

3. ¿Sabe si existe una póliza de seguro de vida a nombre de la persona mencionada en el encabezado?
NO (pase al n.º 4) **SÍ** (complete lo siguiente acerca de la póliza

COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ PÓLIZA _____

4. ¿Sabe si dicha persona tiene cobertura de seguro médico que no sea la de Medicaid o Medicare?
NO (pase al n.º 5) **SÍ** (complete lo siguiente acerca de la póliza)

COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ PÓLIZA _____

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR O DEL PLAN COLECTIVO _____

5. ¿Sabe si dicha persona tiene participación en algún fideicomiso, en propiedades o en el arreglo de una demanda judicial?
NO (pase al n.º 6) **SÍ** (describa la participación) _____

6. ¿Sabe si dicha persona ha vendido, donado o transferido dinero en efectivo, bienes raíces u otro activo en los últimos 36 meses?
NO (pase al n.º 7) **SÍ** (describa la operación) _____

7. Muchas personas son elegibles para beneficios de ingresos en el momento en que sus padres o su cónyuge se jubilan, quedan incapacitados o fallecen. Llene lo siguiente, si corresponde.

	MADRE	PADRE	CÓNYUGE
FECHA DE JUBILACIÓN	_____	_____	_____
FECHA DE LA DISCAPACIDAD	_____	_____	_____
FECHA DEL FALLECIMIENTO	_____	_____	_____
LUGAR DEL FALLECIMIENTO	_____	_____	_____

Certifico que la información brindada es correcta y verídica, según mi leal saber y entender.

Firma _____ Fecha _____

Relación con la persona mencionada _____

Teléfono particular _____ Teléfono del lugar de trabajo _____