

Spanish Acct Ltr

Fecha _____

REF.: _____
N.º TABS: _____
DDSOO _____

Estimado(a) _____:

La Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (Office for People With Developmental Disabilities, OPWDD) del Estado de Nueva York tiene la obligación de exigir que quienes manejen los Fideicomisos para Necesidades Suplementarias de personas que atiende la OPWDD utilicen debidamente el fideicomiso en nombre del beneficiario. Nuestros registros muestran que usted es administrador fiduciario de la persona mencionada en el encabezado.

En consecuencia, de acuerdo con las disposiciones del artículo 63.11 de la Ley Ejecutiva (Executive Law), el artículo 13.07 de la Ley de Higiene Mental (Mental Hygiene Law) y el artículo 366.2(b) (2) de la Ley de Servicios Sociales (Social Services Law), le solicito que me proporcione el balance actual del fideicomiso, como también una copia de la contabilización anual más reciente. Me puede enviar esta información al domicilio antes indicado.

Para la mejor utilización de los fondos del fideicomiso para beneficio de _____, puede comunicarse con los representantes del equipo de tratamiento en la Oficina Estatal de Operaciones para Discapacidades del Desarrollo (Developmental Disabilities State Operations Office, DDSOO) de _____. Recuerde que las distribuciones del fideicomiso no se deben entregar directamente al beneficiario, sino al proveedor de bienes o servicios.

En consecuencia, para no arriesgar los beneficios de ayuda social, no dude en contactarme si desea formular preguntas con relación al tipo de gastos que se puede hacer.

Atentamente,

Director de la Oficina

_____ Oficina para Asistencia de Ingresos (Revenue Support Field Office, RSFO)

c.c.: Oficina del Fiscal General del Estado de Nueva York, Unidad de Higiene Mental (New York State Office of the Attorney General, Mental Hygiene Unit)