

LA EXTENSIÒN COMUNITARIA PARA ADULTOS MAYORES

Cuestionario para Documentos de Planificación de Vida

La iniciativa de Extensión Comunitaria para Adultos Mayores de VOLS asiste a personas que viven en la ciudad de Nueva York de 60+años, que cualifican, para obtener un abogado gratis para la preparación de testamentos, poderes y otros documentos legales para establecer instrucciones anticipadas. Favor de llenar este cuestionario lo mejor que pueda y devolverlo a VOLS.

Favor de mandar este cuestionario por correo, correo electrónico, o fax a:
Volunteers of Legal Service, ATTN: Senior Law Project, 40 Worth Street, Suite. 829, New York, NY 10013;
seniorlaw@volsprobono.org o (347) 521-5738.

¿Quién está llenando este formulario? (Marque uno) SOLICITANTE OTRA PERSONA. SI USTED ESTA LLENANDO ESTE DOCUMENTO PARA OTRA PERSONA, FAVOR DE ESCRIBIR SU NOMBRE, NÚMERO Y RELACION CON EL/LA SOLICITANTE: _____

Las preguntas debajo se refieren a la persona que está interesada en obtener sus documentos de planificación de vida.

NOMBRE _____ RAZA/ETNICIDAD: _____
DIRECCIÓN: _____

DE PERSONAS EN CASA: _____ # DE TELÉFONO _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

QUE **PRONOMBRES** USAS: MARQUE CUALQUIERA Ella El Ellos

SI USTED O ALGUIEN EN SU CASA SERVIO EN EL **EJERCITO** (VETERANO/A), FAVOR DE ESCRIBIR QUIEN SIRVIO Y LOS ANOS DE SERVICIO _____

ESTADO CIVIL: CASADO/A DIVORCIADO/A SEPARACION LEGAL NUNCA CASADO/A

VIUDO/A SEPARACION INFORMAL PAREJA A LARGO PLAZO PAREJA DOMESTICA.

MENSUALIDAD:

SSRet/SSDisab \$ _____	FOOD STAMPS \$ _____
SSI \$ _____	BENEFICIOS DEL VA \$ _____
PENSION(S) \$ _____	OTRO \$ _____
SALARIO \$ _____	

BIENES:

CHEQUES \$ _____ CUENTA(S) DE JUBILACIÓN \$ _____
AHORROS \$ _____

MI (CIRCULE UNO) RENTA/MANTENIMIENTO/HIPOTECA ES \$ _____ CADA MES.
USTED TIENE SCRIE/DRIE OH SCHE/DHE? SI NO. CUAL: _____

PUEDE USTED VIAJAR A UNA OFFICINA DE ABOGADOS EN MANHATTAN SI NO

¿ALGUNA OTRA COSA QUE DEVIERAMOS NOSOTROS SABER (*enfermedad, discapacidad*)?

ORGANIZACIÓN DE REFERENCIA: _____

CONTACTO DE TRABAJADOR/A SOCIAL: _____ # DE TELÉFONO: _____

TIENE USTED ALGUNA CONDICIÓN QUE IMPARE SU ABILIDAD A: (Llene todos los que aplique)

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> LEER | <input type="checkbox"/> FIRMAR SU NOMBRE | <input type="checkbox"/> ESCRIBIR SU INICIALES |
| <input type="checkbox"/> ESCUCHAR | <input type="checkbox"/> HABLAR | <input type="checkbox"/> TOMAR TRANSPORTE PÚBLICO |

¿QUE DOCUMENTO LE GUSTARIA OBTENER?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Último Voluntad/Testamento | <input type="checkbox"/> ¿"Control de Cuerpo"? Disposición de Restos |
| <input type="checkbox"/> Directivas de Voluntad Anticipada Poder de Atención Médica | <input type="checkbox"/> Testamento Vital |
| <input type="checkbox"/> Poder Notarial | <input type="checkbox"/> OTRO _____ |

FAVOR DE DESIRNOS DE BAJO, SI HAY INFORMACIÓN ADICIONAL QUE USTED CREA QUE DEVIERAMOS TENER.

