

Spanish

Ref.:
N.º TABS:
Establecimiento:

Estimado(a)

Estamos analizando las finanzas y el seguro médico de la persona mencionada en el encabezado. Solo debe comunicarnos la información que usted conozca personalmente. **Marque con un círculo SÍ o NO, según corresponda a cada pregunta.**

Devuelva el formulario en el sobre adjunto, en el plazo de una semana. Si no tiene suficiente espacio para responder a una pregunta o si desea realizar comentarios adicionales, adjunte una hoja separada. Si necesita ayuda o desea preguntar algo, llame al número que figura en la parte superior. Se aprecia su cooperación.

Lo saluda atentamente.

Agente de Recursos y Reembolsos

1. ¿Recibe ingresos de cualquier origen para la persona mencionada en el encabezado?
NO (pase al n.º 2) **SÍ** (complete lo siguiente)

| ORIGEN | NÚMERO DE OPERACIÓN | MONTO |
|-----------------------------------|---------------------|-------|
| SEGURO SOCIAL | | |
| SEGURO SOCIAL SUPLEMENTARIO (SSI) | | |
| JUBILACIÓN FERROVIARIA | | |
| BENEFICIO PARA VETERANOS | | |
| OTROS: | | |

2. ¿Maneja usted activos como cuentas bancarias, fondo para gastos de sepelio, acciones, bonos, etc. de la persona antes mencionada?

NO (pase al n.º 3) **SÍ** (complete lo siguiente)

TIPO DE ACTIVO _____ VALOR ACTUAL _____

NÚMERO DE CUENTA _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL BANCO O DE OTRA ORGANIZACIÓN QUE SEAN TENEDORES DEL ACTIVO

(BRO-273 CONTINÚA AL DORSO)