



HELP, INC.

Documento Legal Asistente de Ayuda

Yo/(Nosotros) _____ (si es casado) y _____
He elegido utilizar LDA Help, Inc. asistentes de documentos legales para preparar mis documentos. Yo entiendo que / (Nosotros entendemos que) LDA Help, Inc. no son abogados. Yo /(Nosotros) he seleccionado y deseo que LDA Help, Inc. prepare mis documentos como sigue:

_____ Fideicomiso de vida revocable, términos, beneficiarios, fideicomisarios seleccionados por mí /(nosotros)

_____ Certificación de Fideicomiso.

_____ Testamento que deja dinero o propiedades a un Fideicomiso, albaceas seleccionadas por mí / (nosotros).

_____ Escrituras (s), personas seleccionados por mí / (nosotros).

_____ Poder Notarial Ilimitado, agentes y los términos seleccionados por mí / (nosotros).

_____ Autorización de "HIPPA" (*Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud*) /personas seleccionadas por mí/(nosotros).

_____ Contrato de cuidado personal, personas seleccionadas por mí /(nosotros).

_____ Declaración de obsequio, personas seleccionadas por mí /(nosotros).

_____ Declaración Jurada de fallecimiento del Inquilino mancomunado o Fiduciario.

_____ Asignamiento de interés comercial.

_____ Lenguaje de cuidado a largo plazo, que incluye regalos ilimitados, enmiendas y creación de poderes de fideicomiso, auto-negociación, otro lenguaje de fragilidad.

_____ Poder Legal

_____ Otro: _____

_____ Otro: _____

Yo/(Nosotros) he leído, entendido y he escogido lo anterior.

Fecha: ____/____/____

(X) _____

(Firma del Cliente)

Fecha: ____/____/____

(X) _____

(Firma del Cliente)

SECCION I. INFORMACION PERSONAL

POR FAVOR USE CUIDADO. SUS DOCUMENTOS SERÁN REDACTADOS USANDO LA INFORMACIÓN DE ESTE FORMULARIO.

SU NOMBRE: _____

Otros nombres usados: _____

Fecha de Nacimiento: _____ País de Nacimiento: _____ Ciudadanía _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Fax: _____ Dirección de correo electrónico personal _____

Empleador/Ocupación: _____

DIRECCIÓN DE LA CASA:

Dirección de la calle _____

Ciudad, Estado, Código postal, Condado: _____

INFORMACION DE PARENTEZCO:

Tiene algún matrimonio anterior? Sí No

Si es sí, ¿hay algún acuerdo de liquidación pendiente? Sí No

Enliste los nombres de/los esposo(s) anterior(es), y aproximadamente las fechas de la disolución del matrimonio (por favor anexe copias de la orden final)

INFORMACION GENERAL DE ANTECEDENTES

Tiene actualmente un Testamento? Sí No

Tiene actualmente un Fideicomiso? Sí No

Actualmente tiene un Poder Notarial Ilimitado? Sí No

¿Tiene actualmente una declaración de voluntad anticipada? Sí No

¿Es usted dueño de una granja o negocio? Sí No

En es sí, ¿alguno de sus hijos trabaja en el negocio con usted? Sí No

¿Es dueño de una póliza de seguro de cuidado a largo plazo? Sí No

REGALOS: Alguna vez : Hizo un regalo en exceso de \$ 10,000 en cualquier año a alguien?

¿Declaró en su reporte de impuestos la donación? Si es así, envíenos una copia.

SUS HIJOS

NOMBRE: _____

Adulto Sí No Fecha de Nacimiento: _____ Ciudadano de los Estados Unidos Sí No

Género: Male Female Estado Marital Nunca casado Casado Divorciado Viudo

De esta relación? Sí No Nó, enliste los nombres de los padres: _____

NOMBRE: _____

Adulto Sí No Fecha de Nacimiento: _____ Ciudadano de los Estados Unidos Sí No

Género: Male Female Estado Marital Nunca casado Casado Divorciado Viudo

De esta relación? Sí No Nó, enliste los nombres de los padres: _____

NOMBRE: _____

Adulto Sí No Fecha de Nacimiento: _____ Ciudadano de los Estados Unidos Sí No

Género: Male Female Estado Marital Nunca casado Casado Divorciado Viudo

De esta relación? Sí No Nó, enliste los nombres de los padres: _____

NOMBRE: _____

Adulto Sí No Fecha de Nacimiento: _____ Ciudadano de los Estados Unidos Sí No

Género: Male Female Estado Marital Nunca casado Casado Divorciado Viudo

De esta relación? Sí No Nó, enliste los nombres de los padres: _____

OTRAS PERSONAS A LAS QUE DESEA DEJAR PROPIEDAD :