ÚLTIMO VOLUNTAD/TESTAMENTO

¿USTED TIENES UN TESTAMENTO ACTUALMENTE? SÍ NO

SI ESTA LEGALMENTE CASADO/A, FAVOR DE PROVEER EL NOMBRE Y DIRECCION DE SU ESPOSO/A:

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

¿CÚANTOS HIJOS TIENE? _____

FAVOR DE PROVEER NOMBRE, DIRECCION, Y EDAD DE TODOS SUS HIJOS VIVOS, Y SUS FAMILIA RELATIVA MÁS CERCANO (HERMANOS, PADRES). ADJUNTE UNA HOJA DE PAPEL ADICIONAL SI ES NECESARIO.

NOMBRE

EDAD

RELACIÓN

DIRECCIÓN

BIENES Y BENEFICIARIOS

FAVOR DE EXPLICAR COMO LE GUSTARIA QUE SU PROPIEDAD FUERA DISTRIBUIDA DESPUES DE SU FALLECIMIENTO. FAVOR DE SER ESPECIFICO, PERO ESTE SEGURO DE QUE USTED PODRA CONVERSAR SOBRE SUS DESEOS CON UN ABOGADO QUE LE ESTARA REPRESENTANDO.

SI USTED ES DUEÑO DE SU RESIDENCIA PRINCIPAL, ¿QUÉ TIPO DE PROPIEDAD ES (MITCHELL LAMA, HDFC, CONDO ETC.) ¿Y A QUIÉN LE GUSTARÍA DEJARLA A SU FALLECIMIENTO? ¿QUIÉN HEREDARÁ SI ESA PERSONA MUERE ANTES QUE USTED?

ADEMAS DE LA RESIDENCIA EN DONDE VIVE, TIENE ALGUNA OTRA PROPIEDAD, COMO UNA CASA O UN APARTAMENTO, EN NUEVA YORK, EN OTRO ESTADO O EN OTRO PAIS. SÍ NO

SI RESPONDISTE SÍ, FAVOR DE PROVEER UNA LISTA DE SUS PROPIEDADES CON LA **DIRECCIÓN**, EL **TIPO DE PROPIEDAD** Y EL **VALOR**. ¿CÓMO LE GUSTARÍA QUE SE DISTRIBUYERAN ESTAS PROPIEDADES?

¿QUIÉN HEREDARÁ SI ESA PERSONA MUERE ANTES QUE USTED?

¿QUIÉN DESEA HEREDAR EL CONTENIDO DE SU APARTAMENTO?

¿HAY ALGÚN OBJETO ESPECÍFICO QUE USTED LE GUSTARÍA DEJAR- TALES COMO JOYAS, ARTE, ANTIGÜEDADES A UNA PERSONA EN PARTICULAR? SÍ NO SI, FAVOR DE HACER UNA LISTA DE LOS OBJETOS Y A QUIÉN SE LO DEJARA. ¿QUIÉN HEREDARÁ SI ESA PERSONA MUERE ANTES QUE USTED?

¿QUIÉN HEREDARÁ EL CONTENIDO DE SU(S) CUENTA(S) CUENTA BANCARIA(S)? ¿QUIÉN HEREDARÁ SI ESA PERSONA MUERE ANTES QUE USTED?

FAVOR NOTAR: SU TESTAMENTO NO CONTROLA NINGUNA CUENTA BANCARIA, CUENTA DE INVERSIÓN, PÓLIZA DE SEGURO EN EL CUAL USTED A NOMBRADO UN BENEFICIARIO, TANTO QUE SU BENEFICIARIO ESTÉ VIVO A LA HORA DE SU FALLECIMIENTO.

