cuentas de jubilación, etc. _____
\$ _____ VALOR
Enumere otros bienes personales _____ \$ _____ VALOR

Si marcó 'sí' en cualquiera de los bienes anteriores, por favor proporcione copias como comprobante, como por ejemplo estados de cuenta del banco u otros estados financieros, formulario de registro, certificados de acciones, etc. Si usted pagó los gastos funerarios/del entierro, por favor adjunte una copia de los recibos.

4. ¿Se está determinando la validez del testamento? NO ____ SÍ ____
Si la respuesta es 'sí', anote el número de la sucesión testamentaria (*probate*) _____
y el condado en el que se presentó _____

5. Anote el nombre, dirección y número de teléfono del/de la abogado(a) o persona a cargo del patrimonio sucesorio (herencia) (*estate*).

Nombre _____ Número de teléfono (____) _____
Dirección _____

6. ¿Era dueña la persona fallecida de cualquiera de lo siguiente: casa/terreno/casa móvil? NO ____ SÍ ____
\$ _____ VALOR

EN EL MERCADO

Si la respuesta es 'sí', anote la dirección de la propiedad _____

ADJUNTE UNA COPIA DEL TÍTULO DE PROPIEDAD/DE TRASPASO

Anote el nombre, dirección y número de teléfono de cada uno de los herederos (personas que recibirán una parte de los bienes) o La persona copropietaria de los bienes de la persona fallecida, y la parte de los bienes que recibió de la persona fallecida.

ADJUNTE UNA PÁGINA POR SEPARADO, SI NECESITA MÁS ESPACIO

Nombre: _____ Número de teléfono (____) _____
Dirección: _____
Bien: _____ Parte del patrimonio sucesorio _____ %

Nombre: _____ Número de teléfono (____) _____
Dirección: _____
Bien: _____ Parte del patrimonio sucesorio _____ %

ADJUNTE UNA COPIA DEL ACTA DE DEFUNCIÓN

Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a nuestro mensaje grabado, a la disposición las 24 horas del día, al (916) 323-4836.

Escriba el nombre con letra de molde _____ No de Teléfono(____) _____ - _____
(Persona que complete este formulario)

Firma _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____