NOMBRE: _____

Género: Male Female Adulto Sí No Ciudadano de los Estados Unidos Sí No

Parentezco con usted: _____

NOMBRE: _____

Género: Male Female Adulto Sí No Ciudadano de los Estados Unidos Sí No

Parentezco con usted: _____

(Anexe páginas adicionales si es necesario)

SUS ASESORES PROFESIONALES:

CONTADOR: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

PLANIFICADOR FINANCIERO/ ASESOR:

Teléfono: _____ Dirección: _____

AGENTE DE SEGURO DE VIDA:

Teléfono: _____ Dirección: _____

OTRO CONSEJERO LEGAL

Teléfono: _____ Dirección: _____

OTRO (NOMBRE Y PAPEL QUE DESEMPEÑA)

Teléfono: _____ Dirección: _____

¿Podemos comunicarnos con sus asesores en el curso de nuestra representación? Sí No

SECTION II. SU PLAN DE DISTRIBUCION

REGALOS ESPECIFICOS. Enliste los regalos especiales que usted (ustedes) desee dar a una persona u organización en particular, como una pieza de joyería a un niño o amigo en particular, o un regalo a una organización benéfica o iglesia después de su muerte.

PROPIEDADES RESTANTES. Enumere a continuación a quién le gustaría dar su propiedad restante (después de que se distribuyan los regalos específicos enumerados anteriormente).

¿Quiere que las propiedades se distribuyan a beneficiarios más jóvenes ó en edades de 25, 30, 35?

Sí No

DISTRIBUCIÓN ALTERNATIVA. Si ninguno de los beneficiarios enumerados anteriormente le sobrevive, su propiedad pasará a sus herederos legales (otros familiares cercanos) de acuerdo con la ley Estatal, a menos que nombre a suplentes. Si prefiere nombrar uno o varios beneficiarios alternativos en éste caso improbable, indique los nombres y la relación con usted.

INFORMACION ADICIONAL SOBRE SUS BENEFICIARIOS

¿Hay algún beneficiario que desee beneficiar, pero le preocupa que la persona no pueda administrar adecuadamente el dinero ahora y en el futuro? Sí No

Si es así, marque todo lo que corresponda:

- Discapacidades físicas ó mentales
- Abuso de sustancias
- Incapacidad para ahorrar o administrar dinero o exceso de deuda
- Otras preocupaciones (educativas, médicas, matrimoniales)

¿Usted anticipa que es probable que alguien dispute / esté en desacuerdo con su plan de distribución?

Sí No

SECCION III. FIDUCIARIOS DEL SUCESOR

NOMBRE DE LA (S) PERSONA (S) QUE DESEA ACTUAR EN LAS SIGUIENTES CAPACIDADES:

PERSONAS PARA MANEJAR SUS ASUNTOS FINANCIEROS Y PROPIEDAD.

Enumere a continuación los nombres de las personas en las que confía para administrar su propiedad y cumplir sus deseos cuando usted y su cónyugue / pareja ya no puedan hacerlo. A menos que se indique lo contrario, el mismo interlocutor servirá como su administrador de respaldo para administrar y distribuir su propiedad fiduciaria en beneficio de usted y sus beneficiarios, albacea bajo su testamento, guardianes de la herencia para administrar las finanzas de cualquier menor y agente bajo su poder notarial ilimitado para la administración de bienes en caso de incapacidad.

PRIMER SUCESOR:

Género: Male Female Adulto Sí No Ciudadano de los Estados Unidos Sí No

Parentezco con usted: _____ Para servir en todos las funciones de arriba? Sí No

SIGUIENTE SUCESOR:

Género: Male Female Adulto Sí No Ciudadano de los Estados Unidos Sí No

Parentezco con usted: _____ Para servir en todos las funciones de arriba? Sí No

GUARDIAN DE PERSONA PARA LOS MENORES DE EDAD (con quien residiría cualquier hijo menor si usted y su otro padre natural no pueden cuidarlos).