EL ALBACEA

EI TRABAJO DE EL ALBACEA ES PROTEJER LA PROPIEDAD DE EL FALLECIDO HASTA QUE TODOS LOS TAXES Y LAS DEUDAS ESTEN COMPLETAMENTE PAGADA, Y VER QUE LO QUE QUEDE SEA TRANSFERIDO A LAS PERSONAS QUE ESTAN NOMBRADA EN SU ÚLTIMA VOLUNTAD Y TESTAMENTO. PUEDE DESIGNAR DOS ALBACEAS Y DOS ALBACEAS DE RESPALDO A SU ÚLTIMA VOLUNTAD Y TESTAMENTO.

¿A QUIÉN LE GUSTARÍA QUE FUERA SU(S) ALBACEA(S)?

EL ALBACEA # 1 NOMBRE: _____ EL ALBACEA # 2 NOMBRE: _____

EL ALBACEA #1 DIRECCIÓN: _____ EL ALBACEA #2 DIRECCIÓN: _____

EL ALBACEA #1 TELÉFONO # _____ EL ALBACEA #2 TELÉFONO # _____

¿DESEA TENER UN ALBACEA DE RESPALDO? (Si usted no toma una decisión de tener un albacea de respaldo y su ejecutor no puede realizar sus deseos entonces, el administrador público del condado será su albacea de respaldo).

EL RESPALDO # 1 NOMBRE: _____ EL RESPALDO # 2 NOMBRE: _____

EL RESPALDO #1 DIRECCIÓN: _____ EL RESPALDO #2 DIRECCIÓN: _____



PODER NOTARIAL

UN **PODER NOTARIAL** ES UN DOCUMENTO PODEROSO QUE LE DA AUTORIDAD LEGAL A OTRA PERSONA (CONOCIDO COMO "AGENTE") DE TOMAR DECISIONES FINANCIERA, DE PROPIEDAD Y OTRAS DECISIONES LEGALES EN NOMBRE DE EL PRINCIPAL (CONOCIDO COMO MANDANTE). EL PODER NOTARIAL ES USUALMENTE USADO EN EL EVENTO DE QUE EL MANDANTE SE ENFERME O TENGA UNA DISABILIDAD.

¿ACTUALMENTE USTED TIENE UN PODER NOTARIAL? SÍ NO

USTED PUEDE DESIGNAR MÁS DE UN AGENTE Y MÁS DE UN AGENTE DE RESPALDO.

¿A QUIÉN LE GUSTARÍA DESIGNAR SU AGENTE(S) BAJO DEL PODER NOTARIAL?

AGENTE # 1 NOMBRE: _____ AGENTE # 2 NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____ DIRECCIÓN: _____

¿LE GUSTARÍA NOMBRAR A UN AGENTE(S) DE RESPALDO?

RESPALDO # 1 NOMBRE: _____ RESPALDO # 2 NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____ DIRECCIÓN: _____

EJECUTAR UN PODER NOTARIAL REQUIERE QUE USTED PUEDA ESCRIBIR SUS INICIALES MULTIPLES VECES. FAVOR DE ESCRIBIR SUS INICIALES USTED MISMO/A EN LA LINEA CON LOS PARENTESIS ABAJO. SI NO PUEDE USTED HACERLO, FAVOR DEJARNOS SABER PARA PODER HABLAR SOBRE SUS OPCIONES. LA LEY LE PERMITE DESIGNAR A UNA PERSONA PARA QUE INICIALE POR USTED.

Por favor inicial aquí →(____)

DIRECTIVAS DE VOLUNTAD ANTICIPADA - PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

UN PODER DE ATENCIÓN MÉDICA ES UN DOCUMENTO EN EL CUAL USTED (EL “MANDANTE”) NOMBRE A OTRA PERSONA (SU “AGENTE”) PARA QUE TOME DECISIONES MÉDICAS POR USTED EN CASO DE QUE USTED NO PUEDA HACERLO.

¿USTED ACTUALMENTE TIENE UN PODER DE ATENCIÓN MÉDICA? SI NO

¿A QUIÉN USTED LE GUSTARÍA DESIGNAR COMO SU AGENTE? ¿LE GUSTARÍA DESIGNAR A UN AGENTE SUCCESSOR? ¿QUIÉN?

AGENTE NOMBRE: _____ RESPALDO NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____ DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO # _____ TELÉFONO # _____

PLAN DE ENTIERRO Y CREMACIÓN

USTED PUEDE DESIGNAR UNA PERSONA QUE MANEJE LA DISPOSICIÓN DE SU CUERPO- ESO ES, SU ENTIERRO, CREMACIÓN, FUNERAL- EN UN FORMULARIO DE ¿“CONTROL DE CUERPO”? DISPOSICIÓN DE RESTOS. USTED PUEDE INCLUIR INFORMACIÓN ESPECIFICA, COMO LA LOCACIÓN DE SU ENTIERRO EN EL CEMENTERIO, O EN DÓNDE DESEA QUE SE DISPERSEN SUS CENIZAS.

¿A QUIÉN LE GUSTARÍA DESIGNAR COMO SU AGENTE? ¿LE GUSTARÍA NOMBRAR UN AGENTE SUCCESSOR? ¿QUIÉN?

AGENTE NOMBRE: _____ RESPALDO NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____ DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO # _____ TELÉFONO # _____

MIS PREFERENCIA SON:

- a) SER ENTERRADO/A
- b) SER CREMADO/A
- c) NO TENGO PREFERENCIA
- d) OTRO: _____

¿USTED HA ENTRADO EN UN ARREGLO DE CASA DE FUNERAL PRE-ARREGLADO? SÍ NO
DIRECCIÓN:

SI USTED LE GUSTARIA PROVEER ALGUNA INFORMACION ADICIONAL DESCRIBIENDO COMO SUS RESTOS DEBERIAN SER MANEJADO, FAVOR DE DESCRIBIR DE BAJO:

TESTAMENTO VITAL

EN SU TESTAMENTO VITAL, USTED EXPLICA QUE TRATAMIENTO Y CUIDADO USTED QUIERE O NO QUIERE AL FINAL DE SU VIDA. EL TESTAMENTO VITAL NO NOMBRA A UNA PERSONA PARA QUE TOMA DECISIONES POR USTED.

¿ESTA INTERESADO/A EN FIRMAR UN TESTAMENTO VITAL? SÍ NO

EL PROPÓSITO DE ESTE CUESTIONARIO ES ÚNICAMENTE PARA TOMAR INFORMACIÓN QUE LOS ABOGADOS VOLUNTARIO PUEDAN USAR SI SU CASO ES ACEPTADO PARA REPRESENTACIÓN. ESTE CUESTIONARIO NO PRESENTA UNA OFERTA DE PRESENTACION LEGAL.

YO HE LEÍDO Y ENTENDIDO EL PROPÓSITO DE ESTE QUESTIONARIO Y LE DOY PERMISO A VOLS QUE DIVULGE MI INFORMACIÓN A UN ABOGADO VOLUNTARIO.

FIRMA: _____

FECHA: _____

SI VOLS PUEDE ACEPTAR SU CASO → QUE PUEDE ESPERAR DESPUES:

- 1. Después de recibir este cuestionario completado, VOLS le contactara para obtener más información si es necesario. Cuando tengamos toda la información requerida, estaremos contactando un abogado voluntario para poder colocar su caso.***
- 2. Si VOLS puede colocar su caso, le llamaremos para infórmale de la colocación.***
- 3. El abogado voluntario estará llamándole y preparando sus documentos. Los abogados voluntario mandaran borradores de sus documentos a VOLS para revisarlos y aprobarlo.***
- 4. Cuando los documentos sean aprobado por VOLS, usted ejecutara sus documentos con el abogado voluntario.***