PRIMER GUARDIAN DE PERSONA: _____

Género: Male Female Adulto Sí No Ciudadano de los Estados Unidos Sí No

Parentezco con usted: _____

TUTOR (ES) DE APOYO DE LA PERSONA: _____

Género: Male Female Adulto Sí No Ciudadano de los Estados Unidos Sí No

Parentezco con usted: _____

SECCION IV. CUIDADOS DE LA SALUD

SU NOMBRE: _____

REPRESENTANTES DE CUIDADO DE LA SALUD:

Quién debe tomar decisiones médicas en su nombre (incluidas las decisiones con respecto a los consentimientos médicos, una directiva avanzada de atención médica y la admisión a un hogar de ancianos) si no puede tomar estas decisiones usted mismo)?

PRIMER REPRESENTANTE: _____

Género: Male Female Adulto Sí No Parentesco con usted: _____

REPRESENTANTE DE APOYO:

Género: Male Female Adulto Sí No Parentesco con usted: _____

Instrucciones especiales: Al menos que especifique lo contrario, su representante de atención médica tendrá amplios poderes para tomar atención médica y otras decisiones relacionadas con su atención personal en caso de incapacidad. Si desea obtener más información, el siguiente artículo proporciona una descripción general de los problemas relacionados con la atención médica y el final de la vida (una directiva avanzada de atención médica): http://www.coalitionccc.org/documents/ENG_FYW_2011_web.pdf. También es posible que desee analizar sus pensamientos / preocupaciones con sus seres queridos y su médico.

Háganos saber sus deseos sobre lo siguiente y cualquier otra pregunta / instrucciones que tenga. Tendrá la oportunidad de discutir sus deseos con más detalle cuando nos reunamos. Si no está seguro, deje en blanco por ahora.

¿Desea que la máquina lo mantenga vivo si está en estado terminal o en estado vegetativo persistente?

Sí No

¿Desea ser donante de órganos? Sí No

¿Desea que se le permita a su representante autorizar una autopsia? Sí No

Enumere cualquier otra instrucción especial (es decir, problemas de calidad de vida, cremación, instrucciones de entierro, etc.)

SECTION V. PROPIEDADES (BIENES)

PROPIEDAD INMOBILIARIA: (Adjunte copia de las escrituras si están disponibles)

Dirección	Título (Propiedad en Común, Tenencia en conjunto)	Saldo aproximado del préstamo.	Cálculo del Valor en el Mercado

CUENTAS DE BANCO: (Por favor anexe copia de los estados de cuenta)

Nombre del Banco Tipo de Cuenta	Título (Propiedad en Común, Tenencia en conjunto)	Número de Cuenta	Saldo Aproximado

CUENTAS DE COMISION: (Por favor anexe copia de los estados de cuenta)

Institución Tipo de Cuenta	Título (Propiedad en común Tenencia en conjunto)	Número de Cuenta	Saldo Aproximado

(Anexe página adicional si es necesario)

BIENES DE LA JUBILACION: (Por favor anexe copia del estado de cuenta)

Nombre de la Institución Tipo (ie. IRA, 401K...)	Propietario	Beneficiarios	Saldo Aproximado

POLIZA DE SEGURO DE VIDA/ ANUALIDADES: (Por favor anexe copia de la información de la póliza)

Nombre de la Compañía	Propietario/Asegurado	Beneficiarios	Cantidad a pagar

INTERESES COMERCIALES, SOCIEDADES COLECTIVAS, ETC. (Describa y proporcione el valor estimado)

OTROS BIENES SIGNIFICATIVOS (Notas por cobrar, valores ... Describa y dé el valor estimado)

OTRAS DEUDAS SIGNIFICATIVAS: (es decir, notas por pagar) (Describa y dé el monto estimado de la deuda)

SECCION VI. INFORMACION DEL CONTACTO

Proporcione la información de contacto de todos sus hijos y otros beneficiarios, junto con todas las personas que haya nombrado como fiduciarios en las Secciones III y IV de éste memorándum (es decir, sus sucesores fiduciarios, tutores de sus hijos y sus representantes de atención médica). Para los niños que viven con usted, escriba "casa" en el bloque de direcciones.

Nombre	Dirección	Ciudadano de Los Estados Unidos Sí/No	Teléfono de Casa	Teléfono Alternativo

(Anexe página adicional si es necesario)

SECCION VII. OTRA INFORMACION Y PREGUNTAS

Proporcione cualquier otra información o preocupación, ya sea personal o financiera, de la que deberíamos estar conscientes:
