

*The Arc of Texas*

*fideicomiso*

MANCOMUNADO PRINCIPAL

**una inversión en tí**

**Paquete  
de  
Herramientas**

# fideicomiso

una inversión en tí

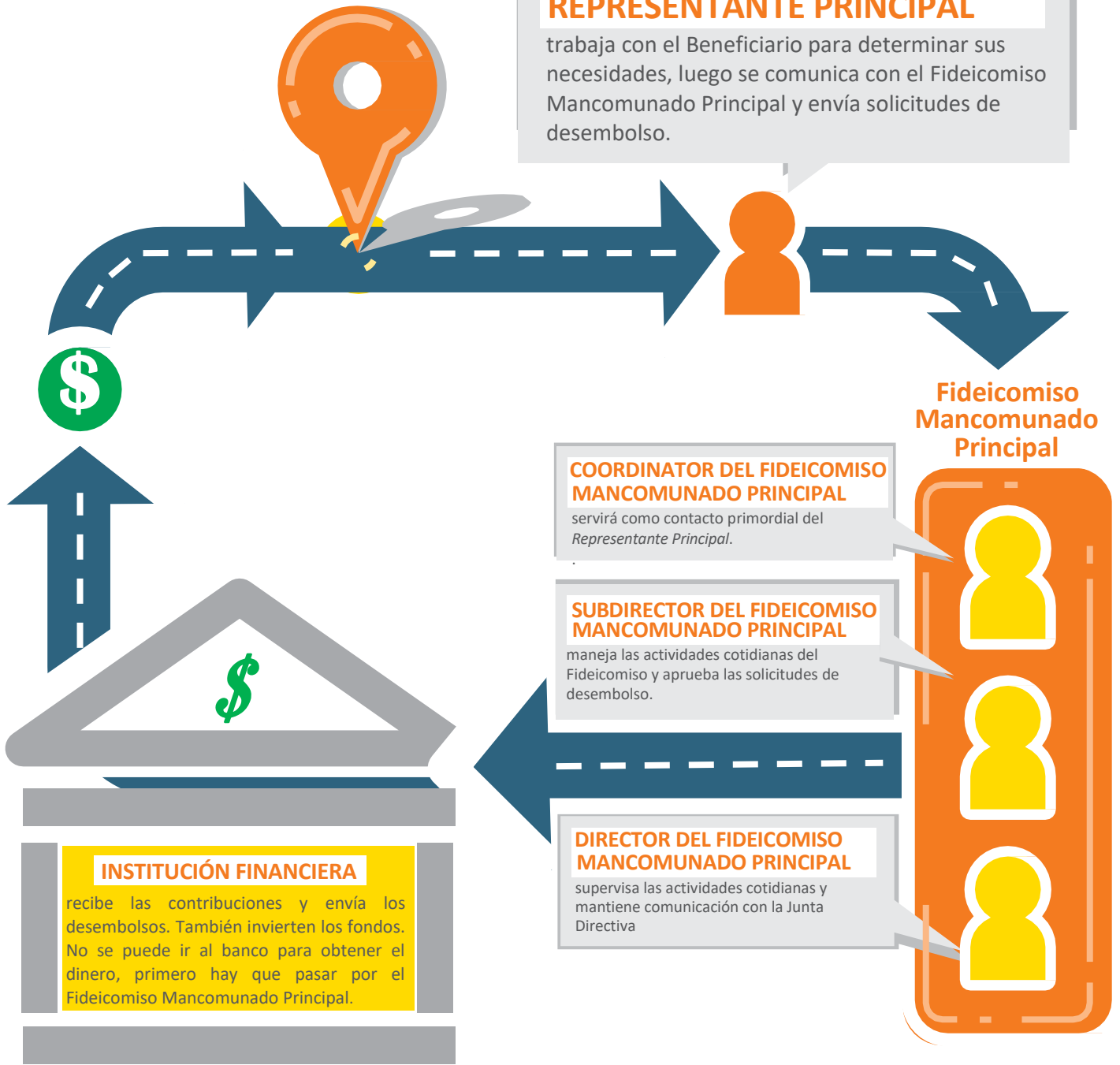
El Fideicomiso comienza aquí.

## BENEFICIARIO . . . . .

la persona con una discapacidad para quien la sub-cuenta se ha establecido.

## REPRESENTANTE PRINCIPAL

trabaja con el Beneficiario para determinar sus necesidades, luego se comunica con el Fideicomiso Mancomunado Principal y envía solicitudes de desembolso.





## Atención

Este paquete de herramientas no puede cubrir todos los tópicos, reglas, regulaciones o leyes concernientes a Fideicomisos para Necesidades Especiales. Las leyes y reglas cambian a través del tiempo, por lo tanto los requisitos del Fideicomiso están sujetos a cambio sin previo aviso.

La información contenida en este paquete de herramientas está sujeta a cambio sin previo aviso según las necesidades de los Beneficiarios.

El Fideicomiso Mancomunado Principal de The Arc of Texas envía a los Representantes Principales información actualizada sobre cada cambio que ocurra. Es responsabilidad de los Representantes Principales leer estas actualizaciones y mantener la información junto a los documentos originales del Fideicomiso para futura referencia.

---

*Si usted tiene una emergencia médica o de salud mental,  
por favor llame al 911 o diríjase al salón de emergencia  
más cercano para su evaluación y tratamiento.*

*The Arc of Texas puede asistirle a encontrar recursos adicionales pero  
**NO responde NI PUEDE responder a situaciones de emergencia.***



## Glosario

*A continuación se presentan algunas palabras que encontrará en este paquete de herramientas:*

**BENEFICIARIO** Persona para la cual se ha establecido la sub-cuenta.

**BENEFICIOS** Cualquier asistencia provista al Beneficiario o su familia a través de agencias gubernamentales u otras organizaciones. Algunos ejemplos incluyen: SSI, SSDI, SSA, SNAP, y toda forma de Medicaid, etc.

**\*BENEFICIOS SUJETOS A COMPROBACIÓN DE RECURSOS** Beneficios disponibles sólo para individuos cuyos ingresos y/o activos están por debajo de cierto nivel. La comprobación de recursos se utiliza para determinar elegibilidad para optar a Medicaid, SSI y otros beneficios.

**CARTA DE OTORGANTE** Estado de cuenta anual de las actividades de una sub-cuenta autofinanciada que incluye ingresos, deducciones y créditos, enviado al Representante Principal para la declaración de impuesto del Beneficiario.

**CONTRATO DE ADHESIÓN** Documento jurídicamente vinculante que un Otorgante utiliza para establecer una sub-cuenta del Fideicomiso Mancomunado Principal. Este Acuerdo solicita información sobre el Otorgante, el Beneficiario, el(los) Representante(s) Principal(es), beneficios, seguro de salud, arreglos funerarios pre-pagados y discapacidad.

**CONTRIBUYENTE** Persona o entidad que desea contribuir fondos a la sub-cuenta del beneficiario.

**CRITERIO EXCLUSIVO** La potestad o derecho de decidir o actuar de acuerdo al juicio de uno mismo, libertad de juicio o elección.

**DEBER FIDUCIARIO** Responsabilidad legal de actuar exclusivamente en el mejor interés de otra persona. Estas responsabilidades incluyen mantenimiento prudente de registros, custodia de activos y lealtad a los mejores intereses del Beneficiario. El Fideicomiso Mancomunado Principal está obligado a cumplir con regulaciones federales y estatales con respecto a la correcta administración del Fideicomiso.

**DESTINATARIO** Persona o entidad a quien se le paga por artículos o servicios desde la sub-cuenta para el beneficio del Beneficiario. Esto incluye a la persona a quien se le hace un cheque o a quien se le hace un pago domiciliado.

**ESTADOS DE CUENTA TRIMESTRALES** El Representante Principal recibirá trimestralmente por correo un estado de cuenta que describe toda la actividad de la sub-cuenta. Estos típicamente se envían al final del mes de cierre del trimestre (Abril, Julio, Octubre, Enero). *Diríjase a la página 14 de la SECCIÓN DE FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL REPRESENTANTE PRINCIPAL para más información.*

**FORMULARIO K-1 (FORMULARIO 1041)** Formulario fiscal que se envía al Representante Principal de un Fideicomiso Principal de terceros (Fideicomiso I o III) siempre y cuando la sub-cuenta haya tenido un balance durante el año fiscal previo. El formulario K-1 indica el número de identificación fiscal de la sub-cuenta, el número de Seguro Social del Beneficiario y el monto anual de ingresos, deducciones y créditos. El formulario K-1 se debe reportar junto con la declaración de impuestos del Beneficiario.

**FIDEICOMISO IRREVOCABLE** Cualquier Fideicomiso que NO puede ser modificado o rescindido. El Otorgante, al transferir activos al Fideicomiso, renuncia a sus derechos de propiedad de los activos en dicho Fideicomiso. El Fideicomiso Mancomunado Principal es un **FIDEICOMISO IRREVOCABLE**.

**FIDEICOMISO PRINCIPAL** The Arc of Texas tiene cuatro Fideicomisos Principales, los cuáles son documentos legales que rigen como se debe utilizar cada sub-cuenta. La sub-cuenta de cada Beneficiario tiene su correspondiente Fideicomiso Principal (Fideicomiso I, II, III o IV). Los Fideicomisos I & III se establecen con el dinero de terceros. Los Fideicomisos II & IV se establecen con el propio dinero del Beneficiario. ¡El dinero del Beneficiario no se puede mezclar con el dinero de terceros!

**FIDUCIARIO** Persona o empresa que tiene la responsabilidad y obligación fiduciaria para manejar los activos del Fideicomiso a favor de un tercero, de acuerdo a las estipulaciones del documento de Fideicomiso.

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO** Este formulario debe llenarse, firmarse y entregarse por el Representante Principal cada vez que se soliciten fondos de la sub-cuenta. Para instrucciones sobre cómo llenar el Formulario de Solicitud de Desembolso, *diríjase a la SECCIÓN DE DESEMBOLSOS*. Para obtener una copia en blanco del Formulario de Solicitud de Desembolso, *diríjase a (FORMULARIO B)*.

**GANANCIAS** El monto, positivo o negativo, reportado en el estado de cuenta trimestral y enviada al Representante Principal. Este monto representa la porción compartida de la sub-cuenta, de las ganancias/o pérdidas del Fideicomiso Mancomunado Principal para el trimestre. *Para ver un ejemplo del estado de cuenta trimestral, diríjase a la SECCIÓN DE EJEMPLOS.*

**GASTOS** Montos deducidos de una sub-cuenta para lo siguiente: mantenimiento anual, elaboración de impuestos, solicitud frecuente de desembolsos, contabilidad anual, gastos de cierre u otros gastos. *Diríjase a la SECCIÓN CARGOS, INVERSIONES E IMPUESTOS para más información.*

**INSTITUCIÓN FINANCIERA** Banco u otro establecimiento que lleve a cabo transacciones financieras tales como depósitos, desembolsos e inversiones.

**MANCOMUNADO** Para efectos de la inversión, el dinero de todas las sub-cuentas del Fideicomiso Mancomunado Principal es agrupado. Cada Beneficiario sólo tiene acceso a los fondos de su sub-cuenta. *Diríjase a la SECCIÓN CARGOS, INVERSIONES E IMPUESTOS para más información.*

**MPT** Siglas de Master Pooled Trust (Fideicomiso Mancomunado Principal).

**NÚMERO DE SUB-CUENTA** Número de cuatro (4) dígitos asignados a la sub-cuenta.

**OTORGANTE** Persona que haya inscrito al Beneficiario en el Fideicomiso Mancomunado Principal. Esta persona es típicamente uno de los padres o abuelos, tutor, tribunal o el propio Beneficiario.

**PREVISIÓN DE REEMBOLSO DE MEDICAID** Esta es una previsión en el documento de Fideicomiso requerida por las leyes federales y estatales que permite a Medicaid ser reembolsado por cada gasto pagado por Medicaid al Beneficiario durante toda su vida. *Diríjase a la SECCIÓN CIERRE DE SUB-CUENTAS para más información.*

**PAGO AUTOMÁTICO** Desembolso que se realiza al mismo beneficiario, por el mismo monto y en el mismo día todos los meses, que puede ser desembolsado desde una sub-cuenta. *Diríjase a la SECCIÓN DE DESEMBOLSOS para más información.*

**PRESUPUESTO** Una herramienta invaluable para ayudar a priorizar gastos y administrar el dinero, sin importar lo mucho o poco que haya disponible. Un presupuesto provee un desglose concreto, organizado y fácil de entender de cuánto dinero se contribuye y cuánto se desembolsa. *Diríjase a la SECCIÓN DE PRESUPUESTO para más información.*

**PROFESIONAL DE IMPUESTOS** Experto financiero especialmente entrenado en Derecho Fiscal, incluyendo a los Contadores Públicos Certificados (CPAs).

**PROVEEDOR DE SERVICIOS** Persona, remunerada o no remunerada, que ayuda al Beneficiario con sus actividades cotidianas. Para establecer el pago para un proveedor de servicios, contacte al Fideicomiso Mancomunado Principal.

**REGLA DE BENEFICIO ÚNICO** La Administración del Seguro Social requiere que cada pago desde la sub-cuenta debe hacerse para el BENEFICIO ÚNICO del Beneficiario. Esto significa que el Fideicomiso Mancomunado Principal no puede pagar por artículos o servicios que beneficien a una persona distinta al Beneficiario. Sin embargo, el Fideicomiso Mancomunado Principal puede pagar la participación proporcional del Beneficiario (*p.ej. la porción del Beneficiario de los muebles de la familia, o la porción del Beneficiario de un plan compartido de telefonía celular*).

**REPRESENTANTE PRINCIPAL** Persona o entidad que actúa como principal punto de contacto con el Fideicomiso Mancomunado Principal. Esta es la única persona que puede solicitar desembolsos, actualizar información de la sub-cuenta, comunicarse con el Fideicomiso Mancomunado Principal y recibir estados de cuentas trimestrales.

**RESPONSABILIDAD PARENTAL** Las leyes de Texas requieren que los padres cuiden y mantengan a sus hijos menores. Esto incluye los gastos de vestido, comida, alojamiento y educación. *Diríjase a RESPONSABILIDADES PARENTALES en la página 18 para más información.*

**SUB-CUENTA** La cuenta del Beneficiario dentro del Fideicomiso Mancomunado Principal. Cada Beneficiario sólo tiene acceso a los fondos de su sub-cuenta. Cada sub-cuenta se identifica con un número de cuatro (4) dígitos.

**TARJETA TRUE LINK** Una Tarjeta especializada que sirve como una manera segura y eficiente para que los Beneficiarios paguen por artículos o servicios con fondos de su sub-cuenta, mientras continúan siendo elegible para beneficios. *Diríjase a la página 64, TARJETAS TRUE LINK para más información. Para el Formulario de Solicitud de la Tarjeta True Link (FORMULARIO K), diríjase a la SECCIÓN de FORMULARIOS.*

**THE ARC OF TEXAS** Entidad sin fines de lucro doblemente reconocida como una organización 501(c) (3) por el Internal Revenue Service. La misión de The Arc of Texas es promover, proteger y defender los derechos humanos y la autodeterminación de los Tejanos con discapacidades intelectuales y de desarrollo. La organización actúa como Gerente del Fideicomiso Mancomunado Principal. El Fideicomiso Mancomunado Principal es un programa de The Arc of Texas. *Para más información, visite [www.thearcoftexas.org/trust](http://www.thearcoftexas.org/trust).*



---

# Funciones y Responsabilidades

---



## Funciones y Responsabilidades del Representante Principal

**SU FUNCIÓN:** Como Representante Principal, su función es ser el punto de contacto principal para la sub-cuenta del Beneficiario, dentro del Fideicomiso Mancomunado Principal, en nombre del Beneficiario. Usted puede ser el Beneficiario, un miembro de su familia, amigo, padre o custodio.

**RESPONSABILIDADES:** Como Representante Principal, usted tiene varias responsabilidades. Estas responsabilidades incluyen, pero no se limitan a:

### **LEER EL PAQUETE DE HERRAMIENTAS:**

- La mayoría de las preguntas que usted pueda tener sobre el Fideicomiso Mancomunado Principal y el manejo de la sub-cuenta, están incluidas en este paquete de herramientas. *El Representante Principal debe leer el paquete de herramientas en su totalidad y confirmar que recibió y leyó el Paquete de herramientas antes de realizarse cualquier desembolso desde la sub-cuenta.*

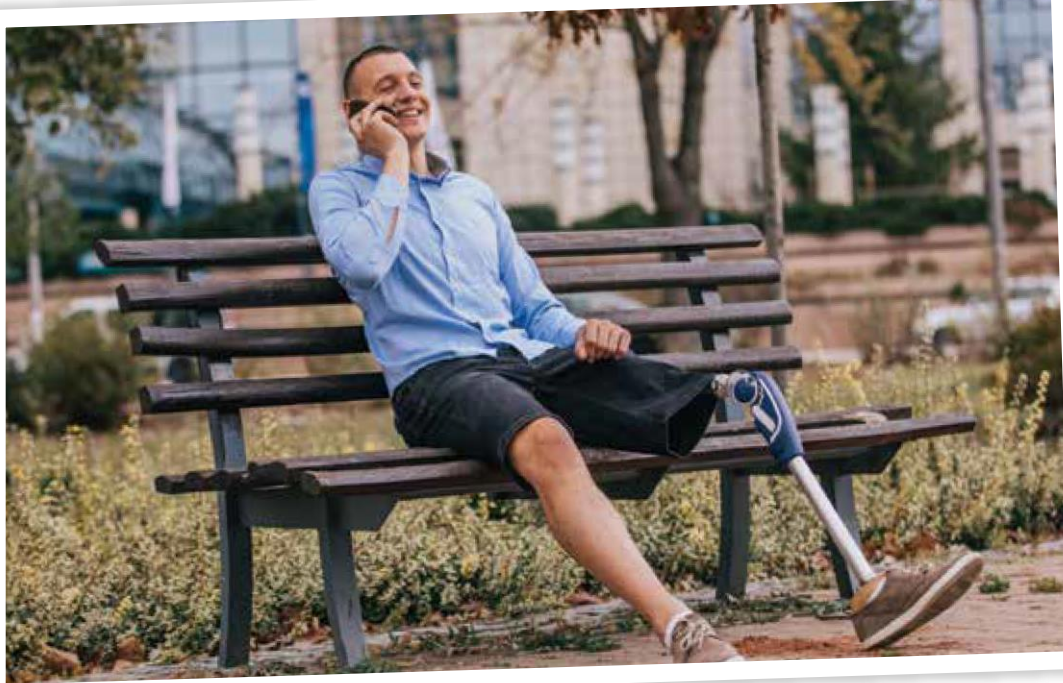
### **ACTUALIZAR EL FIDEICOMISO MANCOMUNADO PRINCIPAL:**

- El Representante Principal debe asegurarse que el Fideicomiso Mancomunado Principal se actualice en todos los aspectos con respecto al Beneficiario, incluyendo su dirección, número de teléfono, correo electrónico, tipo y monto de los beneficios, situación de vivienda y cualquier otra información que se necesite en el Fideicomiso Mancomunado Principal. Esto incluye informar al Fideicomiso Mancomunado Principal de la defunción de un Beneficiario.
- Como Representante Principal, usted también debe actualizar su propia información de contacto con el Fideicomiso Mancomunado Principal. El Formulario de Actualización de Datos (**FORMULARIO C**) debe se debe usar cuando se actualice la información del Representante Principal o del Beneficiario.



*Si usted tiene una emergencia médica o de salud mental, por favor llame al 911 o dirjase al salón de emergencia más cercano para su evaluación y tratamiento. The Arc of Texas puede asistirle a encontrar recursos adicionales pero **NO responde NI PUEDE responder a situaciones de emergencia.***





### **COMUNICACIÓN:**

- La forma primordial de comunicación en el Fideicomiso Mancomunado Principal es a través de correo electrónico. Notifique por escrito si usted, como Representante Principal, prefiere el correo ordinario como forma primordial de comunicación.
- Usted recibirá una encuesta una vez al año. El Fideicomiso Mancomunado Principal le pide que complete la información de la encuesta en el tiempo indicado. El Fideicomiso Mancomunado Principal revisa y analiza los resultados de dicha encuesta para mejorar sus servicios.
- **Todas las partes están requeridas a mantener una comunicación respetuosa.** Los funcionarios del Fideicomiso Mancomunado Principal tienen instrucciones de desconectar cortésmente las llamadas de personas que utilicen lenguaje hostil o abusivo, u obscenidades. Toda amenaza se tomará seriamente y podría limitar futuras comunicaciones con The Arc of Texas. ***Se aconseja no llamar repetidamente ya que retrasa el tiempo de devolución de la llamada.***



#### **DESEMBOLSOS:**

- El Representante Principal es responsable de solicitar desembolsos, así como firmar y entregar el Formulario de Solicitud de Desembolso (**FORMULARIO B**) CON COPIAS DE TODOS LOS RECIBOS. Como Representante Principal se le notificará del resultado de cada solicitud por correo electrónico o correo ordinario, cualquiera sea la forma preferida.
- Cuando el Representante Principal firma y envía el Formulario de Solicitud de Desembolso (**FORMULARIO B**), confirma que la información proporcionada en el formulario es precisa y que los fondos gastados y solicitados son para el beneficio único del Beneficiario. Esto significa que dichos fondos no pueden ser utilizados por NINGUNA OTRA PERSONA. Solo se le pagará o reembolsará la participación proporcional del Beneficiario en este tipo de compras (*p.ej. muebles o artefactos compartidos, plan familiar de telefonía celular, etc.*)
- Las leyes de Texas requieren que los padres cuiden y mantengan a sus hijos menores. La sub-cuenta puede ayudar a pagar por otras cosas aparte de aquellas que los padres están obligados a proveer. Solicitudes para pagos de vestido y educación serán aprobadas caso por caso a la discreción exclusiva del Fideicomiso Mancomunado Principal.





## ¡Acceda los estados de cuenta trimestrales en línea!

**Los estados de cuenta trimestrales están disponibles en línea a través de Box.com.**

*Accesar los estados de cuenta trimestrales en línea NO es requerido. Una copia en papel se enviará por correo a la dirección del Representante Principal en los archivos del Fideicomiso Mancomunado Principal.*

**El proceso:** *Cuando el primer estado de cuenta trimestral está disponible para la sub-cuenta, el Representante Principal recibirá una invitación por correo electrónico desde el Fideicomiso Mancomunado Principal para crear una cuenta con Box.com. Aquí es donde los estados de cuenta trimestrales se pueden accesar.*

*Usted puede solicitar acceso al archivo de Box.com en cualquier momento. Contacte a su Coordinador para asistencia.*

***¡Mantenga su contraseña en un lugar seguro! El Fideicomiso Mancomunado Principal no puede restablecer contraseñas para cuentas de Box.com. Contacte a Box.com para restablecer su contraseña.***

### **INFORMACIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD DE LA SUB-CUENTA:**

- Cada trimestre, un estado de cuenta trimestral se enviará al Representante Principal por correo ordinario, típicamente al final del mes de cierre del trimestre (Abril, Julio, Octubre, Enero). Es responsabilidad del Representante Principal revisar estos estados de cuenta y reportar cualquier discrepancia al Fideicomiso Mancomunado Principal lo más pronto posible. El Fideicomiso Mancomunado Principal incluye actualizaciones en estos estados de cuenta, así que asegúrese de revisar toda la información enviada por el Fideicomiso Mancomunado Principal o el Fiduciario.
- El estado de cuenta trimestral incluirá información sobre depósitos, desembolsos, gastos y ganancias/pérdidas de la inversión. *Diríjase a la SECCIÓN DE EJEMPLOS para más información.*
- Todos los años, el Fideicomiso Mancomunado Principal suministrará formularios fiscales para cada sub-cuenta. El Representante Principal deberá recibir estos formularios, enviados por el Fiduciario, a finales de Marzo del año siguiente. El Representante Principal es responsable de asegurar que la información sea entregada al Beneficiario y/o a su profesional de impuestos todos los años. *Diríjase a la SECCIÓN GASTOS, INVERSIONES E IMPUESTOS para más información.*

## Reportando la Sub-Cuenta



La creación de una sub-cuenta del Fideicomiso Mancomunado Principal con The Arc of Texas debe reportarse a las autoridades correspondientes por el Representante Principal, Beneficiario o cualquier otro representante. El Fideicomiso Mancomunado Principal no es responsable de reportar la creación de una sub-cuenta. Si un Beneficiario está recibiendo beneficios del Seguro Social y/o de Medicaid, esas entidades deben ser informadas que una sub-cuenta ha sido creada.

Junto con este Paquete de Herramientas, usted encontrará un paquete encuadernado con varios elementos que se deben proveer a las autoridades correspondientes cuando se reporte la sub-cuenta. Estos elementos incluyen:

- 1) Instrucciones para reportar la sub-cuenta a la autoridad correspondiente.
- 2) Una carta declarando que una sub-cuenta ha sido creada con el Fideicomiso Mancomunado Principal para el Beneficiario. El Beneficiario o su representante debe incluir la información de contacto, firmar la carta y proporcionarla al Seguro Social, Medicaid u otra autoridad correspondiente. Esta información de contacto se requiere para que dicha autoridad se pueda poner en contacto con alguna persona para cualquier pregunta.
- 3) Copia del documento del Fideicomiso Principal.
- 4) Copia del Contrato de Adhesión.
- 5) Una carta de la Administración del Seguro Social exonerando los activos del Fideicomiso Mancomunado Principal.
- 6) Un fragmento del Manual de Medicaid de Texas titulado “Fideicomiso Mancomunado Principal e Información sobre la Elegibilidad de Medicaid”.

*Para una lista de las oficinas del Seguro Social visite:*  
<https://secure.ssa.gov/ICON/> o llame al 1-800-772-1213

*Para una lista de las oficinas de Medicaid visite:*  
[www.yourtexasbenefits.com](http://www.yourtexasbenefits.com) o llame al 211

## Manténganos actualizados

Es responsabilidad del Representante Principal asegurarse que el Fideicomiso Mancomunado Principal posea la información más reciente con respecto a lo siguiente:

- i) Su propia información de contacto.
- ii) La información de contacto del Beneficiario.
- iii) Condiciones de vida y estado actual de beneficios del Beneficiario.

*Se debe contactar al Fideicomiso Mancomunado Principal tan pronto ocurra cualquier cambio.*

### ¿CAMBIO DE REPRESENTANTE PRINCIPAL?

Si el Representante Principal ya no puede ejercer, se debe nombrar un Representante Alterno. Representantes Alternos para la sub-cuenta se pueden encontrar en el Contrato de Adhesión. Si ya no quedan Representante Alternos, el Fideicomiso Mancomunado Principal puede utilizar fondos de la sub-cuenta para determinar el Representante Principal apropiado.

### ¿CAMBIOS DE CUSTODIA O PODER NOTARIAL?

Si ocurre algún cambio de custodia o poder notarial, el Representante Principal debe suministrar las nuevas cartas de custodia, emitidas por un tribunal, o entregar un nuevo documento de poder notarial al Fideicomiso Mancomunado Principal. No se aprobará ninguna solicitud de desembolso hasta que el Fideicomiso Mancomunado Principal reciba dichos documentos.

### ¿REUBICACIÓN DEL BENEFICIARIO?

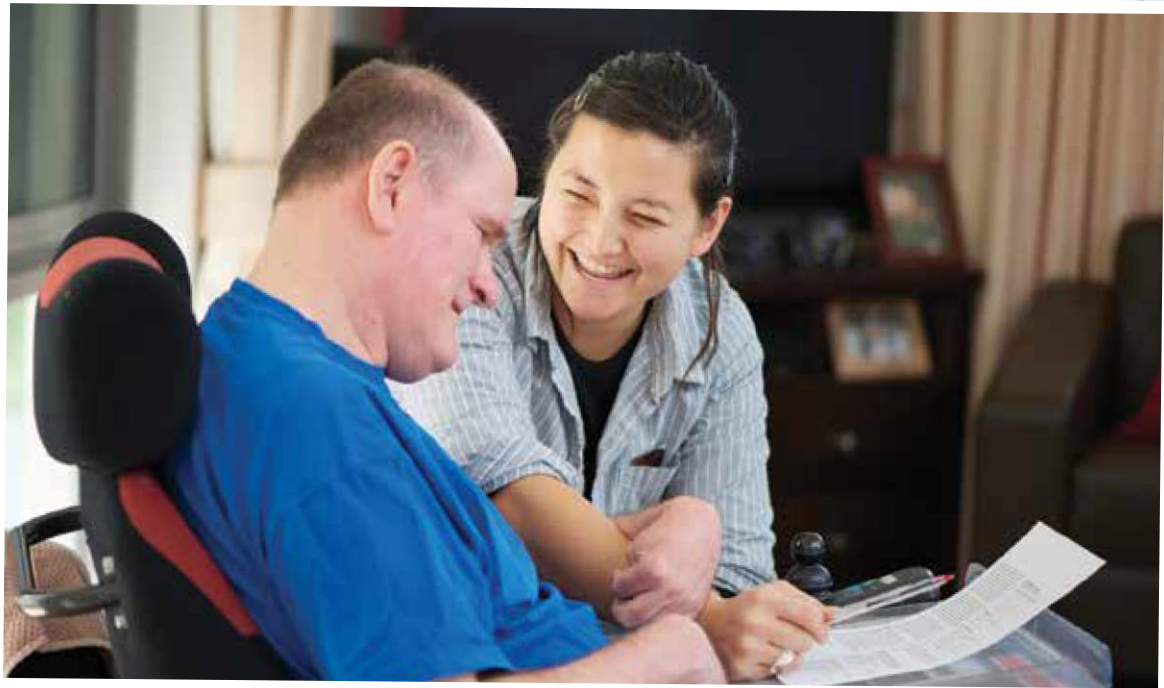
Si un Fideicomiso similar está funcionando en el estado donde se ha mudado o se va a mudar el Beneficiario, y ese Fideicomiso está dispuesto a aceptar la transferencia, el Fideicomiso Mancomunado Principal puede elegir transferir los fondos desde el Fideicomiso Mancomunado Principal al otro Fideicomiso, siempre y cuando sea en el mejor interés del Beneficiario y sea aprobado por el Representante Principal. Si no existe otro Fideicomiso, entonces el Fideicomiso Mancomunado Principal continuará prestando los mismos servicios al Beneficiario que presta a los residentes de Texas. Sin embargo, no hay garantía que los beneficios sujetos a comprobación de recursos sean protegidos. Para que el Beneficiario continúe recibiendo beneficios en el nuevo estado, el Fideicomiso Mancomunado Principal debe ser aprobado por la autoridad correspondiente en ese estado. Para más información sobre otros Fideicomisos disponibles, contacte al Fideicomiso Mancomunado Principal.

### ¿ACTUALIZANDO LA INFORMACIÓN DEL CONTRATO DE ADHESIÓN?

Contacte al Fideicomiso Mancomunado Principal para actualizaciones al Contrato de Adhesión.

*NO SE PUEDEN HACER CAMBIOS AL RESTO DE LOS BENEFICIARIOS UNA VEZ SE DEPOSITEN FONDOS A LA SUB-CUENTA*





## ¿Cuáles Formularios Debo Llenar?

### **Formulario de Actualización de la Información de Contacto (FORMULARIO C)**

Utilice este formulario cuando se actualice la información de contacto del Representante Principal o del Beneficiario.

### **Formulario de Cambio de Beneficios (FORMULARIO D)**

Utilice este formulario si hay cambios en la asistencia gubernamental del Beneficiario o en sus condiciones de vida.

### **Formulario de Cambio de Representante (FORMULARIO E)**

Utilice este formulario para hacer cualquier cambio al Representante(s) Principal(es) en la sub-cuenta del Beneficiario.

## **LLENE TODOS LOS FORMULARIOS EN SU TOTALIDAD.**

*Diríjase a la SECCIÓN DE FORMULARIOS en este paquete de herramientas para todos los formularios.*

## Responsabilidad Parental

**Responsabilidad Parental de Beneficiarios Menores de Edad.** Las leyes de Texas requieren que los padres cuiden y mantengan a sus hijos menores. La subcuenta puede ayudar a pagar por otras cosas aparte de aquellas que los padres están obligados a proveer. Solicitudes para pagos de vestido y educación serán aprobadas caso por caso a la discreción exclusiva del Fideicomiso Mancomunado Principal. El Fideicomiso Mancomunado Principal se estableció para respaldar al individuo, no a toda la familia. El millaje y la gasolina no se reembolsarán para viajes entre citas pediátricas y la escuela.



El Fideicomiso Mancomunado Principal entiende que las necesidades de los individuos con discapacidad pueden variar pueden a menudo ser costosas. El Fideicomiso Mancomunado Principal puede ayudar a pagar por aquellos gastos por encima del respaldo general para el menor, siempre y cuando estos sean gastos permisibles.

### **OBLIGACIÓN PARENTAL DE MANUTENCIÓN**

CÓDIGO FAMILIAR DE TEXAS CAPITULO§ 151.001. DERECHOS Y DEBERES DEL PROGENITOR: Sección (a) (3)  
Un progenitor tiene el deber de mantener al niño, incluyendo los gastos de vestido, comida, alojamiento, cuidados médicos y dentales, y educación.

CÓDIGO PATRIMONIAL DE TEXAS § 1156.051. ALGUNAS CONCESIONES PROHIBIDAS CUANDO EL PROGENITOR TIENE LA CUSTODIA DEL MENOR.

(a) Salvo lo dispuesto en la Subsección (b) de esta sección, un progenitor que tiene la custodia de una persona de 17 años o menor no puede utilizar el ingreso o el corpus del patrimonio del menor para el sustento, educación o manutención de dicho menor.

(b) Un tribunal con jurisdicción apropiada puede autorizar al custodio de la persona utilizar el ingreso o el corpus del patrimonio del menor para el sustento, educación o manutención del menor si el custodio presenta evidencia clara y convincente al tribunal que los progenitores del menor no son capaces de asumir todos los gastos relacionados con el sustento del menor, a menos que sufran dificultades económicas excesivas.

## Funciones y Responsabilidades de The Arc of Texas



The Arc of Texas actúa como Gerente del **Fideicomiso Mancomunado Principal**, un programa de la organización. Esto significa que The Arc of Texas maneja las actividades cotidianas del Fideicomiso Mancomunado Principal, lo que incluye:

- Ayudar a individuos con discapacidades y a sus familias a establecer sub-cuentas de Fideicomisos Mancomunados dentro del Fideicomiso Mancomunado Principal.
- Mantener contacto con Beneficiarios, Representantes Principales, miembros de la familia, abogados, jueces y otras partes interesadas, sobre las sub-cuentas.
- Recibir y procesar todas las contribuciones a las sub-cuentas.
- Revisar y tomar determinaciones sobre los desembolsos de las sub-cuentas.
- Enviar la información pertinente a la institución financiera para que se realice el pago.
- Cerrar sub-cuentas.

## Comités Dentro de The Arc of Texas

**Comité de la Cuenta Principal de Fideicomiso:** Supervisa las operaciones generales del Fideicomiso Mancomunado Principal. El Comité revisa y aprueba todas las políticas y procedimientos del Fideicomiso Mancomunado Principal. El Comité también evalúa los reclamos del Representante Principal sobre el rechazo o reducciones de los desembolsos solicitados de una subcuenta.

**Comité de Finanzas y Operaciones:** Supervisa las finanzas y operaciones de The Arc of Texas. El Comité también revisa y supervisa la parte de inversión del Fideicomiso Mancomunado Principal. El Comité se reúne trimestralmente.

**Junta Directiva de The Arc of Texas:** Supervisa todos los aspectos de The Arc of Texas. La Junta Directiva dirige la organización mediante la adopción de estrategias sólidas de gobernabilidad y gerencia financiera, y se asegura que The Arc of Texas tenga recursos adecuados para realizar su misión. La Junta Directiva toma la decisión final sobre los reclamos del Representante Principal sobre el rechazo o reducciones de los desembolsos solicitados de una subcuenta. La Junta Directiva se reúne trimestralmente.

### **FUNCIONES DENTRO DEL FIDEICOMISO MANCOMUNADO PRINCIPAL INCLUYEN:**

- 1. Especialista Administrativo:** ¡Puerta de entrada al Fideicomiso Mancomunado Principal! El Especialista Administrativo puede responder preguntas básicas (*p.ej. ¿Recibieron mi fax?*) y dirigirte al miembro del personal que te puede dar ayuda adicional. El Especialista Administrativo también procesa las contribuciones entrantes.
- 2. Gerente de Registro:** Principalmente responsable por el registro de sub-cuentas nuevas. El Gerente de Registro también proporciona apoyo al Director del Fideicomiso Mancomunado Principal en todos los otros aspectos del Fideicomiso Mancomunado Principal.
- 3. Analista Financiero y Auditor:** Concilia las sub-cuentas y asiste al Fideicomiso Mancomunado Principal para asegurar la precisión de las sub-cuentas diaria y mensualmente. El Analista Financiero y Auditor también prepara la contabilidad anual para sub-cuentas ordenadas por un tribunal.
- 4. Coordinadores:** Contacto principal de servicio al cliente para Beneficiarios y Representantes Principales. Son responsables de manejar la administración diaria de las solicitudes de desembolso, así como de mantener registros precisos de toda la información sobre las sub-cuentas. También se aseguran que las operaciones diarias de las sub-cuentas se manejen correctamente.
- 5. Subdirector:** Responsable de la administración de las operaciones diarias del Fideicomiso Mancomunado Principal. El Subdirector aprueba desembolsos y ayuda a las familias y abogados a crear nuevas sub-cuentas. El Subdirector también presenta información, como los usos y beneficios del Fideicomiso Mancomunado Principal, a familiares y grupos profesionales.
- 6. Director:** Responsable de supervisor todos los aspectos gerenciales, comunicacionales y de Mercadeo del Fideicomiso Mancomunado Principal. El Director coordina con el Comité de Finanzas y Operaciones y el Comité de Fideicomiso de The Arc of Texas, así como también con el Fiduciario del Fideicomiso Mancomunado Principal de The Arc of Texas e instituciones financieras para asegurar que las inversiones sean fiables y que los registros sean precisos. El Director presenta a familiares y grupos profesionales los usos y beneficios del Fideicomiso Mancomunado Principal.



## Funciones y Responsabilidades de la Institución Financiera

Las responsabilidades incluyen, pero no se limitan a:

- Recibir contribuciones de fondos depositados por el Fideicomiso mancomunado Principal.
- Distribuir fondos como lo especifica el Fideicomiso mancomunado Principal.
- Manejar las inversiones.
- Asignar los rendimientos de las inversiones (ganancias y/o pérdidas) y cargos a cada sub-cuenta.
- Preparar los estados de cuenta trimestrales.



*Toda comunicación con la institución financiera se hace a través del Fideicomiso Mancomunado Principal.*

## Funciones y Responsabilidades del Fideicomisario

Las responsabilidades incluyen, pero no se limitan a:

- Ser propietario legal de todos los activos del Fideicomiso.
- Enviar por correo las cartas del Otorgante y el Formulario K-1 a los representantes principales.
- Declarar impuestos por cada ingreso del Fideicomiso.
- Representar con la obligación fiduciaria, autorización legal y responsabilidad con el mejor interés del Fideicomiso y sus beneficiarios.



---

# Contribuciones

---





## Contribuciones

Después que el Contrato de Adhesión, cargo de inscripción y fondo inicial han sido procesados, la sub-cuenta está lista para usarse.

### CONTRIBUCIONES ADICIONALES

Una contribución adicional es una contribución periódica o recurrente a la sub-cuenta establecida. Para contribuir fondos adicionales, llene el Formulario de Contribución (**FORMULARIO F**) e inclúyalo con el cheque o la orden de pago que se le envía al Fideicomiso Mancomunado Principal. Cheques y órdenes de pago a depositarse en la sub-cuenta deben enviarse a:

The Arc of Texas  
Attention: Master Pooled Trust  
8001 Centre Park Drive, Suite 100  
Austin, TX 78754

Cheques y órdenes de pago deben hacerse a nombre de **“The Arc of Texas, MPT, FBO (Nombre y apellido del beneficiario)”**. El número de sub-cuenta del beneficiario debe incluirse en la línea de memo de los cheques u orden de pago para contribuciones adicionales en un futuro.

Cualquier contribución que no se haga como descrito anteriormente será rechazada y devuelta. ***Es crucial que los cheques y órdenes de pago se hagan a nombre de “The Arc of Texas, MPT, FBO (Nombre y apellido del beneficiario)” para evitar retrasos en el procesamiento de los fondos.***

El representante principal recibirá una notificación por correo electrónico o correo ordinario cuando la contribución se ha enviado al banco. El contribuyente no será notificado. Los fondos deben estar disponibles dentro de diez (10) días a partir de la fecha de notificación.

Si una sub-cuenta cae por debajo de \$300 y no se esperan o no se ha recibido ninguna contribución adicional, el Representante Principal será contactado y la sub-cuenta se cerrará.

No hay monto máximo que se pueda contribuir a la sub-cuenta. El Fideicomiso Mancomunado Principal **NO** acepta contribuciones en efectivo. ***¡NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO!***

## Contribuciones

### CONTRIBUCIONES ELECTRÓNICAS

Contribuciones electrónicas pueden ser transferidas a las sub-cuentas. El Fideicomiso Mancomunado Principal trabajará con toda parte interesada en establecer una contribución electrónica. Contribuciones Electrónicas deben efectuarse con ACH o transferencia bancaria. Venmo, PayPal, Zelle y Tarjeta de Débito o Crédito **no son aceptadas**. Comuníquese con el Fideicomiso Mancomunado Principal si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este proceso.

Cuando los fondos son contribuidos electrónicamente, el Representante Principal recibirá una notificación vía correo electrónico o correo ordinario. No se le notificará al contribuyente. Los fondos estarán disponibles dentro de diez (10) días a partir de la fecha de notificación.

### CONTRIBUYENTES ADICIONALES

No hay cargos adicionales a familias, amigos y grupos interesados que deseen contribuir fondos adicionales a una sub-cuenta. Cheques u órdenes de pago deben hacerse a nombre de “The Arc of Texas, MPT, FBO (Nombre y apellido del beneficiario)” y enviadas por correo a:

The Arc of Texas  
Attention: Master Pooled Trust  
8001 Centre Park Drive, Suite 100  
Austin, TX 78754

El Representante Principal recibirá la notificación que una contribución se hizo a la sub-cuenta. No se le notificará al contribuyente.

## ¿Cuáles Formularios Debería Llenar?

### Formulario de Contribución (FORMULARIO F)

Use este formulario para hacer una contribución a la sub-cuenta del Beneficiario con un CHEQUE U ORDEN DE PAGO. EFECTIVO o fondos de Transferencias Monetarias a través de Aplicaciones NO SERÁN ACEPTADOS. El Formulario de Contribución (FORMULARIO F) deberá incluirse con el cheque u orden de pago y enviarse por correo al Fideicomiso Mancomunado Principal.

**COMPLETE TODOS LOS FORMULARIOS EN SU TOTALIDAD.**

---

# Cargos, Inversiones e Impuestos

---



# Cargos

*Cargos a Sub-Cuentas a partir de 1 Julio de 2015*

## **CARGOS DE INSCRIPCIÓN**

- Un cargo de inscripción no reembolsable de \$600 se debe pagar al The Arc of Texas a la hora de inscribirse. Esto es un cargo único que sirve para establecer la sub-cuenta. Si un cheque aparte no está incluido con el Contrato de Adhesión, entonces los \$600 serán descontados de la contribución inicial.



## **CARGO ANUAL DE MANTENIMIENTO**

- Una vez la sub-cuenta ha recibido los fondos, el Fideicomiso Mancomunado Principal seguirá uno de los cronogramas de pagos siguientes. Los cargos son calculados y aplicados mensualmente y reportados al Representante Principal en el estado de cuenta trimestral.

# Programa de Cargos

## **DISTRIBUCIONES AUTORIZADAS**

(CRONOGRAMA DE CARGOS CORRIENTE - Desembolsos serán / han sido solicitados)

Cargo Anual de Mantenimiento:

1.75% para los primeros \$50,000 • 1.25% para cantidades entre \$50,000 hasta \$100,000 • 1% para cantidades mayores a \$100,000 • Cargo anual mínimo: \$300

Ejemplos de cargos anuales aproximados en los cronogramas de Distribuciones Autorizadas incluyen:

<i>Saldo de la Sub-Cuenta</i>	<i>Cargo Aproximado</i>	<i>Saldo de la Sub-Cuenta</i>	<i>Cargo Aproximado</i>
\$10,000	\$300	\$100,000	\$1,500
\$20,000	\$350	\$150,000	\$2,000
\$50,000	\$875	\$200,000	\$2,500
\$75,000	\$1,188	\$250,000	\$3,000



*Cuando la sub-cuenta ha recibido los fondos, el Programa de Cargos es automáticamente establecido como "Distribuciones Autorizadas."*

### DISTRIBUCIONES DIFERIDAS

(CRONOGRAMA DE CARGOS ALTERNO – Desembolsos no serán / no han sido solicitados)

Cargo Anual de Mantenimiento:

1.25% para cantidades hasta \$100,000

1% para cantidades sobre \$100,000

Cargo mínimo anual: \$250



*Si desea estado de “Distribuciones Diferidas”, se debe entregar una solicitud por escrito al Fideicomiso Mancomunado Principal para cambiar el Programa de Cargos.*

El Representante Principal se le permitirá aplicar para una excepción de distribución sin cambiar el Programa de Cargos de la sub-cuenta. Si el Representante Principal solicita más de una excepción de distribución en el curso de vida de la sub-cuenta entonces el Programa de Cargos será cambiado a “Distribuciones Autorizadas” permanentemente.

### OTROS CARGOS

- **Cargo por Solicitudes de Desembolso Frecuentes:** *Diríjase a la página siguiente para más información.*
- **Cargo por Preparación de Impuestos al IRS:** Un cargo por preparación de impuestos para la sub-cuenta. *Diríjase la página 35 para más información.*
- **Cargo de Cierre:** Un cargo de \$100 será impuesto al cerrar la sub-cuenta.
- **Cargo Anual de Contabilidad:** Para sub-cuentas que requieren contabilidad anual que son reportadas a la Corte, los siguientes cargos serán impuestos:
  1. \$150 a cuentas con veinte y cuatro (24) desembolsos o menos en un año.
  2. \$300 a cuentas con más de veinte y cuatro (24) desembolsos en un año.
  3. Hasta \$500 a cuentas con complejidades adicionales, incluyendo requisitos suplementarios de la Corte o asuntos fuera de las responsabilidades del Fideicomiso.





## Política de Cargos por Solicitud de Desembolso Frecuente

El Fideicomiso Mancomunado Principal impondrá un Cargo por Solicitud de Desembolso Frecuente a una sub-cuenta que ha excedido veinte y cuatro (24) solicitudes de desembolso en un año calendario. Una vez veinticinco desembolsos se han solicitado, aprobado y desembolsado en un año calendario, esa sub-cuenta es considerada un “usuario frecuente” y el Cargo por Solicitud de Desembolso Frecuente de \$12.50 por cada desembolso será aplicado a cada solicitud de desembolso procesada después de desembolso número 24 en ese año calendario.

El Cargo por Solicitud de Desembolso Frecuente se impondrá semestralmente (Julio y Enero) o cuando la sub-cuenta se cierre. Un cheque se desembolsará de la sub-cuenta a pagar The Arc of Texas y una notificación sobre el Cargo por Solicitud de Desembolso Frecuente se enviará al Representante Principal.

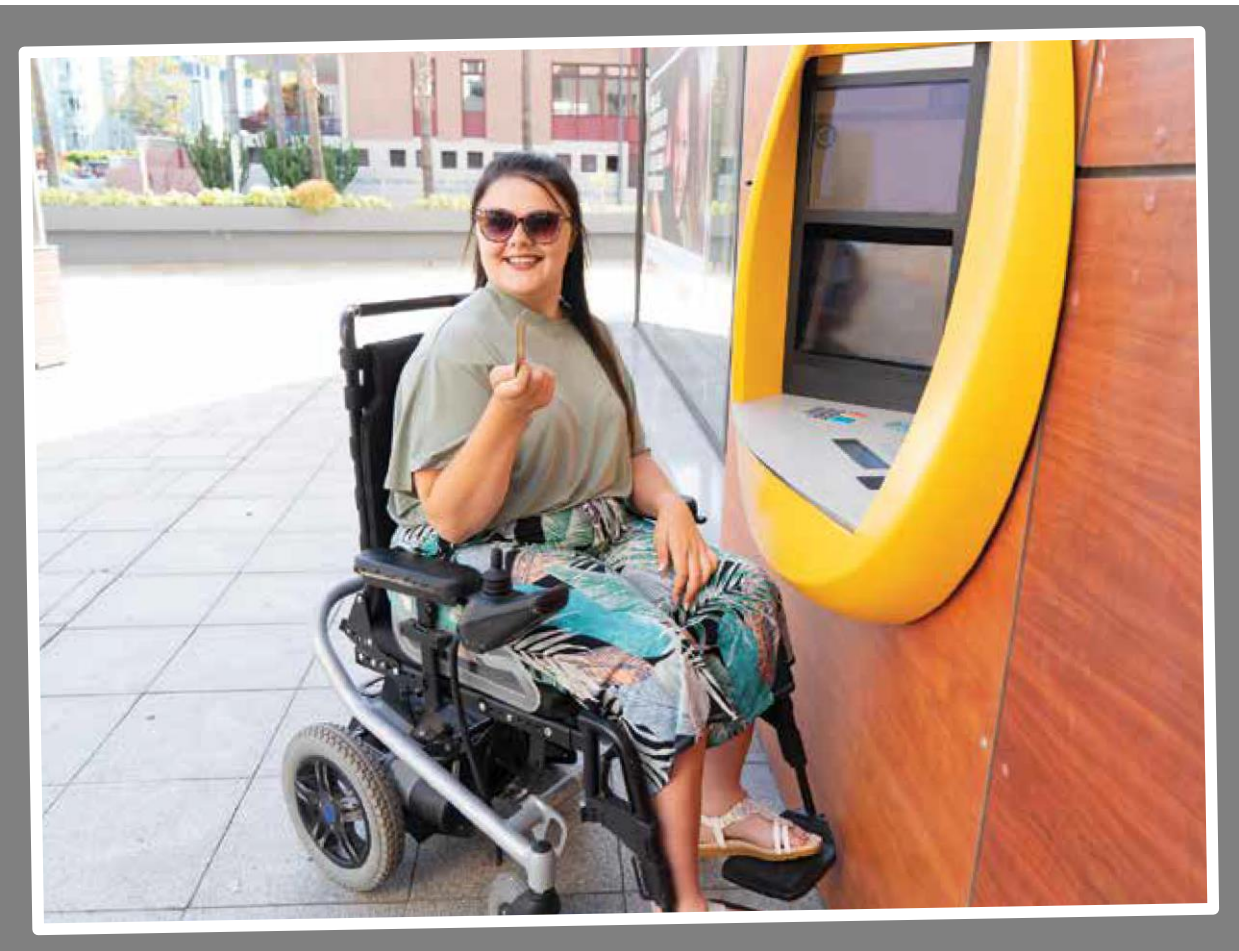
### **Sugerencias para reducir el número de desembolsos en un año calendario:**

- Consolidar solicitudes de recibos/desembolsos y solicitar desembolsos una vez al mes.
- Organizar varios meses de pagos adelantados por servicios como cable, internet, teléfono celular, etc., en vez de solicitar pagos cada mes.
- Organizar pagos automáticos al mismo receptor, por la misma cantidad y el mismo día de cada mes.



***A partir de Julio de 2015, TODAS LAS SUB-CUENTAS se les permiten veinticuatro (24) desembolsos en un año calendario.***





## Pagos Automáticos

Los pagos automáticos pueden establecerse para una sub-cuenta. Estos son pagos hechos al mismo receptor, por la misma cantidad en el mismo día de cada mes. Pagos automáticos deben caer entre el 1 y el 28 de cada mes. Para establecer, cambiar o cancelar un pago automático, llene un Formulario para Solicitud de Pago Automático (**FORMULARIO H**) treinta (30) días antes de la fecha que el pago debería empezar, cambiar o cancelarse. Entregue el formulario al Fideicomiso Mancomunado Principal.

El Fideicomiso Mancomunado Principal no incluye pagos automáticos cuando calcula el número total de solicitudes de desembolso para una sub-cuenta en particular. **Pagos Automáticos solo pueden cambiarse dos veces un año calendario**, cualquier cambio adicional se considerará una solicitud de desembolso y será incluido cuando se calculen los Cargos para la Solicitud de Desembolsos Frecuentes.



## Inversiones

Cada Beneficiario tiene su propia sub-cuenta separada. Para propósitos de inversión, el dinero en cada sub-cuenta se agrupa (combina). Agrupando los activos puede ayudar a la institución financiera, y por lo tanto a las sub-cuentas, a obtener una mayor tasa de retorno de la que sería posible si las sub-cuentas fueran invertidas separadamente. Las ganancias y/o pérdidas se asignan proporcionalmente de acuerdo a la porción de la subcuenta en la agrupación. Por ejemplo, el saldo de una sub-cuenta de \$1,000 en una agrupación de \$10,000 es igual a 1/10 de ganancias y/o pérdidas de la agrupación. Esas ganancias y/o pérdidas se aplican a la sub-cuenta.

El dinero del Fideicomiso Mancomunado Principal se invierte conservadoramente para preservar capital el mayor tiempo posible. Ganancias y/o pérdidas forman parte de los activos de la sub-cuenta del Beneficiario. Los fondos de la sub-cuenta, como otras inversiones, no están asegurados por el FDIC, no son garantizados por el banco y pueden perder valor. Se le puede hacer seguimiento a las ganancias y/o pérdidas de cada sub-cuenta en los estados trimestrales enviados al Representante Principal (Abril, Julio, Octubre, Enero).

*El Fideicomiso Mancomunado Principal se beneficia de la pericia profesional en inversión de la institución financiera. Al agrupar los activos para propósitos de inversión, sub-cuentas individuales no pueden dirigir, seleccionar, escoger o especificar donde se invierten sus fondos. El Comité de Finanzas y Operaciones del Arc of Texas y la institución financiera revisan las inversiones con regularidad.*



# Impuestos

## *Documentos Anuales de Impuestos*

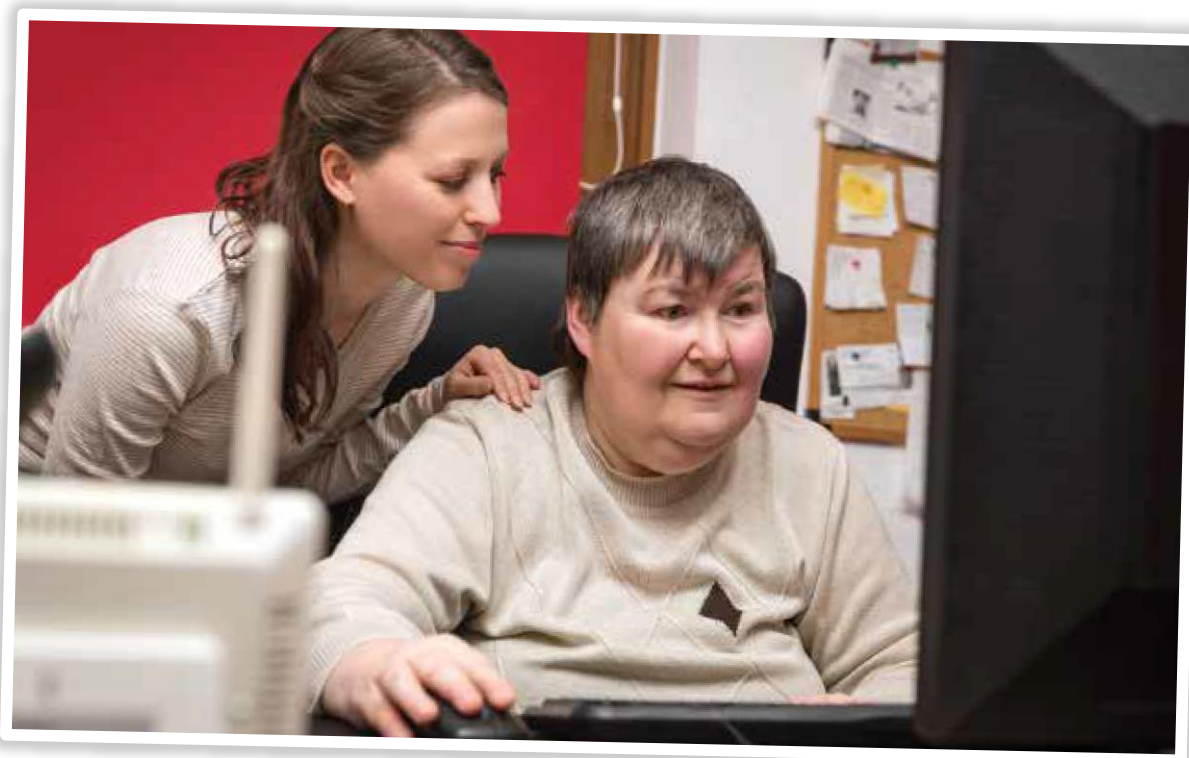
The Arc of Texas aconseja enfáticamente que el Beneficiario busque la ayuda de un profesional de impuestos para preguntas sobre como a completar los formularios federales de impuestos. Los empleados de The Arc of Texas no son consejeros de impuestos y no dan consejos fiscales o legales.

**Cartas de Otorgante:** Cada año al final de Marzo, las sub-cuentas que son auto-financiadas recibirán una Carta de Otorgante por correo. La Carta de Otorgante es un estado anual de las actividades de la sub-cuenta e incluyen ingresos, deducciones y créditos. La Carta de Otorgante debe llevarse a un profesional de impuestos y entregada con la declaración de impuestos del Beneficiario. *Para un ejemplo de Carta de Otorgante, diríjase la SECCIÓN DE EJEMPLOS.*

**Formulario K-1:** Las sub-cuentas financiadas por terceros recibirán un Formulario K-1 (Formulario 1041) por correo. Las cifras en el Formulario K-1 puede que no representen la cantidad de ingreso pagado al Beneficiario. Las cantidades mostradas en el Formulario K-1 son la porción del Beneficiario de los ingresos, deducciones y créditos incurridos por el Fideicomiso durante el año anterior. Las cantidades pueden ser diferentes a los fondos que en realidad se desembolsaron durante el año, debido a varios factores incluyendo la asignación de cargos y otras deducciones, exclusión de ingresos libres de impuestos, o la diferencia entre el año fiscal del Beneficiario y el del Fideicomiso. Si ningún fondo se desembolsó, un Formulario K-1 aun será enviado, pero incluirá ceros y espacios en blanco. *Para un ejemplo del Formulario K-1, diríjase a la SECCIÓN DE EJEMPLOS.*



*El Fideicomiso Mancomunado Principal hará todo lo posible para enviar por correo los formularios de impuestos el 1ro de Abril del siguiente año fiscal a la dirección en archivo del Representante Principal. Independiente del tipo de sub-cuenta, cada monto reportado en una Carta de Otorgante o Formulario K-1 debe ser incluido en la declaración de impuestos del BENEFICIARIO. Es responsabilidad del Beneficiario o de su representante correspondiente declarar los documentos de impuestos necesarios requeridos en las normas y reglamentos del Código del Internal Revenue.*



**1099-MISC:** Si la sub-cuenta ha hecho un desembolso a un proveedor de servicios, el Fideicomiso Mancomunado Principal enviará por correo un formulario 1099-MISC al proveedor de servicios para reportar ingresos varios. El Fideicomiso Mancomunado Principal también reporta los ingresos varios al IRS. El formulario 1099-MISC será enviado por correo antes del 31 de Enero del siguiente año fiscal a la dirección en archivo del proveedor de servicios. Es responsabilidad del proveedor de servicios usar este formulario para declarar todos los documentos fiscales federales como lo requiere el Código del Internal Revenue.

**CARGOS DE PREPARACIÓN DE IMPUESTOS PARA EL IRS:** Un cargo para preparar la Carta de Otorgante, Formulario K-1 y cualquier formulario 1099-MISC está incluido en el cargo de Preparación de Impuestos para el IRS que será deducido de la sub-cuenta. Este cargo se encuentra en el estado trimestral del segundo trimestre de cada año (Julio).



---

# Presupuestando

---



## Presupuestando

Cada sub-cuenta es única. La cantidad de dinero en la sub-cuenta y las necesidades de cada Beneficiario son diferentes. El Representante Principal y el Beneficiario deben discutir la situación del Beneficiario y planear consecuentemente para hacer el mejor uso del dinero en la sub-cuenta.

El Fideicomiso Mancomunado Principal trabajará con el Representante Principal y el Beneficiario para hacer desembolsos sensatos usando los fondos de la sub-cuenta prudentemente, estableciendo prioridades, identificando opciones rentables, y maximizando el beneficio de cada solicitud de desembolso. **Cada solicitud de desembolso amerita revisar desembolsos pasados y futuros.**



*Presupuestando es una manera excelente de planear por adelantado, mantener registro de los gastos y administrar los fondos.*

### PREPARANDO UN PRESUPUESTO

Cuando este completando los Presupuestos de Por Vida y Mensual para la sub-cuenta, tenga en cuenta como quiere usar la sub-cuenta y cuánto tiempo quiere que dure la sub-cuenta. Estos presupuestos le darán al Fideicomiso Mancomunado Principal una idea de que solicitudes de desembolso pueden ser aprobadas.

Visite [www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms) para conseguir plantillas, en blanco personalizables de nuestros Presupuestos de Por Vida y Mensual listos para su uso.

### PRESUPUESTO DE POR VIDA

Una sub-cuenta puede durar un año, diez años o más dependiendo de cuánto dinero se contribuya y que tan rápido se desembolsa. Lo que parece ser una gran cantidad de dinero puede parecer una pequeña cantidad de dinero cuando se gasta muy rápidamente. Para ayudar a ilustrar este concepto, el Fideicomiso Mancomunado Principal ha creado un ejemplo de Presupuesto de Por Vida. Hay dos cantidades iniciales de contribución y dos ritmos de gastos.

**Use estos ejemplos de presupuestos como INSTRUMENTO para:**

- Determinar cuánto tiempo los fondos para el Beneficiario pueden durar.
- Decidir si hacer una compra grande o, en cambio, prolongar el uso de la sub-cuenta.
- Comparar diferentes cantidades y tipos de gastos.

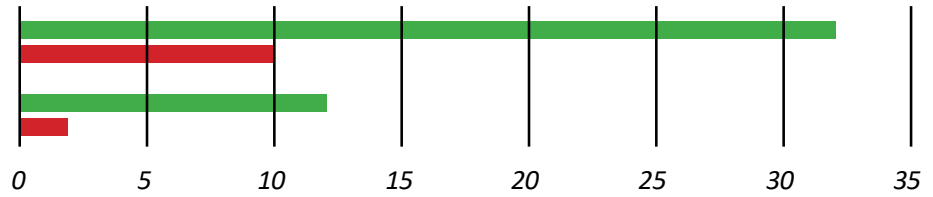


## Presupuestando

¿CUÁNTOS AÑOS DURARÁ LA SUB-CUENTA?

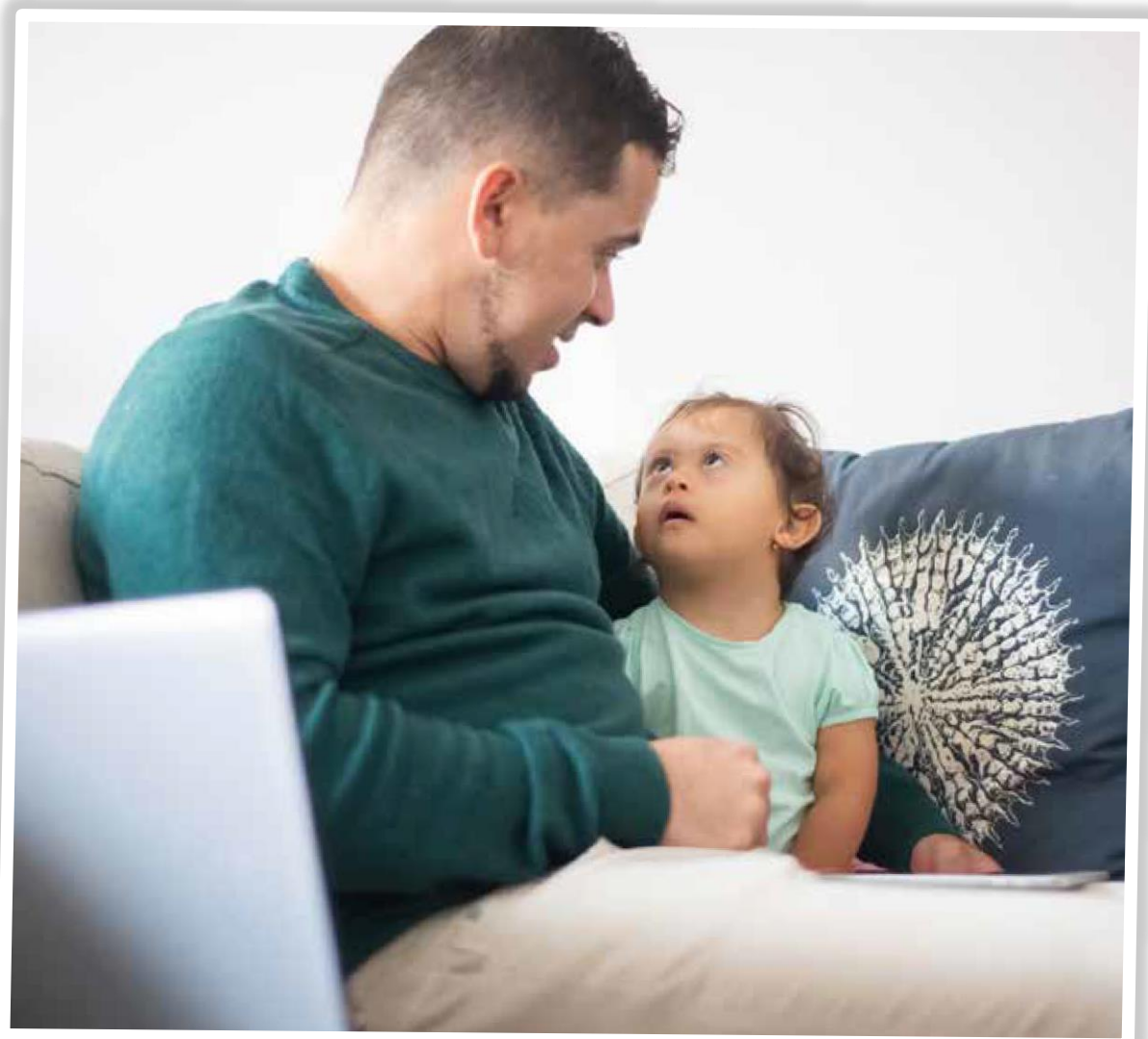
\$150,000 Fondo Inicial

\$40,000 Fondo Inicial



■ Gastando Poco

■ Gastando Mucho





## Gastando Poco y Gastando Mucho

### Ejemplo de Presupuesto con \$40,000.00

Gastando Poco		Gastando Mucho	
Cantidad Inicial de Fondos	\$40,000.00	Cantidad Inicial de Fondos	\$40,000.00
<u>Gastos no Recurrentes</u>		<u>Gastos no Recurrentes</u>	
Costo de Inscripción	(\$600.00)	Costo de Inscripción	(\$600.00)
Gasto del Funeral Pre-Pagado	(\$10,000.00)	Gasto del Funeral Pre-Pagado	(\$10,000.00)
Costo de Cierre	(\$100.00)	Costo de Cierre	(\$100.00)
		Automóvil	(\$15,000.00)
		Compra de Celular	(\$600.00)
		Computadora /Tableta / Sistema de Video Juegos	(\$500.00)
<u>Total Gastos Recurrentes</u>	(\$10,700.00)	<u>Total Gastos Recurrentes</u>	(\$26,800.00)
<u>Saldo Restante</u>	\$29,300.00	<u>Saldo Restante</u>	\$13,200.00
<u>Gastos Mensuales Estimados</u>		<u>Gastos Mensuales Estimados</u>	
Teléfono Celular	(\$25.00)	Gastos Mensuales del Teléfono Celular	(\$75.00)
Transporte (gasolina, autobús, otros)	(\$25.00)	Gastos del Vehículo (seguro, mantenimiento, gasolina)	(\$150.00)
Televisión	(\$50.00)	televisión/internet	(\$100.00)
Artículos personales (ropa, zapatos, vivienda)	(\$45.00)	Artículos personales (ropa, zapatos, vivienda)	(\$150.00)
Gasto Mensual de True Link	(\$7.00)	Gasto Mensual de True Link	(\$7.00)
Gasto de Mantenimiento Anual Est. (Mensual)	(\$43)	Gasto de Mantenimiento Anual Est. (Mensual)	(\$25)
Gasto de Preparación Anual de Impuestos (Mensual)	(\$8)	Gasto de Preparación Anual de Impuestos (Mensual)	(\$8)
<u>Total Gastos Mensuales</u>	(\$203.00)	<u>Total Gastos Mensuales</u>	(\$515.00)
<u>Total Gastos Anuales</u>	(\$2,436.00)	<u>Total Gastos Anuales</u>	(\$6,180.00)
Duración Estimada de este Fideicomiso	12 años	Duración Estimada de este Fideicomiso	2 años
Edad Actual del Beneficiario	40	Edad Actual del Beneficiario	40
	+12		+2
Edad al término del Fideicomiso	52	Edad al término del Fideicomiso	42

## Gastando Poco y Gastando Mucho

### Ejemplo de Presupuesto con \$150,000.00

<u>Gastando Poco</u>	
Cantidad Inicial de Fondos	\$150,000.00
<u>Gastos no Recurrentes</u>	
Costo de Inscripción	(\$600.00)
Gasto del Funeral Pre-Pagado	(\$10,000.00)
Costo de Cierre	(\$100.00)
<b>Total Gastos Recurrentes</b>	<b>(\$10,700.00)</b>
<b>Saldo Restante</b>	<b>\$139,300.00</b>

<u>Gastos Mensuales Estimados</u>	
Teléfono Celular	(\$50.00)
Transporte (gasolina, autobús, otros)	(\$50.00)
Televisión	(\$50.00)
Artículos personales (ropa, zapatos, vivienda)	(\$50.00)
Gasto Mensual de True Link	(\$7.00)
Gasto de Mantenimiento Anual Est. (Mensual)	(\$150)
Gasto de Preparación Anual de Impuestos (Mensual)	(\$8)
<b>Total de Gastos Mensuales</b>	<b>(\$365.00)</b>
<b>Total de Gastos Anuales</b>	<b>(\$4,380.00)</b>

Duración Estimada de este Fideicomiso	32 years
Edad Actual del Beneficiario	40
	+ 32
Edad al término del Fideicomiso	72

<u>Gastando Mucho</u>	
Cantidad Inicial de Fondos	\$150,000.00
<u>Gastos no Recurrentes</u>	
Costo de Inscripción	(\$600.00)
Gasto del Funeral Pre-Pagado	(\$10,000.00)
Costo de Cierre	(\$100.00)
Automóvil	(\$50,000.00)
Compra de Celular	(\$3,000.00)
Computadora/Tableta / Sistema de Video Juegos	(\$2,500.00)
<b>Total Gastos Recurrentes</b>	<b>(\$66,200.00)</b>
<b>Saldo Restante</b>	<b>\$83,800.00</b>

<u>Gastos Mensuales Estimados</u>	
Gastos Mensuales del Teléfono Celular	(\$75.00)
Gastos del Vehículo (seguro, mantenimiento, gasolina)	(\$150.00)
Televisión /internet	(\$150.00)
Artículos personales (ropa, zapatos, vivienda)	(\$150.00)
Gasto Mensual de True Link	(\$7.00)
Gasto de Mantenimiento Anual Est. (Mensual)	(\$100)
Gasto de Preparación Anual de Impuestos (Mensual)	(\$8)
<b>Total de Gastos Mensuales</b>	<b>(\$640.00)</b>
<b>Total de Gastos Anuales</b>	<b>(\$7,680.00)</b>

Tiempo Estimado que este Fideicomiso durará	10 years
Edad Actual del Beneficiario	40
	+ 10
Edad al término del Fideicomiso	50

## ¡Recordatorios!

### DESCARGO DE RESPONSABILIDAD POR GASTOS ALTOS

- El presupuesto de “Gastando Mucho” NO se recomienda. Ha sido incluido aquí para mostrar cuan rápidamente los fondos se agotarán si se hacen este tipo de compras y si se gasta de esta manera. Para algunos Beneficiarios, es conveniente usar los fondos de sus sub-cuentas de esta manera; sin embargo, para otros es mejor adoptar el presupuesto de “Gastando Poco”.

---

### GANANCIAS

- La institución financiera invierte los fondos de la sub-cuenta. Los rendimientos (ganancias o pérdidas) no están incluidos en estos ejemplos de presupuestos porque varían dependiendo del saldo de la sub-cuenta y las fluctuaciones del mercado. Los estados Trimestrales mostrarán los rendimientos de la sub-cuenta.

---

### CARGO DE MANTENIMIENTO ANUAL

- El cargo de Mantenimiento anual puede ser mayor o menor dependiendo del saldo de la sub-cuenta. La cantidad del Cargo de Mantenimiento anual cambiará cuando el saldo de la sub-cuenta cambie. *Diríjase a la SECCIÓN DE CARGOS para calcular el Cargo de Mantenimiento anual para el saldo de la sub-cuenta.*

---

### REGLA DE BENEFICIO ÚNICO

- La Administración de Seguro Social requiere que cualquier pago hecho por la sub-cuenta debe ser para el BENEFICIO ÚNICO del Beneficiario. Esto significa que el Fideicomiso Mancomunado Principal no puede pagar por artículos o servicios que beneficien a cualquier otro que no sea el Beneficiario (*p.ej. muebles para la familia entera o planes familiares de telefonía celular*). Para cumplir con esta regla, los pagos para gastos del hogar solo pueden ser por la porción de estos gastos del Beneficiario.

---

### RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES

- Las leyes de Texas requieren que los padres cuiden y mantengan a sus hijos menores. Esto incluye los gastos de vestido, comida, alojamiento y educación. *Diríjase a RESPONSABILIDADES PARENTALES en la página 18 para más información*

---

### BENEFICIOS DE COMIDA, ALOJAMIENTO Y SSI

- Si el Beneficiario está recibiendo beneficios de SSI, la sub-cuenta no puede comprar comida o asumir gastos de alojamiento (*p.ej. renta, servicios públicos, impuestos de propiedad*) sin afectar los beneficios de SSI del Beneficiario.

# Presupuesto Mensual de Joe Smith

## PRESUPUESTO MENSUAL...

Un Presupuesto Mensual ofrece una mejor visión de como el dinero de la sub-cuenta y de otras fuentes trabajan juntos para apoyar al Beneficiario. Un presupuesto preciso también ayudará a individuos y a sus representantes tener mejor entendimiento de cuáles artículos o servicios el presupuesto permite que se paguen o no.

Use este ejemplo de presupuesto como herramienta para:



Estimar cuánto se puede pagar cada mes en necesidades específicas.



Entender cuáles fondos deben ser usados para cuál propósito (p.ej. SSI/SSDI debe ser usado para alquiler y comida mientras fondos de la sub-cuenta pueden usarse para teléfono celular, internet y televisión).

INGRESOS	Anualmente	Mensualmente	Notas
SSI	\$ 8,820.00	\$ 735.00	
Otros (SSDI, SSA, Jubilación, Etc.)	\$ -	\$ -	
Depósitos a la Sub-Cuenta	\$ 2,580.00	\$ 215.00	
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 11,400.00</b>	<b>\$ 950.00</b>	

GASTOS MENSUALES	Apoyo**	Necesidades Suplementarias	TOTAL	Notas
Alquiler o Hipoteca	\$ (480.00)		\$ (480.00)	
Impuestos de Propiedad	\$ -		\$ -	
Seguro de Propietario de Casa	\$ -		\$ -	
Mantenimiento y reparación de Propiedad	\$ -		\$ -	
Servicios Públicos (Electricidad/Agua/Gas)	\$ (100.00)		\$ (100.00)	
Comestibles (excepto beneficios de SNAP)	\$ (100.00)		\$ (100.00)	
Comer afuera	\$ (30.00)		\$ (30.00)	
Ropa		\$ (25.00)	\$ (25.00)	pago a True Link
Teléfono (Casa y/o Celular)		\$ (25.00)	\$ (25.00)	pago directo
Televisión		\$ (50.00)	\$ (50.00)	pago directo
Artículos del Hogar		\$ (25.00)	\$ (25.00)	pago a True Link
Cuidado Personal		\$ (25.00)	\$ (25.00)	pago a True Link
Libros, revistas, videos, música		\$ -	\$ -	
Películas y otro entretenimiento -- Netflix		\$ (10.00)	\$ (10.00)	pago a True Link - Netflix
Electrónicas		\$ -	\$ -	
Transporte -- Taxi		\$ -	\$ -	
Transporte -- Pases de Autobús		\$ (45.00)	\$ (45.00)	pago a True Link
Mascotas		\$ -	\$ -	
Vehículos -- Gasolina		\$ -	\$ -	
Vehículos -- mantenimiento y reparación		\$ -	\$ -	
Vehículos -- pagos		\$ -	\$ -	
Vehículos -- seguro		\$ -	\$ -	
Seguro de Salud --Suplemento de Medicare		\$ -	\$ -	
Seguro de Salud - Prima de Medicare Pt B & D		\$ -	\$ -	
Gastos Médicos no pagados por el seguro (avg.)		\$ -	\$ -	
Asilo de Ancianos o Centro de Vida Asistida		\$ -	\$ -	
Cuidado en hogar y cuidado de relevo		\$ -	\$ -	
Educación/Entrenamiento/Campamento		\$ -	\$ -	
Cargos del Banco		\$ -	\$ -	
Legal		\$ -	\$ -	
Otros:	\$ (25.00)	\$ (10.00)	\$ (35.00)	
<b>TOTALES</b>	<b>\$ (735.00)</b>	<b>\$ (215.00)</b>	<b>\$ (950.00)</b>	
	<b>\$735 pagado por SSI</b>	<b>\$215 pagado mensualmente por la sub-cuenta</b>		

\*\* "Apoyo" incluye comida y alojamiento. "Alojamiento" incluye habitación, alquiler, pagos de hipoteca, impuestos de propiedad, combustible para calefacción, gas, electricidad, agua, Servicios de recolección de aguas residuales y basura. El DINERO de SSI y/o SSDI DEBE CUBRIR ESTOS ARTÍCULOS \*\*\* Necesidades "Suplementarias" incluyen todo lo demás pagado por la sub-cuenta.

**PLANILLA DE TRABAJO DE PRESUPUESTO MENSUAL**

**El Representante Principal y el Beneficiario pueden usar este formulario para:**

**Presupuesto Mensual de**

---

- Administrar los ingresos y los gastos mensuales para el beneficio del Beneficiario.
- Mantener solicitudes de desembolsos por debajo del desembolso anual permitido y evitar Cargos de Solicitud de Desembolso Frecuentes. ¡Recuerde, veinticuatro (24) desembolsos son permitidos sin costo extra cada año!

INGRESOS	Mensual		Notas
SSI	Anual	Mensual	
Otro (SSDI, SSA, Jubilación, Etc.)			
Depósitos a la Sub-Cuenta			
<b>TOTAL</b>			

GASTOS MENSUALES	Apoyo**	Necesidades Suplementarias	TOTAL	Notas
Alquiler o Hipoteca				
Impuestos de Propiedad				
Seguro de Propietario de Casa				
Mantenimiento y reparación de Propiedad				
Servicios Públicos (Electricidad/Agua/Gas)				
Comestibles (excepto beneficios de SNAP)				
Comer afuera				
Ropa				
Teléfono (Casa y/o Celular)				
Televisión				
Artículos del Hogar				
Cuidado Personal				
Libros, revistas, videos, música				
Películas y otro entretenimiento -- Netflix				
Electrónicas				
Transporte -- Taxi				
Transporte -- Pases de Autobús				
Mascotas				
Vehículos -- Gasolina				
Vehículos -- mantenimiento y reparación				
Vehículos -- pagos				
Vehículos -- seguro				
Seguro de Salud --Suplemento de Medicare				
Seguro de Salud - Prima de Medicare Pt B & D				
Gastos Médicos no pagados por el seguro (avg.)				
Asilo de Ancianos o Centro de Vida Asistida				
Cuidado en hogar y cuidado de relevo				
Educación/Entrenamiento/Campamento				
Cargos del Banco				
Legal				
Otros:				
<b>TOTALES</b>				
	___ Pagado por ___	___ pagado mensualmente por la sub-cuenta		

\*\* "Apoyo" incluye comida y alojamiento. "Alojamiento" incluye habitación, alquiler, pagos de hipoteca, impuestos de propiedad, combustible para calefacción, gas, electricidad, agua, Servicios de recolección de aguas residuales y basura. El DINERO de SSI y/o SSDI DEBE CUBRIR ESTOS ARTÍCULOS \*\*\* Necesidades "Suplementarias" incluyen todo lo demás pagado por la sub-cuenta.



---

# Desembolsos

---



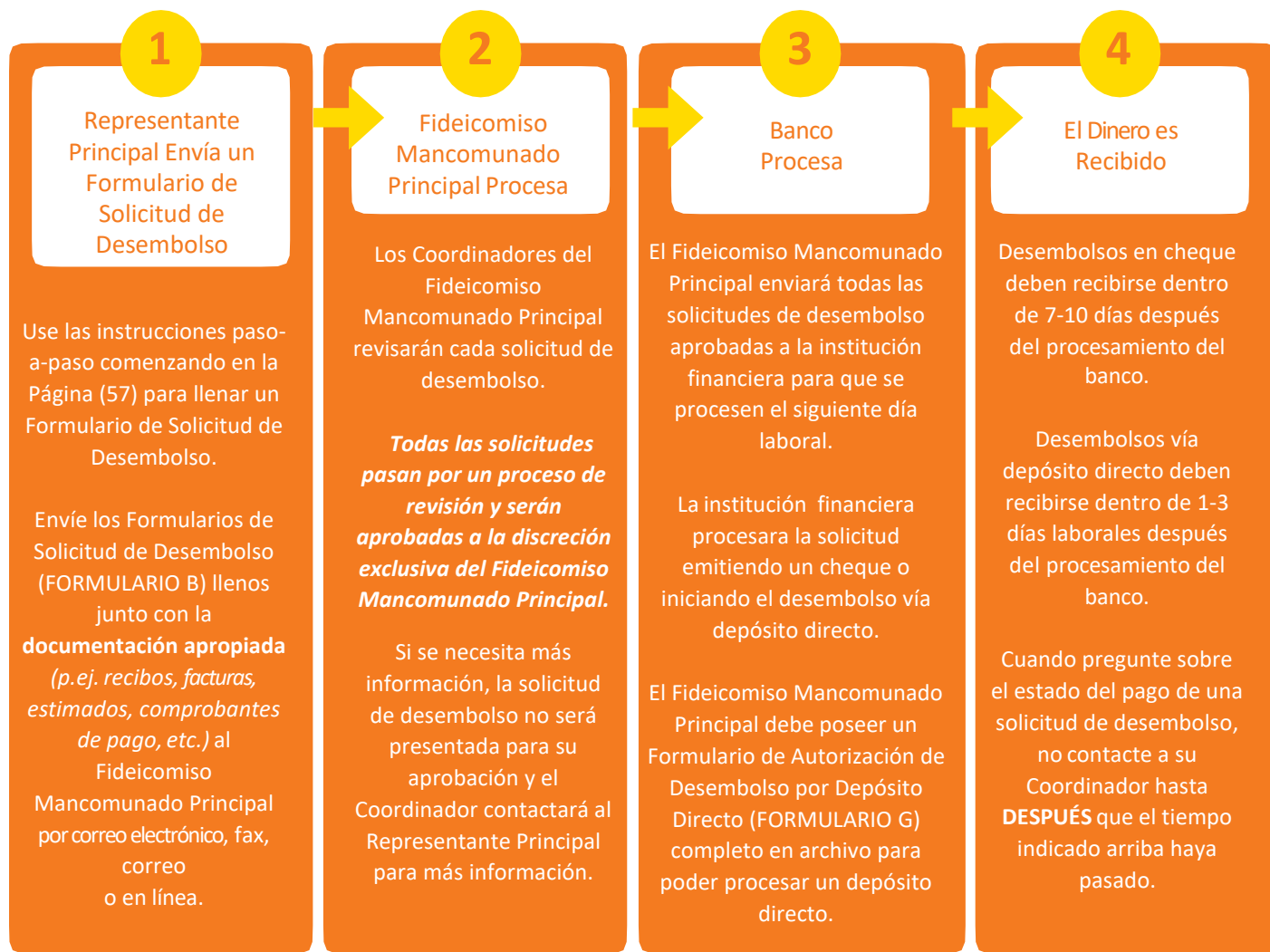


## Solicitando Desembolsos

El Fideicomiso Mancomunado Principal requiere un periodo de procesamiento de diez (10) días después que el Contrato de Adhesión esté aprobado y que la primera contribución se reciba antes que el primer desembolso pueda ser solicitado.

Los formularios de Solicitud de Desembolso (*FORMULARIO B*) se pueden conseguir en el sitio web del Fideicomiso Mancomunado Principal ([www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)). Diríjase a la **SECCIÓN DE FORMULARIOS** para un Formulario de Solicitud de Desembolso en blanco el cuál se puede copiar. Asegúrese de **NO** usar el formulario incluido en el Kit de Instrumentos. Diríjase a la **SECCIÓN DE EJEMPLOS** para un ejemplo ya lleno de un Formulario de Solicitud de Desembolso.

### Cronograma de Solicitud de Desembolso



## Guías Generales para Desembolsos de Sub-Cuentas

No se harán pagos directos a ningún individuo que recibe SSI o Medicaid.

<p><b>Generalmente No Permitido</b></p> <p>Estos elementos PODRIAN NO SER aprobados por el Fideicomiso Mancomunado Principal. ¡NO LOS COMPRE!</p>	<p><b>Generalmente Permitido</b></p> <p>Estos elementos PODRIAN SER aprobado por el Fideicomiso Mancomunado Principal</p>
Alquiler, hipoteca u otros pagos para alojamiento, pensión completa o renta básica para una centro residencial (incluyendo hogar comunitario, asilo o residencia asistida)	Ropa, artículos de cuidado personal, libros, revistas, instrumentos musicales, equipo recreacional, juegos y artesanía
Impuestos de Propiedad	Televisión, internet, y servicios de teléfono
Servicios Públicos (esto incluye electricidad, agua, aguas residuales, basura y gas natural)	Gastos médicos y dentales por cuenta propia que no tienen fondos disponibles, incluyendo cirugía plástica u otro procedimiento médico que no sea esencial
Comestibles, alimentos o comer fuera (esto incluye comidas rápidas, restaurantes y bocadillos)	Cuidados de asistente personal, cuidados suplementarios de enfermera, cuidados en el hogar, cuidados de relevo u cuidados similares que programas de asistencia posiblemente no los proporcionen
Efectivo o pagos directos a el Beneficiario	Entrenamiento de rehabilitación privada y terapia física
Alcohol, Apuestas, Juegos de Lotería	Cuidados de un acompañante, mascotas, acompañante de viaje, para conducir y experiencias culturales
Gastos de viaje de otros miembros de la familia	Pagos para acompañar a el Beneficiario a salidas periódicas, vacaciones y viajes, en casos en que el Fideicomiso Mancomunado Principal considera que estos gastos son apropiados y razonables
Vehículos Recreacionales (p.ej. barcos, ATVs, etc.)	Equipos especiales tales como una silla de ruedas eléctrica u otro aparato de apoyo, una camioneta especialmente equipada u otro vehículo para transporte, y costos de transporte
Donaciones de caridad o regalos a otros (incluyendo niños del Beneficiario o cualquier otro miembro de la familia)	Terapias o suministros para proporcionar estimulación táctil, holística, herbal (sin incluir marihuana) u otras terapias o servicios alternos
Cualquier otra cosa cubierta por otra fuente de fondos	Programas para entrenamiento y educación así como oportunidades sociales, recreacionales y de entretenimiento
<p><b>El Fideicomiso Mancomunado Principal NUNCA compra o reembolsa: armas de fuego u otras armas; vehículos lujosos; acciones, inversiones o criptomoneda; o animales exóticos.</b></p>	

## Recibos

1. TODAS las solicitudes de desembolso entregadas al Fideicomiso Mancomunado Principal **DEBEN** incluir RECIBOS, ESTIMADOS O COMPROBANTES DE PAGO.
  - a. **¡ENVÍE SOLO COPIAS!** Recibos, facturas, estimados o pruebas de compras originales no deben ser enviadas a el Fideicomiso Mancomunado Principal.
  - b. TODOS LOS DOCUMENTOS deben ser legibles AL SER RECIBIDOS por el Fideicomiso Mancomunado Principal.
  - c. Ningún documento será devuelto.
2. Para adelanto de fondos, un estimado o factura debe ser presentado al Fideicomiso Mancomunado Principal con el Formulario de Solicitud de Desembolso (**FORMULARIO B**).
3. NO ENVÍE los originales de los talonarios de pago, órdenes de compra o sobres de pago. El Fideicomiso Mancomunado Principal NO los re-enviará o regresará. Haga una copia y mantenga los originales en sus archivos.
4. Cuando use tarjeta de crédito como opción de pago para comprar artículos o servicios para el Beneficiario, una copia del estado de cuenta de la tarjeta de crédito **NO** es suficiente cuando envíe el Formulario de Solicitud de Desembolso (**FORMULARIO B**). Los RECIBOS de los artículos o servicios en el estado de cuenta de la tarjeta de crédito deben ser enviados al Fideicomiso Mancomunado Principal.

## Solicitudes Especiales

La frecuencia de cada solicitud especial a continuación, incluyendo artículos de lujo y su costo se considerarán y serán aprobados por el Fideicomiso Mancomunado Principal caso por caso. Las solicitudes especiales requieren tiempo adicional para que el Fideicomiso Mancomunado Principal las revise. Las solicitudes especiales también pueden resultar en rechazo o reducción de la solicitud de desembolso.

Para propósitos de planificación y presupuesto a largo plazo, el Fideicomiso Mancomunado Principal toma en consideración que cada solicitud es una utilización práctica de fondos para servir mejor al Beneficiario. **NO** compre ningún artículo o pague por ningún servicio que cueste una gran cantidad de dinero hasta que haya contactado al Fideicomiso Mancomunado Principal y haya recibido autorización o aprobación por adelantado.

1. *Vehículos y Modificaciones de Vehículo:* Un Formulario de Solicitud de Compra de Vehículo (**FORMULARIO I**) debe llenarse, entregarse y ser aprobada por el Fideicomiso Mancomunado Principal antes de comprar un vehículo. El Fideicomiso Mancomunado Principal requiere, como mínimo, que la siguiente documentación de apoyo sea entregada con el Formulario de Solicitud de Compra de Vehículo cuando se prepare a comprar un vehículo: **Historial CARFAX del Vehículo, Póliza de Seguro del Conductor, Orden de Compra, Licencia de Conducir del Conductor y Registro Actual de Vehículo.** El Fideicomiso Mancomunado Principal puede pedir documentación de apoyo o información adicional. Una vez que el Formulario de Solicitud de Compra de Vehículo haya sido aprobado y el Fideicomiso Mancomunado Principal ha pagado por el vehículo, The Arc of Texas mantendrá un gravamen sobre el vehículo. El vehículo **NO** puede ser negociado o venderse por lo menos en (5) años. El Fideicomiso Mancomunado Principal pide que se tome todo esto en consideración cuando opten a comprar un vehículo.

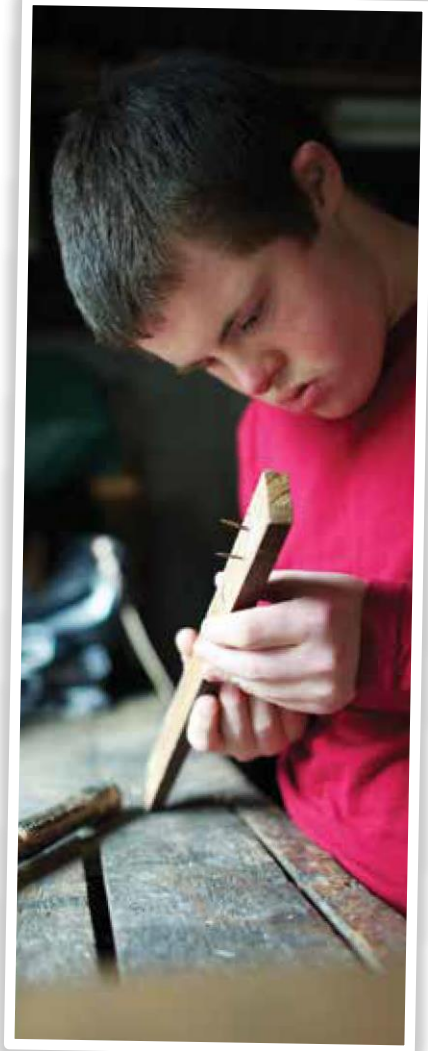
***Solicitud para modificaciones del vehículo actualmente de su propiedad se aprueban caso por caso. Contacte el Fideicomiso Mancomunado Principal para más información.***

2. *Mejoras en el Hogar:* Desembolsos solicitud para mejoras en el hogar requieren ser pre-aprobadas por el Fideicomiso Mancomunado Principal. El Fideicomiso Mancomunado Principal revisara la solicitud de desembolso para determinar el beneficio único, propiedad de la vivienda, estimados de la mejora en el hogar, credenciales del contratista, permisos necesarios, cualquier impuesto que se deba, gravamen o préstamos de la propiedad y otras consideraciones antes que la solicitud de desembolso pueda ser aprobada.

3. **Vacaciones:** Requieren autorización por adelantado a través del Formulario de Solicitud de Viaje (**FORMULARIO J**) que se encuentra en la **SECCIÓN DE FORMULARIOS**. El Fideicomiso Mancomunado Principal no puede pagar por ciertos artículos o servicios. Sin embargo, ciertos gastos pueden ser pagados por una persona de apoyo o ayuda para viajar con el Beneficiario. Contacte al Fideicomiso Mancomunado Principal para más información.
4. **Compra de Vivienda:** Contacte el Fideicomiso Mancomunado Principal para información sobre compras de vivienda. Las viviendas no comprarán para menores sin consideraciones especiales.
5. **Procedimientos Médicos y Equipo Médicos de alto costo:** Notificación por adelantado y aprobación por el Fideicomiso Mancomunado Principal se requiere antes que se haga cualquier desembolso para cualquier procedimiento médico o equipo médico de alto costo. Esto incluye, pero no está limitado a: cirugías electivas, procedimientos electivos, cama de hospital y compras de sillas de rueda.

## Puntos a Considerar

1. El Fideicomiso Mancomunado Principal tiene la decisión final de aprobar todas las solicitudes de desembolso. **NO TODAS LAS SOLICITUDES DE DESEMBOLSO SERÁN APROBADAS.**
2. Solicitudes de desembolso complejas o de alto costo le tomarán tiempo adicional al Fideicomiso Mancomunado Principal para revisar.
3. Entrega de Formularios de Solicitud de Desembolso a tiempo es requerido. El Fideicomiso Mancomunado Principal solo considerará solicitudes de desembolso para gastos hechos en los últimos **doce (12) meses**. Gastos antes del establecimiento de la sub-cuenta típicamente no califican para desembolsos.
4. Cargos por Solicitudes de Desembolso Frecuente: Si más de veinticuatro (24) desembolsos se solicitan en un año calendario, a la sub-cuenta se le hará un Cargo de Solicitud de Desembolso Frecuente. *Ver la SECCIÓN DE CARGOS para más información.*



## Solicitud de Desembolso Rechazada o Reducida

1. Si una solicitud de desembolso se rechaza o reduce, el Fideicomiso Mancomunado Principal notificará al Representante Principal de la razón del rechazo o reducción.
2. Si la solicitud de desembolso lleva a la sub-cuenta a un saldo por debajo de \$300, la cantidad de desembolso solicitada puede ser reducida o la sub-cuenta puede ser cerrada.
3. Solicitudes de desembolso rechazadas o reducidas pueden ser apeladas.
  - a. Una apelación debe hacerse por escrito por el Representante Principal al Comité del Fideicomiso Mancomunado Principal.
  - b. Si el Comité del Fideicomiso Mancomunado Principal rechaza la apelación, el Representante Principal puede apelar a la Junta Directiva de The Arc of Texas. La decisión de la Junta Directiva es definitiva.

## Opciones de Pago

Hay varias opciones de pago para el reembolso o pagos de artículos o servicios aprobados que se han comprado a nombre del Beneficiario. A los Beneficiarios solo se les pagará/reembolsará en ciertos casos. El Fideicomiso Mancomunado Principal no puede pagar o recibir fondos a través de Aplicaciones de Transferencias de Dinero (p.ej. Venmo, PayPal, Zelle) o una billetera móvil (p.ej. Apple Pay, Google Pay).

¿A quién NO SE PUEDE pagar?	¿A quién SE PUEDE pagar?
Titulares de Préstamos ( <i>individuos, préstamo de título, casas de empeño, préstamos de día-de-pago, etc.</i> )	Negocios
Cuentas de Tarjeta de Débito	Cuentas de Tarjeta de Crédito
Tarjetas de Crédito/Tarjetas de Regalo Pre-pagadas	Tarjetas True Link
Cualquier individuo que recibe SSI o Medicaid o que sus hijos menores o miembro(s) de su hogar reciben SSI o Medicaid	Individuos que NO están recibiendo beneficios del gobierno

**Incluya la siguiente información en el Formulario de Solicitud de Desembolso (FORMULARIO B) por cada opción de pago:**

1. Negocio/Individuo: Nombre, dirección, número de teléfono.
2. Tarjetas de Crédito: Nombre de la empresa de la tarjeta de crédito, número de cuenta y dirección.
3. True Link: Nombre en la Tarjeta True Link y los últimos cuatro (4) dígitos del número de la tarjeta.

### COMO RECIBIR FONDOS Y/O PAGAR FOR ARTÍCULOS O SERVICIOS

**CHEQUE:** Incluya nombre del receptor, dirección y número de teléfono.

**DEPÓSITO DIRECTO:** Se requiere llenar el Formulario de Autorización de Desembolso por Depósito Directo (FORMULARIO G) si se hacen pagos de una sub-cuenta a una cuenta de banco de un individuo. Diríjase a la SECCIÓN DE FORMULARIOS para el Formulario de Autorización de Desembolso por Depósito Directo (FORMULARIO G).

**PAGO AUTOMÁTICO:** Puede establecerse de la sub-cuenta del Beneficiario para artículos y/o servicios que necesiten pagarse regularmente para reducir el número de solicitudes de desembolsos en un año (FORMULARIO H).

**TRUE LINK:** Una Tarjeta especializada que sirve como una manera segura y eficiente para que los Beneficiarios paguen por artículos o servicios con fondos de su sub-cuenta, mientras continúan siendo elegible para beneficios. Refiérase a la SECCIÓN DE FORMULARIOS para el Formulario de Solicitud de Tarjeta True Link (FORMULARIO K).





## ¿Cuáles formularios debería completar?

*¡Solicitudes Diferentes requieren formularios diferentes! Asegúrese de revisar y seleccionar cuál formulario es apropiado para su solicitud de desembolso. Formularios incorrectos se regresarán al Representante Principal y retrasarán el procesamiento de la solicitud de desembolso.*



### **FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO (FORMULARIO B)**

Use este formulario cada vez que se solicite un pago o reembolso para todo artículo o servicio. Esto incluye toda solicitud en general que no sea un pago automático. Solicitudes de viaje y de compra de vehículo requieren que se completen formularios adicionales. *Para el Formulario, diríjase la SECCIÓN DE FORMULARIOS.*



### **FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO POR DEPÓSITO DIRECTO (FORMULARIO G)**

Use este formulario para recibir fondos por depósito directo. El Fideicomiso Mancomunado Principal requiere una copia de un cheque anulado, el formulario de depósito directo o una carta del banco. La carta del banco debe incluir el nombre del banco, nombre en la cuenta, número de ruta y número de cuenta del banco. *Para el Formulario de Autorización de Depósito Directo de Desembolso, diríjase la SECCIÓN DE FORMULARIOS.*



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE PAGO AUTOMÁTICO (FORMULARIO H)**

Use este formulario para iniciar, cambiar o cancelar un pago automático a ser retirado de la sub-cuenta del Beneficiario. Pagos automáticos deben hacerse cada mes a nombre de **MISMO RECEPTOR** por la **MISMA CANTIDAD** y en el **MISMO DÍA**. Para el formulario, diríjase la **SECCIÓN DE FORMULARIOS**.



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COMPRA DE VEHÍCULO (FORMULARIO I)**

Use este formulario cuando solicite la compra de un vehículo para uso diario. **NO** compre un vehículo recreacional (p.ej. barco, ATV). **NO** compre un vehículo sin previa aprobación del Fideicomiso Mancomunado Principal. **NO** tome posesión del vehículo antes que el vendedor haya recibido el pago. Para el formulario, diríjase la **SECCIÓN DE FORMULARIOS**.



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE VIAJE (FORMULARIO J)**

Use este formulario para toda solicitud de viaje. Todo viaje debe ser **APROBADO POR ADELANTADO** por el Fideicomiso Mancomunado Principal por lo menos (30) días antes de la fecha de viaje deseada. Siga las instrucciones como están indicadas en (FORMULARIO J). Para aprobar un viaje o para un adelanto de gastos de viaje, el Formulario de Solicitud de Viaje (FORMULARIO J) debe completarse por los dos lados y entregarse a el Fideicomiso Mancomunado Principal. Si no se solicita un adelanto de gastos de viaje y un desembolso de fondos se necesita luego que el viaje se ha completado, llene un Formulario de Solicitud de Desembolso (FORMULARIO B). Para el formulario, diríjase la **SECCIÓN DE FORMULARIOS**.



**COMPLETE TODOS LOS FORMULARIOS TOTALMENTE.**

# INSTRUCCIONES DE COMO LLENAR UN FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO

Lea Cuidadosamente Antes De Completar Un Formulario De Solicitud de Desembolso

PARA EVITAR RETRASOS EN EL PROCESAMIENTO, USTED DEBE ENTREGAR COPIAS DE RECIBOS, FACTURAS, ESTIMADOS O UN COMPROBANTE DE PAGO Y FIRMAR EL FORMULARIO.

<p><u>INFORMACIÓN DE LA SUB-CUENTA</u></p>	<p><b>Nombre en la Cuenta:</b> El nombre del Beneficiario en la sub-cuenta. <b>No. de Sub-Cuenta:</b> El número de sub-cuenta asignado al Beneficiario en el Contrato de Adhesión. <b>Fecha:</b> La fecha que se entregue la solicitud de desembolso. <b>Número de Teléfono:</b> Número de contacto telefónico del Representante Principal. <b>Beneficios:</b> Indique si el Beneficiario está recibiendo SSI, Medicaid o SSDI. <i>Incluya el tipo de Medicaid (p.ej. HCS, CBA, CLASS, DBMD, Traditional, QMB, SLMB). Marque todo lo que aplique.</i> Para receptores de SSI, indique que la solicitud no es para comida, alojamiento o efectivo porque SSA reducirá los beneficios del Beneficiario si estos están pagados por la sub-cuenta.</p>
<p><u>SECCIÓN 1</u></p>	<p><b>Descripción del Artículo/Servicio:</b> Proporcione una descripción breve de como el dinero del desembolso será utilizado (p.ej. muebles, gastos de almacenaje, factura de teléfono). Detalle la solicitud. <b>Cantidad:</b> Para cada artículo o grupo de artículos, ponga el monto de devolución o de pago. <b>Cantidad Total:</b> Sume todas las cantidades de la lista. ¿Esta solicitud es para <b>ADELANTAR</b> o <b>REEMBOLSAR</b> fondos o <b>AMBOS</b>? Marque la casilla correspondiente.</p>
<p><u>SECCIÓN 2</u></p>	<p><b>COMPLETE SOLO <u>UNA</u> OPCIÓN DE PAGO: CHEQUE, DEPÓSITO DIRECTO o TARJETA TRUE LINK</b> <b>**Si se necesita otra opción de pago, complete otro Formulario de Solicitud de Desembolso**</b></p> <p><b><u>Solicitud de Cheque:</u></b> <b>Haga el Cheque a Nombre de:</b> El nombre de la empresa o persona a quien debe pagarse el cheque. <b>Memo en el Cheque:</b> Indique que información quiere impresa en el cheque (p.ej. número de cuenta de la factura de teléfono, ID del paciente del hospital, número de factura de la tienda de muebles). <b>Envíe el Cheque a:</b> <b>Nombre:</b> El nombre de la persona/tienda/empresa a quien se debe enviar el cheque. <b>Dirección:</b> La dirección de la persona/tienda/empresa que recibirá el cheque.</p> <p><b><u>Depósito Directo:</u></b> <b>*** Un Formulario de Autorización de Desembolso por Depósito Directo (DDDAF) debe completarse o estar en archivo para poder desembolsar fondos por depósito directo. ***</b> <b>Cuenta Corriente:</b> Marque esta casilla para una cuenta corriente. <b>Ahorros:</b> Marque esta casilla para una cuenta de ahorros. <b>Nombre del Banco:</b> Nombre del banco donde se esté depositando. <b>Nombre del Titular de la Cuenta:</b> El nombre de la persona que aparece en la cuenta (debe estar exactamente como aparece en el estado de cuenta bancaria). <b>Últimos 4 Dígitos del No. de Cuenta Bancaria:</b> Los últimos cuatro (4) dígitos del número de cuenta bancaria en la que los fondos se depositarán. <b>ACUERDESE:</b> Los números de ruta y de cuenta usando el DDDAF deben estar en archivo.</p> <p><b><u>Tarjeta True Link:</u></b> <b>Nombre del Titular de la Tarjeta:</b> Anote el nombre proporcionado de la Tarjeta True Link. <b>Últimos 4 Dígitos de la Tarjeta:</b> Los últimos cuatro (4) dígitos de la Tarjeta True Link donde los fondos serán depositados.</p>
<p><u>FIRMA</u></p>	<p>Al firmar este formulario usted confirma que el Formulario de la Solicitud de Desembolso está preciso y los artículos y/o servicios que se han comprado son para el beneficio único del Beneficiario. <b><u>La firma del Representante Principal es requerida.</u></b> Una firma electrónica es aceptable si se envía desde la dirección de correo electrónico en archivo del Representante Principal.</p>

## ENTREGUE SU FORMULARIO

Correo: The Arc of Texas, Attn: MPT - 8001 Centre Park Drive, Suite 100 - Austin, TX 78754

Fax: (512) 454-4956

Correo Electrónico: [trust@thearcoftexas.org](mailto:trust@thearcoftexas.org)

Para formularios adicionales visite <http://www.thearcoftexas.org/trust-forms>



# Como Llenar un Formulario de Solicitud de Desembolso

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO  
DEL FIDEICOMISO MANCOMUNADO PRINCIPAL

## Información de la Sub-Cuenta

**TO SUBMIT THIS FORM**  
E-Mail: [Trust@thearcoftexas.org](mailto:Trust@thearcoftexas.org)  
FAX: 512-454-4956  
MAIL: 8001 Centre Park Drive, Suite 100  
Austin, Texas 78754

The Arc of Texas  
**MASTER POOLED trust**

**DISBURSEMENT REQUEST FORM**

**Beneficiary:** \_\_\_\_\_  
**Sub-Account Number:** \_\_\_\_\_  
**Date:** \_\_\_\_\_

**Primary Rep (PR):** \_\_\_\_\_  
**PR Phone:** \_\_\_\_\_  
**PR Correo Elec.:** \_\_\_\_\_

**Benefits** (✓ all that apply):     SSI     SSDI     MEDICAID TYPE \_\_\_\_\_

For SSI recipients only. This request does not include payment for items related to food, shelter or cash.

**SECTION 1: Please list the item(s) and/or service(s) for which a disbursement is requested.**

Item/Service Description	Amount

**El nombre del Beneficiario en la sub-cuenta.**

**El número de la sub-cuenta asignada al Beneficiario en el Contrato de Adhesión.**

**Información de contacto del Representante Principal.**

**La fecha en que está entregando la solicitud de desembolso.**

Indique si el Beneficiario está recibiendo SSI, Medicaid o SSDI. Incluya el tipo de Medicaid (*p.ej. HCS, CBA, CLASS, DBMD, Traditional, QMB, SLMB*). Marque todo lo aplique.

Para los que reciben SSI, indique que la solicitud no es para comida, alojamiento o efectivo porque SSA reducirá los beneficios del Beneficiario si estos elementos están pagados por la sub-cuenta.

# Como Llenar un Formulario de Solicitud de Desembolso

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO  
DEL FIDEICOMISO MANCOMUNADO PRINCIPAL

## Sección 1: DESCRIPCIÓN DEL ARTÍCULO/SERVICIO

Para cada artículo o grupo de artículos, ponga el monto de devolución o de pago.

**TO SUBMIT THIS FORM**

E-Mail: [Trust@thearcoftexas.org](mailto:Trust@thearcoftexas.org)

FAX: 512-454-4956

MAIL: 8001 Centre Park Drive, Suite 100

Austin, Texas 78754

The Arc of Texas  
MASTER POOLED

*trust*

### DISBURSEMENT REQUEST FORM

<b>Beneficiary:</b>	<b>Primary Rep (PR):</b>
<b>Sub-Account Number:</b>	<b>PR Phone:</b>
<b>Date:</b>	<b>PR Correo Elect.:</b>
<b>Benefits</b> (✓ all that apply): <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> MEDICAID    TYPE _____	
For SSI recipients only: This request does not include payment for items related to food, shelter or cash <input type="checkbox"/>	

SECTION 1: Please list the item(s) and/or service(s) for which a disbursement is requested.	
Item/Service Description	Amount
1.	
2.	
3.	

Proporcione una pequeña descripción de cómo será utilizado el dinero del desembolso (p.ej. muebles, gastos de almacenaje, factura de teléfono, artículos de cuidado personal).

Sume todas las cantidades enumeradas



Para evitar retrasos en el procesamiento, usted debe entregar copias de recibos, facturas, estimados o un comprobante de pago y firmar el Formulario de Solicitud de Desembolso (FORMULARIO B). Diríjase a las SECCIONES DE FORMULARIOS Y EJEMPLOS.

# Como Llenar un Formulario de Solicitud de Desembolso

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO  
DEL FIDEICOMISO MANCOMUNADO PRINCIPAL

## Sección 2: OPCIÓN DE CHEQUE

3.

4.

5.

ADVANCE     REIMBURSE    TOTAL \$

*If you have more items/services to list please attach another Disbursement Request Form.*

**SECTION 2: Payment Options (Choose only one: Check, Direct Deposit or True Link Card)**

Check    Make Check Payable To:    Memo on Check (e.g. Invoice or account number):

**Mail Check To:**  
Name:    Address:    City:    State:    Zip:

Direct Deposit    Bank Name:    Bank Phone:    Account Holder's Name:

El nombre de la persona/tienda/empresa a nombre de quien el cheque **debe hacerse**.

Indique que información quiere que se imprima en el cheque (p.ej. número de cuenta de factura de teléfono, ID del paciente del hospital, número de factura de la tienda de muebles).

El nombre del individuo/tienda/empresa a quién se debe **enviar** el cheque.

Dirección de la persona / tienda / empresa que recibe el cheque.

**SOLO COMPLETE UNA (1) OPCIÓN DE PAGO: CHEQUE, DEPÓSITO DIRECTO o TARJETA TRUE LINK**

**\*\*Si necesita mas de una opción de pago, complete otro Formulario de Solicitud de Desembolso (FORMULARIO B).**

# Como Llenar un Formulario de Solicitud de Desembolso

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO  
DEL FIDEICOMISO MANCOMUNADO PRINCIPAL

## Sección 2: OPCIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

**Direct Deposit**  
 City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
 Bank Name: \_\_\_\_\_ Bank Phone: \_\_\_\_\_ Account Holder's Name: \_\_\_\_\_  
 Checking  OR Last 4 Digits of Bank Account Number: [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Savings   
A Disbursement Direct Deposit Authorization Formulario MUST be completed or be on file for a direct deposit to be made.  
 **True Link Card** Last 4 Digits of the Card: [ ] [ ] [ ] [ ]  
**ATTACH A COPY OF ALL RECEIPTS ☆**  
 By signing this I acknowledge that this is for the sole benefit of the Beneficiary of the sub-account.  
 SIGNATURE of Primary Representative: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_  
 Please allow **5-8 business days for processing**. Incomplete forms will be returned to the Primary Representative.  
 FEEL FREE TO MAKE COPIES OF THIS FORM. VISIT OUR WEBSITE TO DOWNLOAD THIS FORM.  
[www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)  
 Updated 3/1/2022 FORMULARIO B

Marque esta casilla para una cuenta corriente.

Nombre del banco donde se deposita el dinero.

Número de teléfono del banco donde se deposita el dinero.

Nombre de la persona titular en la cuenta (debe ser exactamente como aparece en el estado de cuenta del banco).

Marque esta casilla para una cuenta de ahorros.

Un Formulario de Autorización de Depósito Directo (**FORMULARIO G**) debe llenarse o estar en archivo para que los fondos sean desembolsados vía depósito directo.

Los últimos cuatro (4) dígitos del número de la cuenta bancaria donde los fondos serán depositados.

**SOLO COMPLETE UNA (1) OPCIÓN DE PAGO: CHEQUE, DEPÓSITO DIRECTO o TARJETA TRUE LINK**  
 \*\*Si se necesita otra opción de pago, complete otro Formulario de Solicitud de Desembolso (**FORMULARIO B**).

# Como Llenar un Formulario de Solicitud de Desembolso

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO  
DEL FIDEICOMISO MANCOMUNADO PRINCIPAL

## Sección 2: OPCIÓN DE TARJETA TRUE LINK

**Mail Check To:**  
Name: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Direct Deposit Bank Name: \_\_\_\_\_ Bank Phone: \_\_\_\_\_ Account Holder's Name: \_\_\_\_\_  
Checking  OR Last 4 Digits of   
Savings  Bank Account Number: \_\_\_\_\_

True Link Card Name of Card Holder: \_\_\_\_\_ Last 4 Digits of the Card:

**☆ YOU MUST ATTACH A COPY OF ALL RECEIPTS ☆**

By signing this I acknowledge that this is for the sole benefit of the Beneficiary of the sub-account.

SIGNATURE of Primary Representative: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Please allow **5-8 business days for processing**. Incomplete forms will be returned to the Primary Representative.  
FEEL FREE TO MAKE COPIES OF THIS FORM. VISIT OUR WEBSITE TO DOWNLOAD THIS FORM.  
[www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)

Updated 5/1/2022 FORM B

Ponga el nombre que aparece en la Tarjeta True

Últimos cuatro (4) dígitos de la Tarjeta True Link.

**SOLO COMPLETE UNA (1) OPCIÓN DE PAGO: CHEQUE, DEPÓSITO DIRECTO o TARJETA TRUE LINK**

**\*\*Si se necesita otra opción de pago, complete otro Formulario de Solicitud de Desembolso (FORMULARIO B).**

# Como Llenar un Formulario de Solicitud de Desembolso

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO  
DEL FIDEICOMISO MANCOMUNADO PRINCIPAL

## FIRMA



La firma del Representante Principal es requerida.

Una firma electrónica es aceptable si es enviada por el correo electrónico en archivo del Representante Principal.

<input type="checkbox"/> Direct Deposit	<input type="checkbox"/> Checking <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> Savings	Bank Name: _____	OR	Last 4 Digits of Bank Account Number: _____	Bank Phone: _____	Account Holder's Name: _____
A Disbursement Direct Deposit Authorization Formulario <b>MUST</b> be completed or be on file for a direct deposit to be made.						
<input type="checkbox"/> True Link Card	Name of Card Holder: _____			Last 4 Digits of the Card: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>☆ YOU MUST ATTACH A COPY OF ALL RECEIPTS ☆</b>						
By signing this I <i>acknowledge that this is for the sole benefit of the Beneficiary of the sub-account.</i>						
SIGNATURE of Primary Representative: _____				DATE: _____		
Please allow <b>5-8 business days for processing</b> . Incomplete forms will be returned to the Primary Representative. FEEL FREE TO MAKE COPIES OF THIS FORM. VISIT OUR WEBSITE TO DOWNLOAD THIS FORM. <a href="http://www.thearcoftexas.org/trust-forms">www.thearcoftexas.org/trust-forms</a>						
Updated 5/1/2022				FORM B		

Al firmar este documento, el Representante Principal confirma que el Formulario de Solicitud de Desembolso (**FORMULARIO B**) es preciso y los artículos y/o servicios que se compraron son para el único beneficio del Beneficiario.

Fecha de firma.

Una confirmación será enviada al Representante Principal una vez que el Formulario de Solicitud de Desembolso (**FORMULARIO B**) sea aprobado y se ha enviado notificación a la institución Financiera para iniciar el desembolso.

## ¡Recuerde!



Un Formulario de Solicitud de Desembolso (**FORMULARIO B**) siempre debe estar acompañado de la documentación de compra de los artículos y/o servicios solicitados (p.ej. copias de recibos, facturas, estimados, comprobante de pago, etc.). **NO ENVÍE DOCUMENTACIÓN ORIGINAL** pues el Fideicomiso Mancomunado Principal no conserva esta documentación! Diríjase a las SECCIONES DE FORMULARIOS Y DE EJEMPLOS.



La Administración del Seguro Social y Medicaid de Texas no permiten que la sub-cuenta pague por gastos de comida de los Beneficiarios que reciben Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI) y/o Medicaid sin ser penalizados.

Comida incluye CUALQUIER comida comprada para el Beneficiario. Esto incluye restaurantes, compras de supermercado, bocadillos o bebidas alcohólicas.



La Administración de Seguro Social y Medicaid de Texas no permiten que la subcuenta pague por gastos de alojamiento para los Beneficiarios que reciben Ingresos Suplementarios de Seguridad y/o Medicaid sin ser penalizados.

Alojamiento incluye: renta, pagos de hipoteca, impuestos de propiedad, combustible de calefacción, gas natural, electricidad, agua, aguas residuales y basura.



Regla de Beneficio Único: Cada pago desde la sub-cuenta debe hacerse para el BENEFICIO ÚNICO del Beneficiario. Esto significa que la sub-cuenta no puede pagar por artículos o servicios que beneficien a una persona que no sea el Beneficiario. La sub-cuenta se estableció para respaldar al individuo y no a toda la familia. Esto incluye a los hijos del Beneficiario.



Responsabilidad Parental: Las leyes de Texas requieren que los padres cuiden y mantengan a sus hijos menores. Esto incluye gastos de vestido, comida, alojamiento y educación. La sub-cuenta puede ayudar a pagar por otras cosas fuera de aquellas que los padres están obligados a proveer.



Cuando se envíe por correo una Solicitud de Desembolso (**FORMULARIO B**), **NO ENVÍE** lo siguiente: originales de los recibos de pago, órdenes de compra o sobres de pago. El Fideicomiso Mancomunado Principal NO se los enviará ni los devolverá. Haga una copia del Formulario de Solicitud de Desembolso (**FORMULARIO B**) y documentos adjuntos, y guarde los originales en sus archivos.



## Tarjetas True Link

Las Tarjetas True Link son Tarjetas Visa pre-pagadas financiadas por la sub-cuenta, que permite al titular de la Tarjeta True Link acceso a fondos para CIERTOS propósitos. Estas tarjetas pre-pagadas han sido aprobadas por la SSA, siempre y cuando The Arc of Texas determine las categorías para las cuáles las tarjetas se pueden usar.



El titular de la tarjeta no puede obtener dinero en efectivo con estas tarjetas. El titular de la tarjeta **NO PUEDE comprar comida, o pagar renta, hipoteca o servicios públicos** con la tarjeta. El titular de la tarjeta solo puede pagar por elementos que han sido sometidos a través de un Formulario de Solicitud de Desembolso (**FORMULARIO B**). Para solicitar una Tarjeta True Link, llene el Formulario de Solicitud de Tarjeta True Link (**FORMULARIO K**) que se encuentra en la SECCIÓN DE FORMULARIOS en este paquete de herramientas.

El Representante Principal y el titular de la tarjeta son responsables de proveer los recibos para documentar todas las compras. Una Tarjeta True Link es un privilegio y no un derecho. Si el titular hace uso incorrecto de la Tarjeta True Link, incluyendo no proporcionar recibos o utilizar fondos para elementos no solicitados, la tarjeta podría ser anulada. Un cargo mensual de \$7 será deducido automáticamente del saldo de la Tarjeta True Link.

## Pagos Automáticos



Pagos recurrentes automáticos se pueden establecer en una sub-cuenta. Estos son pagos efectuados al **MISMO DESTINATARIO** por el **MISMO MONTO** en el **MISMO DÍA** cada mes. Un Formulario de Solicitud de Pago Automático (**FORMULARIO H**) DEBE LLENARSE y ENTREGARSE al Fideicomiso Mancomunado Principal treinta (30) días antes de la fecha en la cual el pago se debe iniciar, modificar o anular. Para ver el formulario, diríjase a la SECCIÓN DE FORMULARIOS. **Los pagos automáticos deben establecerse entre el 1 y el 28 del mes.**

Los pagos automáticos solo pueden cambiarse 2 veces en el año calendario. Cada cambio adicional se considerará una solicitud de desembolso y se incluirá en el cálculo del Cargo de Solicitud de Desembolso Frecuente.

---

# Cierre de Sub-Cuentas

---





## Cierre de Sub-Cuentas

El Fideicomiso Mancomunado Principal es un Fideicomiso irrevocable. La única manera que la sub-cuenta del Fideicomiso Mancomunado Principal de un Beneficiario se pueda cerrar es si el Beneficiario fallece o si el saldo de la sub-cuenta cae por debajo del saldo mínimo requerido de \$300 y no se espera ni se ha recibido una contribución adicional. No se cobrará cargo de inscripción si la sub-cuenta se reabre antes de los dos (2) años de su cierre.

## Fallecimiento de un Beneficiario



**Notificación y Certificado de Defunción:** Luego del fallecimiento del Beneficiario, el Representante Principal debe notificar al Fideicomiso Mancomunado Principal en treinta (30) días o menos. Para cerrar la sub-cuenta, una copia del certificado de defunción se debe entregar al Fideicomiso Mancomunado Principal tan pronto sea posible. Una vez que el Fideicomiso Mancomunado Principal reciba el certificado de defunción, se dará comienzo al proceso de cierre. Este proceso puede tomar entre seis (6) semanas a seis (6) meses desde la fecha de recepción del certificado de defunción por parte del Fideicomiso Mancomunado Principal.

### Otras Consideraciones Importantes

**Gastos Funerarios:** La única manera de garantizar que los fondos para el pago del funeral del Beneficiario estén disponibles es pre-pagando los arreglos funerarios. Diríjase a la SECCIÓN LO ÚLTIMO ES LO PRIMERO para más información.

**Pagos después del fallecimiento:** Cualquier fondo gastado después del fallecimiento del Beneficiario podría no ser reembolsado. Fondos gastados antes del fallecimiento del Beneficiario serán revisados y el Fideicomiso Mancomunado Principal tomará una decisión. Los gastos deben ser reportados al Fideicomiso Mancomunado Principal en treinta (30) días o menos después del fallecimiento del Beneficiario.

**DISPOSICIONES DE DEVOLUCIÓN DE MEDICAID (Fideicomisos II o IV):** Los fondos que queden en la subcuenta del Beneficiario al momento de su muerte serán procesados de acuerdo al Contrato de Adhesión. Esto es diferente para cada sub-cuenta.

- Al momento de la muerte del Beneficiario, si el Beneficiario tiene un Fideicomiso II o IV y está recibiendo Medicaid en ese momento o ha recibido Medicaid en algún momento en el pasado, el Fideicomiso Mancomunado Principal debe notificar a todos los estados donde el Beneficiario recibió servicios y solicitar una lista de todos los pagos efectuados a favor del Beneficiario durante toda su vida. Esta lista indica lo que la sub-cuenta le debe a cada estado. Puede tomar hasta tres (3) meses para que el Fideicomiso Mancomunado Principal reciba las listas de todo lo que se debe.
- El Fideicomiso Mancomunado Principal puede retener fondos de acuerdo a lo estipulado en el Contrato de Adhesión antes de reembolsar a Medicaid.
- Cuando se reciba la lista final de toda la deuda con cada estado, este monto se compara con el saldo de la sub-cuenta y se procesa de acuerdo con el Contrato de Adhesión. Si la deuda con los estados es menor que el saldo de la sub-cuenta, el Fideicomiso Mancomunado Principal debe primero enviar a los estados lo que se les debe, y luego cualquier saldo remanente se distribuirá entre los Beneficiarios Restantes indicados en el Contrato de Adhesión.

**GRAVAMEN DE MEDICAID:** El Beneficiario pudo haber tenido un gravamen de Medicaid que fue subsanado al final de un procedimiento judicial, antes de crear la sub-cuenta del Fideicomiso Mancomunado Principal. El monto de ese gravamen solo corresponde al dinero gastado por Medicaid con respecto a ese procedimiento judicial. Medicaid pudo haber gastado dinero adicional por cuidados antes, durante o después que el procedimiento judicial haya concluido. Todo dinero adicional no relacionado con el procedimiento gastado a nombre del Beneficiario se incluirá en la lista de pagos solicitada por el Fideicomiso Mancomunado Principal. Estos gastos adicionales no relacionados deben ser reembolsados a través de las Disposiciones de Devolución de Medicaid que se mencionan arriba. Para preguntas sobre este proceso, contacte al Fideicomiso Mancomunado Principal al 1-800-252-9729 o [trust@thearcoftexas.org](mailto:trust@thearcoftexas.org).

---

# Lo Último es lo Primero

---







## Lo Último es lo Primero

*La planificación de los arreglos fúnebres nunca es algo fácil. Sin embargo, es necesario y por eso el Fideicomiso Mancomunado Principal recomienda que se consideren las últimas cosas primero y se preparen para los arreglos finales cuando se establezca la sub-cuenta a nombre del Beneficiario.*

## Preparación de los Arreglos Finales

*La única manera de garantizar que los gastos funerarios o del entierro del Beneficiario sean pagados, es haciendo los arreglos ANTES del fallecimiento del Beneficiario.*

Los fondos en la sub-cuenta al momento del fallecimiento del Beneficiario no estarán inmediatamente disponibles, si acaso, para pagar los arreglos fúnebres. El Fideicomiso Mancomunado Principal incentiva a todos los Beneficiarios a apartar un monto adecuado de dinero de los fondos de su sub-cuenta para gastos fúnebres **ANTES** de su fallecimiento. Si el Beneficiario recibe Medicaid, una manera de garantizar que los fondos estén disponibles para pagar el funeral es pre-pagándolo mediante la constitución de un plan o contrato irrevocable funerario a través de una funeraria local.

Es responsabilidad del Beneficiario, su familia o seres queridos, hacer los arreglos fúnebres **ANTES** del fallecimiento del Beneficiario. Dinero de la sub-cuenta del Beneficiario puede ser utilizado para establecer un plan funerario.

- 1) Contacte una funeraria u otro proveedor en su zona.
- 2) Determine un presupuesto que le gustaría utilizar para los arreglos pre-pagados del Beneficiario.
- 3) Discuta sus opciones con el proveedor y determine las selecciones adecuadas para su situación (funeral, entierro, cremación, etc.).
- 4) Pregunte que gastos de cementerio u opciones de entierro adicionales no incluidos en el plan funerario podrían incurrirse y averigüe si se pueden incluir (p.ej. abrir y cerrar el ataúd, certificados de defunción, obituario, etc.). *Sepa que los fondos para estas cosas adicionales no estarán disponibles de la sub-cuenta después que el Beneficiario haya fallecido.*

Para completar el proceso de arreglos finales, compre un plan o contrato irrevocable funerario y entregue un Formulario de Solicitud de Desembolso (**FORMULARIO B**) lleno al Fideicomiso Mancomunado Principal **ANTES** del fallecimiento del Beneficiario para que se le pague. Contacte al Fideicomiso Mancomunado Principal si tiene alguna pregunta.

### **LOS ARREGLOS FUNERARIOS PARA EL BENEFICIARIO DEBEN SER PRE-PAGADOS.**

*El Representante Principal debe completar y enviar el Formulario de Confirmación de Políticas (FORMULARIO A) al Fideicomiso Mancomunado Principal antes de que se apruebe cualquier solicitud de desembolso.*

# PREGUNTAS FRECUENTES

---

---





## PREGUNTAS FRECUENTES

### FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL REPRESENTANTE PRINCIPAL

#### 1) *¿Cuál es la función del Representante Principal?*

- Como Representante Principal, su función es ser el punto de contacto principal para la sub-cuenta del Beneficiario, dentro del Fideicomiso Mancomunado Principal, en nombre del Beneficiario.
- El Representante Principal solicita desembolsos y recibe toda la información sobre la actividad de la sub-cuenta. *Diríjase a la SECCIÓN DE FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES para más información.*

#### 2) *¿Quién es el Representante Principal?*

- El Representante Principal es seleccionado por el Otorgante (la persona que creó la sub-cuenta del Beneficiario) y puede ser ubicado en el Contrato de Adhesión.
- Si tiene alguna pregunta sobre quien es el Representante Principal de una subcuenta, contacte al Fideicomiso Mancomunado Principal.

#### 3) *¿Cómo se puede cambiar al Representante Principal?*

- El Otorgante o el Representante Principal interino pueden seleccionar un nuevo Representante Principal para la subcuenta.
- Esta solicitud debe hacerse mediante el uso del Formulario de Cambio del Representante (*FORMULARIO E*).
- El Nuevo Representante Principal debe ser un Representante Alterno indicado en el Contrato de Adhesión.
- Si un Representante Principal no puede ser identificado, el Fideicomiso Mancomunado Principal puede utilizar fondos de la sub-cuenta para determinar el Representante Principal apropiado.

### ACTUALIZACIONES

#### 4) *¿Cómo se puede actualizar la información?*

- *Diríjase a la SECCIÓN DE FORMULARIOS para formularios para actualizar parte o toda la información.*
- Es responsabilidad del Representante Principal asegurar que el Fideicomiso Mancomunado Principal esté actualizado sobre la información del Beneficiario y del Representante Principal. El Representante Principal tiene la responsabilidad de mantener al Fideicomiso Mancomunado Principal informado sobre:
  - Su propia información de contacto.
  - La información de contacto del Beneficiario.
  - Condiciones de vida y estado actual de beneficios del Beneficiario.



## CONTRIBUCIONES

### 5) ¿Puedo hacer contribuciones en efectivo?

- NO. El Fideicomiso Mancomunado Principal **SÓLO** acepta cheques, giros postales o depósitos electrónicos.

### 6) ¿Cómo debo hacer el cheque?

- Cheques o giros postales **DEBEN** hacerse a nombre de  
“The Arc of Texas, MPT, FBO [Nombre y Apellido del Beneficiario]”
- Si conoce el número de la subcuenta, escríbalo en la línea de notas.

### 7) ¿A dónde debo enviar el cheque?

- Envíe el cheque o giro postal a:  
The Arc of Texas  
ATTN: Master Pooled Trust  
8001 Centre Park Drive, Suite 100  
Austin, Texas 78754
- Para contribuciones adicionales, anexe el Formulario de Contribución (**FORMULARIO F**) que se encuentra en la **SECCIÓN DEF**ORMULARIOS de este paquete de herramientas.

### 8) ¿Puedo hacer contribuciones electrónicas a la sub-cuenta?

- Sí. Envíe un correo electrónico a [trust@thearcoftexas.org](mailto:trust@thearcoftexas.org) para instrucciones sobre depósitos electrónicos.
- Contribuciones electrónicas deben hacerse a través de ACH o transferencia bancaria electrónica. No se aceptan Venmo, PayPal, Zelle o Tarjetas de Débito o Crédito.

### 9) ¿Quién puede contribuir dinero a la sub-cuenta?

- ¡DEPENDE! Fondos adicionales se pueden contribuir a la sub-cuenta, pero hay ciertas reglas que aplican.
- Contacte al Fideicomiso Mancomunado Principal para más información.

### 10) ¿Se puede deducir de los impuestos una contribución a la sub-cuenta?

- NO. Diríjase a su profesional certificado de impuestos para asesoría fiscal.

### 11) ¿Cuál es el monto mínimo con el que se puede abrir una cuenta?

- Es altamente recomendable que la contribución inicial sea mayor a \$500. No existe un monto mínimo requerido para financiar una sub-cuenta, sin embargo, si el saldo de la sub-cuenta se mantiene en \$300 evitará mermas o cierre de la sub-cuenta debido a cargos administrativos anuales. No existe monto máximo de contribución para una sub-cuenta.

### 12) ¿Qué tan rápido se hace efectiva la contribución?

- Permita 10 días a partir de la notificación del depósito para que los fondos estén disponibles.



## CARGOS

### 13) ¿Hay cargos en la sub-cuenta?

- ¡SI! Para sub-cuentas FINANCIADAS, hay un cargo **mínimo** de Mantenimiento Anual de \$300 (Es decir, \$25 al mes o \$75 por trimestre).
- Hay un Cargo de Preparación de Impuestos del IRS todos los años que se aplica en el segundo trimestre y se deduce de la sub-cuenta.
- Diríjase a la **SECCIÓN DE CARGOS** para el cronograma completo de cargos para determinar los cargos estimados de su subcuenta.

### 14) ¿Qué son Cargos por Solicitud Frecuente de Desembolso?

- Cada sub-cuenta puede solicitar veinticuatro (24) desembolsos en un año calendario. Una vez que se soliciten y liquiden veinticinco (25) desembolsos en el año calendario, esa sub-cuenta se considera un “usuario frecuente” y el Cargo por Solicitud Frecuente de Desembolso de \$12.50 por desembolso se aplicará por cada solicitud de desembolso procesada después del desembolso número 24 en ese año calendario. *Diríjase a la SECCIÓN DE CARGOS* para más información.
- Para disminuir el número de solicitudes de desembolso, se sugiere consolidar las solicitudes de desembolso, efectuar pagos de servicios por adelantado y pagos automáticos.



## INVERSIONES

### 15) ¿Puedo escoger donde invertir los fondos de la sub-cuenta?

- NO. La institución financiera del Fideicomiso Mancomunado Principal así como el Comité de Finanzas y Operaciones de The Arc of Texas supervisan todas las inversiones. Los fondos son invertidos de forma conservadora en acciones, bonos, en efectivo, etc.
- Todas las ganancias y pérdidas se distribuyen proporcionalmente en todas las sub-cuentas.

### 16) ¿Los fondos están asegurados por el FDIC?

- NO. Los fondos de la sub-cuenta, como cualquier otra inversión, no están asegurados por el FDIC, ni están garantizados por el banco y pueden perder valor.
- No hay garantía que el dinero va a crecer o estar seguro, pero nuestra estrategia de inversión conservadora permite realizar cambios de una manera rápida para mitigar posibles pérdidas.

### 17) ¿Cómo puedo hacerle seguimiento a las ganancias o pérdidas de la sub-cuenta?

- Se le puede hacer seguimiento a las ganancias o pérdidas de cada sub-cuenta en los estados de cuenta trimestrales enviados al Representante Principal (Abril, Julio, Octubre, Enero).



## IMPUESTOS

### 18) *¿Cómo funcionan los impuestos en la sub-cuenta?*

- El Fideicomiso Mancomunado Principal recomienda ampliamente que el Beneficiario busque el consejo de un profesional de impuestos para preguntas sobre cómo llenar los formularios de impuestos federales.
- Los empleados de The Arc of Texas no son asesores fiscales y no proveen consejo legal o fiscal. *Diríjase a la SECCIÓN DE CARGOS, INVERSIONES E IMPUESTOS* para más información.

### 19) *¿Me pueden recomendar un profesional de impuestos?*

- No. El Fideicomiso Mancomunado Principal no emite recomendaciones.
- Visite <https://www.tsbpa.texas.gov/php/fpl/indlookup.php> para información sobre Contadores Públicos en tu área.

### 20) *¿Quién es responsable de los impuestos, el Otorgante o el Beneficiario?*

- El Beneficiario es responsable por los impuestos relacionados a la sub-cuenta. Sin importar el tipo de sub-cuenta, los fondos reportados en una Carta de Otorgante o en el formulario K-1 deben ser incluidos en la declaración de impuestos del BENEFICIARIO. *Diríjase un ejemplo de Carta de Otorgante o formulario K-1 en la SECCIÓN DE EJEMPLOS.*

### 21) *¿Cuándo recibiré mis formularios de impuestos?*

- El Fideicomiso Mancomunado Principal hará todo lo posible para enviar los formularios de impuestos antes del 1 de Abril del año siguiente, a la dirección del Representante Principal en los archivos.
- Si la sub-cuenta realiza un desembolso a un proveedor de servicios, el Fideicomiso Mancomunado Principal enviará un formulario 1099-MISC para reportar ingresos varios del proveedor de servicios. Los formularios se enviarán antes del 31 de Enero del año siguiente a la dirección del proveedor de servicios en los archivos.

### 22. *¿Se puede deducir de los impuestos una contribución a la sub-cuenta?*

- NO. Diríjase a su profesional certificado de impuestos para asesoría fiscal.



## DESEMBOLSOS

Para otras preguntas sobre desembolsos, diríjase a la SECCIÓN DE DESEMBOLSOS en este paquete de herramientas. Esto incluye preguntas sobre vacaciones, estados de cuenta de la tarjeta de crédito, pagos, deudas, préstamos, etc.

### 23) ¿Cómo solicito desembolsos?

- Siga las instrucciones en la SECCIÓN DE DESEMBOLSOS en este paquete de herramientas y complete el Formulario de Solicitud de Desembolso (FORMULARIO B).
- Todas las copias de los recibos deben entregarse con el Formulario de Solicitud de Desembolso (FORMULARIO B).

### 24) ¿Para qué se pueden utilizar los fondos de la sub-cuenta?

- Obtenga una lista de artículos y servicios que se pueden pagar con la sub-cuenta en la SECCIÓN DE DESEMBOLSOS en este paquete de herramientas en la página 50.
- La Administración del Seguro Social requiere que todo pago que se haga debe ser para el BENEFICIO ÚNICO del Beneficiario.

### 25) ¿Puedo obtener el dinero el mismo día que envíe la solicitud de desembolso?

- NO. Permita 5-15 días hábiles para que los fondos ingresen en la cuenta.
- Los desembolsos se pagan con cheque, depósito directo o True Link.
- La solicitud de desembolso tiene que ser procesada por el Fideicomiso Mancomunado Principal y el banco.
- Los desembolsos no se pueden procesar el mismo día.

### 26) ¿Puedo recoger un cheque o efectivo en su oficina?

- NO. Los fondos de desembolso no pueden ser recogidos en las oficinas de The Arc of Texas.
- Los desembolsos SOLAMENTE se pagan con cheque, depósito directo o True Link.
- La solicitud de desembolso tiene que ser procesada por el Fideicomiso Mancomunado Principal y el banco.
- Permita 5-15 días hábiles para que los fondos ingresen en la cuenta. Los cheques se procesan fuera del estado y serán enviados a la dirección en el Formulario de Solicitud de Desembolso (FORMULARIO B).

### 27) ¿Qué es un depósito directo?

- Es la transferencia electrónica de un desembolso directamente de la sub-cuenta del Beneficiario a la cuenta corriente o de ahorros del destinatario.
- Para establecer un depósito directo, un Formulario de Autorización de Depósito Directo del Desembolso (FORMULARIO G) debe completarse o estar en los archivos del Fideicomiso Mancomunado Principal para cada una de las cuentas donde los fondos se depositaran directamente.
- La Autorización de Depósito Directo del Desembolso (FORMULARIO G) debe ser enviada al Fideicomiso Mancomunado Principal donde se mantendrá en los archivos. Diríjase a la SECCIÓN DE DESEMBOLSOS para más información.

### 28) ¿El Beneficiario puede recibir los fondos directamente?

- ¡NO! La Administración del Seguro Social y Medicaid de Texas consideran como ingresos los fondos pagados directamente al Beneficiario. Esto incluye fondos pagados directamente al progenitor o custodio de un Beneficiario menor de edad.
- Los ingresos del Beneficiario podrían descalificarlo para recibir beneficios del gobierno.
- La política del Fideicomiso Mancomunado Principal no permite que se hagan desembolsos al Beneficiario o al progenitor o custodio de un Beneficiario menor de edad.

### 29) ¿Necesito guardar mis recibos?

- ¡SI! Usted debe guardar los recibos originales y proporcionar copias de los recibos o comprobantes de pago al Fideicomiso Mancomunado Principal para cada solicitud de desembolso.
- Si no se proporcionan los recibos, estimados, facturas o comprobantes de pago, no se desembolsarán los fondos.
- ¡NO ENVÍE ORIGINALES! Haga copias. Todos los documentos deben ser LEGIBLES Y LAS FECHAS DE RECIBO VISIBLES CUANDO LAS RECIBA EL FIDEICOMISO MANCOMUNADO PRINCIPAL.

### 30) ¿Cómo puedo comprar un vehículo?

- Para poder comprar un vehículo, someta el Formulario de Solicitud de Compra de Vehículo (**FORMULARIO J**) al Fideicomiso Mancomunado Principal ANTES de comprarlo. Toda la documentación requerida debe ser incluida con el formulario.
- Las compras de vehículos DEBEN ser aprobadas por el Fideicomiso Mancomunado Principal antes de tomar posesión del vehículo.
- La Solicitud de Compra de Vehículo (**FORMULARIO J**) se encuentra en la SECCIÓN DE FORMULARIOS en este paquete de herramientas.
- El Fideicomiso Mancomunado Principal podría requerir información adicional y The Arc of Texas serviría de acreedor del vehículo.

### 31) ¿La sub-cuenta puede comprar una casa?

- ¡DEPENDENDE! Contacte al Fideicomiso Mancomunado Principal para más información.
- Las casas no se pueden comprar sin una consideración especial.

## TARJETA TRUE LINK

### 32) ¿Qué es una Tarjeta True Link?

- Las Tarjetas True Link son Tarjetas Visa pre-pagadas financiadas por la sub-cuenta, que permite al titular de la Tarjeta True Link acceso a fondos para CIERTOS propósitos. El titular de la tarjeta no puede obtener dinero en efectivo con estas tarjetas. El titular de la tarjeta NO PUEDE comprar comida, o pagar renta, hipoteca o servicios públicos con la tarjeta. El titular de la tarjeta solo puede pagar por elementos que han sido sometidos a través de un Formulario de Solicitud de Desembolso (**FORMULARIO B**).
- Si el titular hace uso incorrecto de la Tarjeta True Link, la tarjeta podría ser anulada.

### 33) ¿Cómo puedo obtener una Tarjeta True Link?

- Llene el Formulario de Solicitud de Tarjeta True Link (**FORMULARIO K**) que se encuentra en la SECCIÓN DE FORMULARIOS en este paquete de herramientas.

### 34) ¿Dónde puedo buscar el saldo de mi Tarjeta True Link?

- Llame a True Link al 1-800-299-7646.
- Visite <https://www.truelinkfinanciam.com/>

### 35) ¿Cómo se financia mi Tarjeta True Link?

- ¡Justo como un depósito directo! Complete y someta un Formulario de Solicitud de Desembolso (**FORMULARIO B**), marque la casilla True Link en la sección de opciones de pago e incluya los cuatro (4) últimos dígitos del número de tarjeta.
- El Formulario de Solicitud de Desembolso (**FORMULARIO B**) será revisado y aprobado de acuerdo a los procedimientos que se encuentran en la SECCIÓN DE DESEMBOLSOS en este paquete de herramientas.

## CIERRE DE LA SUB-CUENTA

### 36) ¿Cómo puedo cerrar mi sub-cuenta?

- El Fideicomiso Mancomunado Principal es un Fideicomiso irrevocable. La única manera que la sub-cuenta del Fideicomiso Mancomunado Principal de un Beneficiario se pueda cerrar es si el Beneficiario fallece o si los fondos han sido agotados.

### 37) ¿El Beneficiario de la sub-cuenta falleció, como puedo cerrar la sub-cuenta?

- Someta una copia del certificado de defunción al Fideicomiso Mancomunado Principal.
- Una vez recibida, el Fideicomiso Mancomunado Principal contactará al Representante Principal para más información. *Diríjase a la SECCIÓN DE CIERRE en este paquete de herramientas para una descripción detallada del proceso.*

### 38) ¿Porque me están cerrando mi sub-cuenta?

- Sub-cuentas con saldos por debajo de \$300 que no se esperen ni reciban fondos adicionales, serán cerradas.
- El Fideicomiso Mancomunado Principal contactará al Representante Principal cuando esto ocurra.

### 39) ¿Se pueden hacer pagos después del fallecimiento?

- Todo fondo gastado después del fallecimiento del Beneficiario no será reembolsado.
- Fondos gastados antes del fallecimiento del Beneficiario serán revisados y el Fideicomiso Mancomunado Principal determinará si se reembolsan estos gastos.
- Los gastos deben ser reportados al Fideicomiso Mancomunado Principal en treinta (30) días o menos después del fallecimiento del Beneficiario.

## ENTIERRO/LO ÚLTIMO ES LO PRIMERO

### 40) ¿El Fideicomiso Mancomunado Principal puede pagar los gastos fúnebres?

- Si, ANTES del fallecimiento del Beneficiario.
- Un plan o contrato irrevocable funerario debe ser constituido a través de una funeraria local. Todos los gastos funerarios deben ser pre-pagados.
- *Diríjase a la SECCIÓN LO ÚLTIMO ES LO PRIMERO en este paquete de herramientas para más información.*





## OTRAS PREGUNTAS GENERALES

### 41) ¿Es posible visitar sus oficinas en persona?

- Si, solo por previa cita. Llame al **1-800-252-9729** o solicite una cita a [trust@thearcoftexas.org](mailto:trust@thearcoftexas.org)

### 42) ¿Cuál es su horario de atención?

- El Fideicomiso Mancomunado Principal está generalmente disponible de Lunes a Viernes de 8:30 am - 4:30 pm con una pausa para el almuerzo.
- El Fideicomiso Mancomunado Principal así como The Arc of Texas se rigen por los días festivos federales. The Arc of Texas está cerrado desde el 24 de Diciembre hasta el 1 de Enero todos los años.
- Por favor permita de 1-2 días hábiles para devolver su llamada. Se aconseja no llamar repetidamente ya que retrasa el tiempo de devolución de la llamada.

### 43) ¿Cómo contacto al Fideicomiso Mancomunado Principal?

- Teléfono: **1-800-252-9729**
- Fax: **512-454-4956**
- Correo Electrónico: [trust@thearcoftexas.org](mailto:trust@thearcoftexas.org)
- Correo: The Arc of Texas  
ATTN: Master Pooled Trust  
8001 Centre Park Drive, Suite 100  
Austin, Texas 78754

The Arc of Texas  
**fideicomiso**  
MANCOMUNADO PRINCIPAL

---

# Formularios

---





## FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE LAS POLÍTICAS

Beneficiario:	Rep Principal (RP):
Número de Sub-Cuenta:	Teléfono del RP:
Fecha:	Correo Elec del RP:

1. He leído y entiendo la necesidad de pre-pagar los gastos funerarios del Beneficiario, especialmente si el Beneficiario ha recibido asistencia de Medicaid en algún momento.

Por favor confirme su entendimiento con *sus iniciales* en UNO de los siguientes:

2. Yo confirmo con mis iniciales en UNO de los siguientes que los gastos funerarios deben **pagarse ANTES del fallecimiento del Beneficiario** y que la siguiente selección describe los arreglos funerarios y el plan de gastos del Beneficiario (*seleccione UNA de las siguientes*):

\_\_\_\_\_ El Beneficiario ya ha pagado los gastos funerarios pre-pagándole a la funeraria, o estableciendo un plan o contrato de entierro irrevocable o a través de fondos de una póliza de seguro.

\_\_\_\_\_ El Beneficiario **no ha pre-pagado los gastos funerarios** pero quisiera hacerlo con fondos de la sub-cuenta. Yo entiendo que es responsabilidad del Beneficiario, su familia o seres queridos hacer los arreglos del funeral y pagar los gastos funerarios. Yo entiendo que yo debo entregar un plan o contrato de entierro irrevocable y el Formulario de Solicitud de Desembolso al Fideicomiso Mancomunado Principal para pagos ANTES del fallecimiento del Beneficiario.

\_\_\_\_\_ El Beneficiario **no planea pre-pagar** los gastos funerarios en este momento, ni se han hecho otros preparativos. Yo entiendo que es la responsabilidad del Beneficiario hacer esto por su cuenta en el futuro, de lo contrario sus seres queridos serán responsables por los preparativos y gastos funerarios.

3. Al firmar este documento, yo estoy confirmando que he leído y entiendo este Paquete de Herramientas.

**NO SE HARÁN DESEMBOLSOS HASTA QUE ESTE FORMULARIO HAYA SIDO FIRMADO Y DEVUELTO AL FIDEICOMISO MANCOMUNADO PRINCIPAL.**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (POR FAVOR IMPRIMA): \_\_\_\_\_  
FIRMA del Representante Principal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe este Formulario completo al Fideicomiso Mancomunado Principal a:  
Correo Electrónico: [trust@thearcoftexas.org](mailto:trust@thearcoftexas.org) FAX: 512-454-4956  
CORREO: 8001 Centre Park Drive, Suite 100, Austin, Texas 78754





**PARA SOMETER ESTE FORMULARIO**  
**Correo Electrónico:** Trust@thearcoftexas.org  
**FAX:** 512-454-4956  
**CORREO:** 8001 Centre Park Drive, Suite 100  
 Austin, Texas 78754



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO**

<b>Beneficiario:</b>	<b>Rep Principal (RP):</b>
<b>Número de Sub-Cuenta:</b>	<b>Teléfono del RP:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Correo Elec del RP:</b>
<b>Beneficios</b> (✓ todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> MEDICAID <b>TIPO</b> _____	
Solo para receptores de SSI: Esta solicitud no incluye pagos relacionados con comida, alojamiento o en efectivo <input type="checkbox"/>	

SECCIÓN 1: Por favor liste los artículos y/o servicios para los cuáles se solicita un desembolso.	
Descripción del Artículo/Servicio	Cantidad
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
<input type="checkbox"/> ADELANTO <input type="checkbox"/> REEMBOLSO	<b>TOTAL</b> \$

*Si tiene más artículos /servicios que listar, por favor anexe otro formulario de Solicitud de Desembolso.*

SECCIÓN 2: Opciones de Pago (Escoja solo una: Cheque, Depósito Directo o Tarjeta True Link)			
<input type="checkbox"/> Cheque	Haga el Cheque a Nombre de: _____	Memo en el Cheque (p.ej. Factura o número de cuenta): _____	
	<b>Enviar el Cheque a:</b>		
	Nombre: _____	Dirección: _____	
		Ciudad: _____	Estado: ___ Cod. Postal: _____
<input type="checkbox"/> Depósito Directo	Nombre del Banco: _____	Teléfono del Banco: _____	Nombre del Titular de la cuenta _____
	Corriente <input type="checkbox"/> O Ahorros <input type="checkbox"/>	Últimos 4 Dígitos del Número de Cuenta Bancaria:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>Un Formulario de Autorización de Depósito Directo DEBE completarse o estar en archivo para hacer un depósito Directo.</i>			
<input type="checkbox"/> Tarjeta True Link	Nombre del Titular de la Tarjeta: _____		Últimos 4 Dígitos de la Tarjeta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

★ **USTED DEBE ANEXAR COPIAS DE TODOS LOS RECIBOS** ★

Al firmar este formulario yo confirmo que es para el beneficio único del Beneficiario de la sub-cuenta.

FIRMA del Representante Principal: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Por favor permita de 5 a 8 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal.  
 SI LO DESEA PUEDE HACER COPIAS DE ESTE FORMULARIO. VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR ESTE FORMULARIO:  
[www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)

# INSTRUCCIONES DE COMO LLENAR UN FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO

Lea Cuidadosamente Antes De Completar Un Formulario De Solicitud De Desembolso

PARA EVITAR RETRASOS EN EL PROCESAMIENTO, USTED DEBE ENTREGAR COPIAS DE RECIBOS, FACTURAS, ESTIMADOS O UN COMPROBANTE DE PAGO Y FIRMAR EL FORMULARIO.

<p><u>INFORMACIÓN DE LA SUB-CUENTA</u></p>	<p><b>Nombre en la Cuenta:</b> El nombre del Beneficiario en la sub-cuenta. <b>No. de Sub-Cuenta:</b> El número de sub-cuenta asignado al Beneficiario en el Contrato de Adhesión. <b>Fecha:</b> La fecha que se entregue la solicitud de desembolso. <b>Número de Teléfono:</b> Número de contacto telefónico del Representante Principal. <b>Beneficios:</b> Indique si el Beneficiario está recibiendo SSI, Medicaid o SSDI. <i>Incluya el tipo de Medicaid (p.ej. HCS, CBA, CLASS, DBMD, Traditional, QMB, SLMB). Marque todo lo que aplique.</i> Para receptores de SSI, indique que la solicitud no es para comida, alojamiento o efectivo porque SSA reducirá los beneficios del Beneficiario si estos están pagados por la sub-cuenta.</p>
<p><u>SECCIÓN 1</u></p>	<p><b>Descripción del Artículo/Servicio:</b> Proporcione una descripción breve de como el dinero del desembolso será utilizado (p.ej. muebles, gastos de almacenaje, factura de teléfono). Detalle la solicitud. <b>Cantidad:</b> Para cada artículo o grupo de artículos, ponga el monto de devolución o de pago. <b>Cantidad Total:</b> Sume todas las cantidades de la lista. ¿Esta solicitud es para <b>ADELANTAR</b> o <b>REEMBOLSAR</b> fondos o <b>AMBOS</b>? Marque la casilla correspondiente.</p>
<p><u>SECCIÓN 2</u></p>	<p><b>COMPLETE SOLO UNA OPCIÓN DE PAGO: CHEQUE, DEPÓSITO DIRECTO o TARJETA TRUE LINK</b> <b>**Si se necesita otra opción de pago, complete otro Formulario de Solicitud de Desembolso**</b></p> <p><b>Solicitud de Cheque:</b> <b>Haga el Cheque a Nombre de:</b> El nombre de la empresa o persona a quien debe pagarse el cheque. <b>Memo en el Cheque:</b> Indique que información quiere impresa en el cheque (p.ej. número de cuenta de la factura de teléfono, ID del paciente del hospital, número de factura de la tienda de muebles). <b>Envíe el Cheque a:</b> <b>Nombre:</b> El nombre de la persona/tienda/empresa a quien se debe enviar el cheque. <b>Dirección:</b> La dirección de la persona/tienda/empresa que recibirá el cheque.</p> <p><b>Depósito Directo:</b> <b>*** Un Formulario de Autorización de Desembolso por Depósito Directo (DDDAF) debe completarse o estar en archivo para poder desembolsar fondos depósito directo. ***</b> <b>Cuenta Corriente:</b> Marque esta casilla para una cuenta corriente. <b>Ahorros:</b> Marque esta casilla para una cuenta de ahorros. <b>Nombre del Banco:</b> Nombre del banco donde se este depositando. <b>Nombre del Titular de la Cuenta:</b> El nombre de la persona que aparece en la cuenta (debe estar exactamente como aparece en el estado de cuenta bancaria). <b>Últimos 4 Dígitos del No. de Cuenta Bancaria:</b> Los últimos cuatro (4) dígitos del número de cuenta bancaria en la que los fondos se depositarán. <b>ACUERDESE:</b> Los números de ruta y de cuenta usando el DDDAF deben estar en archivo.</p> <p><b>Tarjeta True Link:</b> <b>Nombre del Titular de la Tarjeta:</b> Anote el nombre proporcionado de la Tarjeta True Link. <b>Últimos 4 Dígitos de la Tarjeta:</b> Los últimos cuatro (4) dígitos de la Tarjeta True Link donde los fondos serán depositados.</p>
<p><u>FIRMA</u></p>	<p>Al firmar este formulario usted confirma que el Formulario de la Solicitud de Desembolso está preciso y los artículos y/o servicios que se han comprado son para el beneficio único del Beneficiario. <b>La firma del Representante Principal es requerida.</b> Una firma electrónica es aceptable si se envía desde la dirección de correo electrónico en archivo del Representante Principal.</p>

## ENTREGUE SU FORMULARIO

Correo: The Arc of Texas, Attn: MPT - 8001 Centre Park Drive, Suite 100 - Austin, TX 78754

Fax: (512) 454-4956

Correo Electrónico: [trust@thearcoftexas.org](mailto:trust@thearcoftexas.org)

Para formularios adicionales visite <http://www.thearcoftexas.org/trust-forms>

## FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE CONTACTO

Número de Sub-Cuenta: \_\_\_\_\_

Beneficiario: \_\_\_\_\_

**Por Favor Llene Todo Espacio en Blanco con Información Actualizada. ESTO  
ES SOLO PARA ACTUALIZAR INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Información de Contacto a actualizar (Marque solo UNA casilla):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beneficiario            | <input type="checkbox"/> Primer Representante Alterno |
| <input type="checkbox"/> Representante Principal | <input type="checkbox"/> Beneficiario Restante Final  |
| <input type="checkbox"/> Custodio                | <input type="checkbox"/> Otro _____                   |
| <input type="checkbox"/> Representante Legal     |   |

Nombre: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  Otro

Dirección donde vive: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado & Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo (si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con el Beneficiario: \_\_\_\_\_

Notas \_\_\_\_\_

- Si hay algún cambio sobre el Representante Principal interino en la sub-cuenta, se debe llenar un **FORMULARIO DE CAMBIO DE REPRESENTANTE**.
- Si hay algún cambio en el Representante Legal (**RECEPTOR REPRESENTANTE, CUSTODIO o PODER NOTARIAL**) contacte a su Coordinador y provea documentación actual.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (FAVOR IMPRIMA): \_\_\_\_\_

FIRMA del Representante Principal: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Por favor permita de 5 a 8 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal. VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR ESTE FORMULARIO: [www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)



**FORMULARIO DE CAMBIO DE BENEFICIOS**

<b>Beneficiario:</b>	<b>Rep Principal (RP):</b>
<b>Número de Sub-Cuenta:</b>	<b>Teléfono del RP:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Correo Elec del RP:</b>

Al Completar este formulario, yo le estoy notificando al Fideicomiso Mancomunado Principal de un cambio de beneficios o situación de vida del Beneficiario aquí identificado. Beneficios nuevos o que cambien y/o situaciones de vida incluyen:

**Marque todos los beneficios de la ADMINISTRACIÓN DE SEGURO SOCIAL (SSA) que aplican actualmente:**

SSI \$\_\_\_\_\_  SSDI \$\_\_\_\_\_  SSA \$\_\_\_\_\_  Otro (tipo) \_\_\_\_\_ \$\_\_\_\_\_

¿En que día del mes se pagan los beneficios? \_\_\_\_\_

**Favor marque los tipos de MEDICAID que el Beneficiario recibe actualmente, si alguno:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> HCS- Servicios de Casa y Comunidad                          | <input type="checkbox"/> DBMD- Sordo Ciego con Discapacidades Multiple | <input type="checkbox"/> QMB- Beneficiario de Medicare que Califica          |
| <input type="checkbox"/> CLASS- Asistencia de Vida en Comunidad y Servicios de Apoyo | <input type="checkbox"/> Star Kids                                     | <input type="checkbox"/> SLMB- Servicio Limitado de Beneficiario de Medicare |
| <input type="checkbox"/> STAR + Plus   | <input type="checkbox"/> TxHmL- Texas Home Living                      | <input type="checkbox"/> QI-1- Programa para Individuo Calificado            |
| <input type="checkbox"/> YES   | <input type="checkbox"/> QDWI  | <input type="checkbox"/> STAR  |
| <input type="checkbox"/> NORTH STAR  | <input type="checkbox"/> Otro _____                                    |  |

**Situación de Vida (favor solo marque uno):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Renta # de ocupantes _____       | <input type="checkbox"/> Hogar Comunitario   |
| <input type="checkbox"/> Hipoteca # de ocupantes _____    | <input type="checkbox"/> ICF-IID             |
| <input type="checkbox"/> Propietario # de ocupantes _____ | <input type="checkbox"/> Asilo               |
| <input type="checkbox"/> Vales de la Sección 8            | <input type="checkbox"/> Residencia Asistida |

**El Beneficiario ya no recibe (liste los beneficios):** \_\_\_\_\_

Antes de enviar este formulario, visite <https://www.yourtexasbenefits.com> para los beneficios de Medicaid **específicos** que el Beneficiario está recibiendo. Visite <https://www.ssa.gov/myaccount> para los beneficios **específicos** del Seguro Social que el Beneficiario está recibiendo.

**\*Documentación mostrando cualquier cambio en beneficios debe ser entregada al Fideicomiso Mancomunado Principal\***

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (FAVOR IMPRIMIR): _____
FIRMA del Representante Principal: _____ FECHA: _____

Por favor permita de 5 a 8 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal. VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR ESTE FORMULARIO: [www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)



## FORMULARIO DE CAMBIO DE REPRESENTANTE

Número de Sub-Cuenta: \_\_\_\_\_

Beneficiario: \_\_\_\_\_

Favor marque solo UNA casilla:

Yo, \_\_\_\_\_ (Representante Principal), deseo renunciar como Representante Principal de la sub-cuenta de \_\_\_\_\_ (nombre del Beneficiario), número de sub-cuenta \_\_\_\_\_.

Se requiere un Representante Principal nuevo para el número de sub-cuenta \_\_\_\_\_ para el beneficio de \_\_\_\_\_ (nombre del Beneficiario) porque \_\_\_\_\_ (Nombre del RP) ha fallecido. *Favor anexe una copia del certificado de defunción, carta de verificación de defunción o del obituario.*

El Primer Representante Principal Alterno se considera ser el siguiente representante. Si esa persona no puede servir, debe firmar este formulario y escoger un Representante Alterno a continuación.

### Cambie el Representante Principal a (Escoja SOLO UNO):

Primer Representante Alterno

Segundo Representante Alterno

Nuevo Custodio  Nuevo Poder Notarial

Otro \_\_\_\_\_

*Si un Nuevo Custodio o Nuevo Poder Notarial es seleccionado, usted debe proveer documentación apropiada.*

### NUEVO Representante Principal

Nombre del Representante Principal: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  Otro

Dirección donde Reside: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo (si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con el Beneficiario: \_\_\_\_\_

***Favor entregue este formulario para que se revise y se apruebe el cambio.***

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (FAVOR IMPRIMIR): \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Por favor permita de 5 a 8 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal. VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR ESTE FORMULARIO: [www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)





The Arc of Texas  
FIDEICOMISO  
MANCOMUNADO PRINCIPAL  
8001 Centre Park Drive Suite 100  
Austin, Texas 78754  
1(800) 252-9729



# FORMULARIO DE CONTRIBUCIÓN

Número de Sub-Cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor permita de 5 a 8 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal. VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR ESTE FORMULARIO: [www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)

Favor marque aquí para cambio de dirección. Imprima la nueva dirección en el reverso de este formulario.

Nombre del Beneficiario:

Nombre del Representante Principal:

Número de Cheque	Cantidad
TOTAL	\$

Haga Los Cheques a nombre de: The Arc of Texas, MPT, FBO [Nombre del Beneficiario]



The Arc of Texas  
FIDEICOMISO  
MANCOMUNADO PRINCIPAL  
8001 Centre Park Drive Suite 100  
Austin, Texas 78754  
1(800) 252-9729



# FORMULARIO DE CONTRIBUCIÓN

Número de Sub-Cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor permita de 5 a 8 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal. VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR ESTE FORMULARIO: [www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)

Favor marque aquí para cambio de dirección. Imprima la nueva dirección en el reverso de este formulario.

Nombre del Beneficiario:

Nombre del Representante Principal:

Número de Cheque	Cantidad
TOTAL	\$

Haga Los Cheques a nombre de: The Arc of Texas, MPT, FBO [Nombre del Beneficiario]



The Arc of Texas  
FIDEICOMISO  
MANCOMUNADO PRINCIPAL  
8001 Centre Park Drive Suite 100  
Austin, Texas 78754  
1(800) 252-9729



# FORMULARIO DE CONTRIBUCIÓN

Número de Sub-Cuenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor permita de 5 a 8 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal. VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR ESTE FORMULARIO: [www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)

Favor marque aquí para cambio de dirección. Imprima la nueva dirección en el reverso de este formulario.

Nombre del Beneficiario:

Nombre del Representante Principal:

Número de Cheque	Cantidad
TOTAL	\$

Haga Los Cheques a nombre de: The Arc of Texas, MPT, FBO [Nombre del Beneficiario]



PARA SOMETER ESTE FORMULARIO  
Correo Electrónico: Trust@thearcoftexas.org  
FAX: 512-454-4956  
CORREO: 8001 Centre Park Drive, Suite 100  
Austin, Texas 78754



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DESEMBOLSO POR DEPÓSITO DIRECTO

Beneficiario:	Rep Principal (RP):
Número de Sub-Cuenta:	Teléfono del RP:
Fecha:	Correo Elec del RP:

★ ANEXE UNA COPIA DE UN CHEQUE ANULADO O UNA CARTA DEL BANCO A ESTE FORMULARIO ★

Para **recibir fondos** vía depósito directo; Yo, \_\_\_\_\_, (*Titular de la cuenta bancaria, quien recibe los fondos*) por la presente autorizo al Fideicomiso Mancomunado Principal de The Arc of Texas a permitir un depósito directo a mi cuenta como aparece abajo. Yo confirmo que soy responsable por cada cargo aplicado a mi cuenta por la institución financiera. Yo también autorizo al Fideicomiso Mancomunado Principal de The Arc of Texas a hacer retiros de mi cuenta en caso que un crédito se haga por error. ***Yo entiendo que el Fideicomiso Mancomunado Principal de The Arc of Texas requiere copia de un cheque anulado o una carta del banco con el ABA/número de Ruta, número de cuenta y todos los nombres de los titulares de la cuenta.***

Aún más, yo acuerdo en **no** responsabilizar al Fideicomiso Mancomunado Principal de The Arc of Texas de cualquier retraso o pérdida de fondos debido a información incompleta o errónea que yo o mi institución Financiera provee o cualquier error de parte de mi institución financiera en recibir fondos a mi cuenta.

Este acuerdo se mantendrá en efecto hasta que el Fideicomiso Mancomunado Principal de The Arc of Texas reciba una notificación de cancelación por escrito del Representante Principal o de mi parte, o hasta que yo someta un nuevo Formulario de Autorización de Desembolso por Depósito Directo al Fideicomiso Mancomunado Principal de The Arc of Texas.

### INFORMACIÓN DE LA CUENTA

Nombre del Titular de la Cuenta (quien recibe los fondos): \_\_\_\_\_

ABA/Número de Ruta:  Número de Cuenta Bancaria: \_\_\_\_\_

MARQUE UNO:

Corriente

Ahorros

NOMBRE del BENEFICIARIO (FAVOR IMPRIMIR): \_\_\_\_\_

FIRMA del Titular de la Cuenta (QUIEN RECIBE LOS FONDOS): \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA del Representante Principal: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Por favor permita de 5 a 8 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal. VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR ESTE FORMULARIO: [www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE PAGO AUTOMÁTICO

DEBE SER SOMETIDO 30 DÍAS ANTES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO

<b>Beneficiario:</b>	<b>Rep Principal (RP):</b>
<b>Número de Sub-Cuenta:</b>	<b>Teléfono del RP:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Correo Elec del RP:</b>
<b>Beneficios</b> (✓ todos que apliquen): <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> MEDICAID <b>TIPO</b>	
Solo para receptores de SSI: Esta solicitud NO incluye pagos relacionados con comida, alojamiento o en efectivo <input type="checkbox"/>	

El Representante Principal autoriza al Fideicomiso Mancomunado Principal a establecer un pago automático a retirarse de la sub-cuenta. Para cancelar o hacer cambios a un pago automático, se requiere un mínimo de 30 días de notificación y el Representante Principal debe entregar un Formulario de Solicitud de Pago Automático nuevo al Fideicomiso Mancomunado Principal. Dos cambios de pago automático son permitidos al año antes de contarse como Cargo de Solicitud Frecuente de Desembolso.

Elija Uno:  COMENZAR  CAMBIAR  CANCELAR/TERMINAR

MES EN EL CUÁL EL PAGO AUTOMÁTICO DEBE COMENZAR: \_\_\_\_\_

MONTO A PAGAR (debe ser la misma cantidad cada periodo): \$ \_\_\_\_\_

PAGO SE **VENCE** EN EL \_\_\_\_\_ DE CADA  MES  SEMANA

DESCRIPCIÓN DEL DESEMBOLSO: \_\_\_\_\_

Opciones de Pago (Elija SOLO uno: Cheque, Depósito Directo o Tarjeta True Link)	
<input type="checkbox"/> Cheque	Haga Cheques a Nombre de: _____ Nota en el Cheque (p.ej. Factura o número de cuenta): _____  <b>Envíe el Cheque a:</b> Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
<input type="checkbox"/> Depósito Directo	Nombre del Banco: _____ Teléfono del Banco: _____ Nombre de Titular de la Cuenta: _____ Corriente <input type="checkbox"/> O Últimos 4 Dígitos de Número de Cuenta del Banco: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ahorros <input type="checkbox"/>
<i>Un Formulario de Autorización de Desembolso por Depósito Directo debe llenarse o estar en archivo para que se haga un depósito directo.</i>	
<input type="checkbox"/> Tarjeta True Link	Nombre del Titular de la Tarjeta: _____ Últimos 4 Dígitos de la Tarjeta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### USTED DEBE ANEXAR COPIAS DE TODOS LOS RECIBOS

Al firmar este Formulario yo confirmo que es para el beneficio único del Beneficiario de la sub-cuenta.

FIRMA del Representante Principal: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Por favor permita de 5 a 8 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal.  
 VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR O LLENAR ESTE FORMULARIO EN LÍNEA: [www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE COMPRA DE VEHÍCULO

DEBE SER SOMETIDO Y APROBADO ANTES DE LA COMPRA

Beneficiario:	Rep Principal (RP):
Número de Sub-Cuenta:	Teléfono del RP:
Fecha:	Correo Elec del RP:
Beneficios (✓ todos lo que apliquen): <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> MEDICAID Tipo: _____	

**\*\*\*NO TOME POSESIÓN DEL VEHÍCULO ANTES QUE EL MPT LO APRUEBE\*\*\***

*Favor conteste las preguntas 1-5 y siga las instrucciones a continuación.*

- \_\_\_\_\_ 1. ¿Usted ya es dueño de un vehículo?
  - Si es así, **PARE** aquí y contacte el Fideicomiso Mancomunado Principal.
  - Si no es así, favor siga a la pregunta 2.
- \_\_\_\_\_ 2. ¿Planea comprar el vehículo a un individuo, Craigslist u otro anuncio clasificado?
  - Si es así, **PARE** aquí y contacte el Fideicomiso Mancomunado Principal.
  - Si no es así, favor siga a la pregunta 3.
- \_\_\_\_\_ 3. ¿Entiende que el Fideicomiso Mancomunado Principal le pondrá un gravamen al vehículo y otro vehículo no se comprará por lo menos en 5 años?
  - Si no es así, **PARE** aquí y contacte el Fideicomiso Mancomunado Principal.
  - Si es así, favor siga a la pregunta 4.
- \_\_\_\_\_ 4. ¿Está de acuerdo en cumplir con las regulaciones del estado, mantener el vehículo registrado e inspeccionarlo anualmente y enviar prueba del seguro al Fideicomiso Mancomunado Principal?
  - Si no es así, **PARE** aquí y contacte el Fideicomiso Mancomunado Principal.
  - Si es así, favor siga a la pregunta 5.
- \_\_\_\_\_ 5. ¿Usted entiende que toda compra de vehículo debe ser aprobada por el Fideicomiso Mancomunado Principal? El Fideicomiso Mancomunado Principal **no** aprobará la compra de vehículos lujosos.
  - Si no es así, **PARE** aquí y contacte el Fideicomiso Mancomunado Principal.
  - Si es así, favor siga a la pregunta 6.

*Al poner mis iniciales en las declaraciones 6 - 10, yo acuerdo cumplir con los siguientes requisitos:*

- \_\_\_\_\_ 6. Completar el reverso de esta aplicación.
- \_\_\_\_\_ 7. Proveer una copia del Historial del Vehículo para la compra de un vehículo pre-matriculado.
- \_\_\_\_\_ 8. Proveer una copia de la licencia de conducir válida del comprador.
- \_\_\_\_\_ 9. Proveer prueba del seguro del vehículo e incluya todos los vehículos y conductores cubiertos.
  - Debe proveer prueba que el seguro se ha pagado antes que usted tome posesión del vehículo.
  - Se requiere cobertura contra todo riesgo.
- \_\_\_\_\_ 10. Envíe una copia de este formulario firmado al Fideicomiso Mancomunada Principal.

**TODA COMPRA DE VEHÍCULO DEBE SER APROBADA POR EL FIDEICOMISO MANCOMUNADO PRINCIPAL Y DESPUÉS DE APROBARSE, UN FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO DEBE ENTREGARSE.**

Por favor permita hasta 10 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal.  
VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR O LLENAR ESTE FORMULARIO EN LÍNEA: [www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)



\*\*\* SI ALGUN ESPACIO EN BLANCO NO APLICA A SU SITUACIÓN, FAVOR ESCRIBA N/A \*\*\*

### INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO

Estoy interesado en comprar el siguiente vehículo:

Marca (Chevy, Ford, etc.): \_\_\_\_\_ Modelo (Corolla, Malibu, etc.): \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Vendedor (o dueño si la venta es privada): \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de FAX: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Millas: \_\_\_\_\_ Precio: \_\_\_\_\_ VIN: \_\_\_\_\_

*Una copia del estimado del vehículo, pedido del comprador u orden de compra debe adjuntarse.*

### INFORMACIÓN DE MODIFICACIONES DEL VEHÍCULO

Modificaciones: \_\_\_\_\_ Costo: \$ \_\_\_\_\_

*Una copia del estimado de modificaciones del vehículo debe adjuntarse.*

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

Empresa de Seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del Agente: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Estimado/Cantidad: \_\_\_\_\_  Mensual  Cada 6 Meses  Anual

*Anexe una copia de la tarjeta del seguro del vehículo.*

### INFORMACIÓN DEL COMPRADOR

NOMBRE DEL COMPRADOR (FAVOR IMPRIMA): \_\_\_\_\_

Relación del Comprador con el Beneficiario: \_\_\_\_\_

¿Quién manejará el vehículo? \_\_\_\_\_

Estado de la Licencia del Conductor: \_\_\_\_\_ Número de Licencia del Conductor: \_\_\_\_\_

*Anexe una copia de la licencia de conducir del comprador.*

### RAZON DE LA SOLICITUD

Explique porque el Fideicomiso Mancomunado Principal debería pagar por la compra de un vehículo y como la compra del vehículo beneficiará al Beneficiario.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- He leído, entendido y contestado todas las preguntas sobre el Formulario de Solicitud de Compra de Vehículo.
- Yo acuerdo cumplir con los requisitos que aparecen en el Formulario de Solicitud de Compra de Vehículo.

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (FAVOR IMPRIMIR): \_\_\_\_\_

FIRMA del Representante Principal: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Por favor permita hasta 10 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal.  
VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR O LLENAR ESTE FORMULARIO EN LÍNEA: [www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)

PARA SOMETER ESTE FORMULARIO  
Correo Electrónico: Trust@thearcoftexas.org  
FAX: 512-454-4956  
CORREO: 8001 Centre Park Drive, Suite 100  
Austin, Texas 78754



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE VIAJE**  
DEBE ENTREGARSE 30 DÍAS ANTES DE LA FECHA DEL VIAJE

<b>Beneficiario:</b>	<b>Rep Principal (RP):</b>
<b>Número de Sub-Cuenta:</b>	<b>Teléfono del RP:</b>
<b>Fecha:</b>	<b>Correo Elec del RP:</b>
<b>Beneficios</b> (✓ todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> MEDICAID <b>TIPO</b> _____	

Los gastos de viaje pueden ser pagados por la sub-cuenta si el viaje está dentro las pautas establecidas por la Administración del Seguro Social. El viaje debe ser aprobado por adelantado para que se pague, antes o después del viaje, por la sub-cuenta. Este formulario debe llenarse y entregarse al Fideicomiso Mancomunado Principal de The Arc of Texas por lo **MENOS 30 DÍAS ANTES** de la fecha(s) en que desea viajar. **RECIBOS SE DEBEN PROVEER DESPUÉS QUE EL VIAJE SE HA COMPLETADO.**

FAVOR ESCOJA  APROBACIÓN DEL VIAJE O  ADELANTO PARA VIAJE

**FECHAS Y DESTINO(S) DE VIAJE**

Fecha de Partida: \_\_\_\_\_ Fecha de Regreso: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

¿Habrán varios destinos?  Si  No | Si es si, liste los destinos: \_\_\_\_\_

¿El Beneficiario viaja con un asistente?  Si  No | Si es si, Nombre: \_\_\_\_\_

Indique el tipo de equipo médico, si lo requiere el Beneficiario mientras viaja: \_\_\_\_\_

**TRANSPORTE (elija todo lo que aplique)**

AVION No. Confirmación: \_\_\_\_\_  AUTOBUS No. Confirmación: \_\_\_\_\_  VEHÍCULO PERSONAL Millaje Estimado: \_\_\_\_\_

TREN No. Confirmación: \_\_\_\_\_  CARRO RENTAL No. Confirmación: \_\_\_\_\_  OTRO \_\_\_\_\_

**HOSPEDAJE – Donde se hospedará (Hotel, Airbnb etc.)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE LLEGADA/FECHA DE SALIDA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ No. de RESERVACIÓN: \_\_\_\_\_

OTRA INFORMACIÓN: \_\_\_\_\_

**LA REGLA DE BENEFICIO ÚNICO APLICA A TODO VIAJE - INCLUYENDO HOSPEDAJE, TRANSPORTE Y OTROS GASTOS.**

**Complete y firme el reverso de este formulario →**

Por favor permita de 5 a 8 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal.  
VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR O LLENAR ESTE FORMULARIO EN LÍNEA: [www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)

SECCIÓN 1: Favor liste que tipo de fondos se necesitan para el viaje del Beneficiario	
<b>TRANSPORTE</b>	Cantidad
1.	
2.	
<b>HOSPEDAJE</b>	Cantidad
1.	
2.	
<b>OTRO (dinero para gastos, comida, compras etc.)</b>	Cantidad
1.	
2.	
3.	
<b>ESTIMADO TOTAL DE GASTOS DE VIAJE</b>	
\$	

Para solo **APROBAR** y pagar después del viaje, salte la SECCIÓN 2 y firme abajo.  
 Para **APROBAR** el viaje y ADELANTO DE GASTOS, complete la SECCIÓN 2 y firme abajo.

*Si tiene más artículos/servicios u opciones de pagos (p.ej. dos (2) cheques), anexe otro Formulario de Solicitud de Viaje. Solo un Receptor de Pago será permitido. Incluya la cantidad por esa opción de pago.*

SECCIÓN 2: Opciones de Pago (Cheque, Depósito Directo o Tarjeta True Link)	
<input type="checkbox"/> Cheque Cantidad \$ _____	Haga Cheques a Nombre de: _____ Memo en el Cheque (p.ej. Factura o número de cuenta): _____ <b>Envíe el Cheque a:</b> Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
<input type="checkbox"/> Depósito Directo Cantidad \$ _____	Nombre del Banco: _____ Teléfono del Banco: _____ Nombre de Titular de la Cuenta: _____ Corriente <input type="checkbox"/> O Ahorros <input type="checkbox"/> Últimos 4 Dígitos de Número de Cuenta del Banco: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<i>Un Formulario de Autorización de Desembolso por Depósito Directo debe llenarse o estar en archivo para que se haga un depósito directo.</i>	
<input type="checkbox"/> Tarjeta True Link Cantidad \$ _____	Nombre del Titular de la Tarjeta: _____ Últimos 4 Dígitos de la Tarjeta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Al firmar este formulario yo confirmo que esto es para el beneficio único del Beneficiario de la sub-cuenta.  
 FIRMA del Representante Principal: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Por favor permita de 5 a 8 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal. VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR O LLENAR ESTE FORMULARIO EN LÍNEA:  
[www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE TARJETA TRUE LINK

Beneficiario:	Rep Principal (RP):
Número de Sub-Cuenta:	Teléfono del RP:
Fecha:	Correo Elec del RP:
Beneficios (✓ todo los que apliquen):	<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input type="checkbox"/> MEDICAID    TIPO _____

Las Tarjetas True Link son tarjetas de Visa pre-pagadas financiadas por la sub-cuenta que permiten a titulares de la Tarjeta True Link acceso a fondos para CIERTOS propósitos. *El titular de la Tarjeta no puede recibir efectivo con esta tarjeta. El titular de la tarjeta no puede comprar comida, o pagar renta, hipoteca o servicios publicos con la tarjeta.* El titular de la tarjeta solo puede comprar elementos que se han sometido a través del Formulario de Solicitud de Desembolso (FORMULARIO B). The Arc of Texas administra las categorías para las cuáles se puede usar la tarjeta.

**Al completar este formulario el titular de la tarjeta está pidiendo que una Tarjeta True Link sea emitida a su nombre. Además, el titular de la tarjeta entiende y acuerda:**

- la Tarjeta True Link es responsabilidad del titular de la tarjeta. Tarjetas perdidas o robadas se deben reportar a True Link inmediatamente a 1-800-299-7646.
- proveer recibos para documentar cada compra. NO RECIBOSS, NO FONDOS ADICIONALES.
- una tarjeta True Link es un privilegio y no un derecho. Si el titular de la tarjeta True Link usa la tarjeta indebidamente, incluyendo no proporcionar recibos o usar los fondos para gastos no solicitados, la tarjeta puede ser revocada.
- un cargo de \$7 por mes será deducido automáticamente del saldo de la Tarjeta True Link

Una tarjeta True Link toma 9-14 días en llegar. Si usted quiere expeditar la Tarjeta, hay un cargo de \$30. Marque aquí si le gustaría expeditar la tarjeta por \$30 adicionales.

### Información del Titular de la Tarjeta

Nombre del Titular de la Tarjeta: \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo (si difiere de la de arriba): \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Relación con el Beneficiario: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (FAVOR IMPRIMIR): \_\_\_\_\_

FIRMA del Titular de la Tarjeta: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA del Representante Principal: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Por favor permita de 5 a 8 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal.  
VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR O LLENAR ESTE FORMULARIO EN LÍNEA: [www.thearcoftexas.org/trust-forms](http://www.thearcoftexas.org/trust-forms)



---

# Ejemplos

---





## Statement of Participation

### Account Summary

### Account Activity

<b>Beginning Market Value with Accruals</b>	<b>982.16</b>
Contributions	6,613.44
Distributions	-5,869.09
Administrative Fees	-75.00
Other Fees	0.00
Net Transfers	0.00
<b>Net Contributions/Disbursements</b>	<b>\$669.35</b>
Earnings	6.40
<b>Ending Market Value with Accruals</b>	<b>\$1,657.90</b>

Las Contribuciones son cualquier ingreso a la sub-cuenta.

Las Distribuciones son cualquier desembolso tomado de la sub-cuenta.

Cargos Administrativos son los Cargos de Mantenimiento Anuales calculados cada trimestre.

Otros Cargos incluyen cargos de preparación de impuestos anuales.

Transferencias netas son cargos esperados que son incurridos después que la sub-cuenta se cierra. Esto incluye: preparación de impuestos en el futuro, contabilidad anual y otros cargos pendientes.

Rendimientos se refieren tanto a ganancias como a pérdidas de la sub-cuenta.

Valor de Mercado Final con Acumulaciones es el saldo de la sub-cuenta al final del trimestre.

\*Los fondos de la sub-cuenta son invertidos y están expuestos a ganancias y pérdidas del mercado.

Esta es una lista detallada de todas las contribuciones y desembolsos adicionales de la sub-cuenta. Por favor revise cuidadosamente cada uno de sus estados trimestrales para asegurarse que estén correctos.

PARTICIPANT NAME  
Acct. 0000000000  
THE ARC OF TEXAS MASTER POOLED TRUST  
For the Period 1/1/2015 to 3/31/2015

### Statement of Participation

#### Activity Detail

Date	Description	Amount
<b>CONTRIBUTIONS</b>		
01/16/2015	CASH CONTRIBUTIONS .	1,405.92
01/29/2015	CASH CONTRIBUTIONS .	798.56
02/25/2015	CASH CONTRIBUTIONS .	1,405.92
03/02/2015	CASH CONTRIBUTIONS .	798.56
03/23/2015	CASH CONTRIBUTIONS .	1,405.92
03/26/2015	CASH CONTRIBUTIONS .	798.56
<b>Total Contributions</b>		<b>6,613.44</b>
<b>DISTRIBUTIONS</b>		
01/15/2015	DISTRIBUTIONS TRANSFERRED BY ACH TO FAO .	-550.00
01/20/2015	DISTRIBUTIONS PAID PREFERRED CREDIT, INC. ACCT.	-143.54
01/20/2015	DISTRIBUTIONS PD: XYZ COMPANY	-693.60

Contribuciones en efectivo incluyen cualquier contribución hecha a la sub-cuenta. Esto incluye cheques, órdenes de pago y depósitos electrónicos.

Distribuciones incluyen todos los desembolsos aprobados que se enviaron de la sub-cuenta en un trimestre. Por favor revise cuidadosamente cada estado trimestral para asegurar su precisión.

Los estados de cuenta trimestrales pueden incluir páginas adicionales si es necesario.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO

Beneficiario: <b>TINA JONES</b>	Rep Principal (RP): <b>BOB JONES</b>
Número de Sub-Cuenta: <b>9999</b>	Teléfono del RP: <b>281-555-5555</b>
Fecha: <b>6/14/16</b>	Correo Elec del RP: <b>bobjones@nogmail.com</b>
<b>Beneficios</b> (✓ todos los que apliquen) <input checked="" type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input checked="" type="checkbox"/> <b>MEDICAID TIPO</b>	
Solo para receptores de SSI: Esta solicitud no incluye pagos relacionados con comida, alojamiento o en efectivo <input checked="" type="checkbox"/>	

SECCIÓN 1: Por favor liste los artículos y/o servicios para los cuáles se solicita un desembolso.	
Descripción del Artículo/Servicio	Cantidad
1. <b>Time Warmer Cable (1/2, 2 people live in home)</b>	<b>20.73</b>
2.	
3.	
4.	
5.	
<input type="checkbox"/> ADELANTO <input checked="" type="checkbox"/> REEMBOLSO	<b>TOTAL \$ 20.73</b>

Si tiene más artículos /servicios que listar, por favor anexe otro formulario de Solicitud de Desembolso.

SECCIÓN 2: Opciones de Pago (Escoja solo una: Cheque, Depósito Directo o Tarjeta True Link)			
<input checked="" type="checkbox"/> Cheque	Haga el Cheque a Nombre de: <b>Time Warmer Cable</b>	Memo en el Cheque (p.ej. Factura o número de cuenta): <b>Acct# 123456785236</b>	
	Enviar el Cheque a:		
	Nombre: <b>Time Warmer Cable</b>	Dirección: <b>P.O. BOX 85100</b>	
		Ciudad: <b>Austin</b> Estado <b>_TX_</b> Cod. Postal: <b>78708-5100</b>	
<input type="checkbox"/> Depósito Directo	Nombre del Banco:	Teléfono del Banco:	Nombre del Titular de la cuenta:
	Corriente <input type="checkbox"/> O Ahorros <input type="checkbox"/>	Últimos 4 Dígitos del Número de Cuenta Bancaria:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Un Formulario de Autorización de Depósito Directo DEBE completarse o estar en archivo para hacer un depósito Directo.			
<input type="checkbox"/> Tarjeta True Link	Nombre del Titular de la Tarjeta:	Últimos 4 Dígitos de la Tarjeta:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

★ USTED DEBE ANEXAR COPIAS DE TODOS LOS RECIBOS ★

Al firmar este formulario yo confirmo que es para el beneficio único del Beneficiario de la sub-cuenta.

FIRMA del Representante Principal: **Bob Jones** FECHA: **6/14/16**

Por favor permita de 5 a 8 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal.  
SI LO DESEA PUEDE HACER COPIAS DE ESTE FORMULARIO. VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR ESTE FORMULARIO:  
www.thearcoftexas.org/trust-forms



**Tina Jones**  
**Total due by June 21, 2016: \$41.45**  
**Account number: 123456785236**  
**Customer code: 1234**  
**Statement date: Jun 01, 2016**

<b>Previous Saldo</b>	
Saldo last statement	41.45
<b>Total previous Saldo</b>	<b>\$41.45</b>
<b>Payments</b>	
05/22 Credit Card Payment	-41.45
<b>Total payments</b>	<b>-\$41.45</b>
<b>Monthly services</b>	
<b>TV services</b>	
06/01 The Internet Speed in Your Area Is Now 3x Faster. Visit <a href="http://Twc.com/bettertwc">Twc.com/bettertwc</a> .	0.00
<b>TV services total</b>	<b>\$0.00</b>
<b>Internet/Data services</b>	
06/01 Standard Internet	59.99
Service Discount	-20.00
<b>Internet/Data services total</b>	<b>\$39.99</b>
<b>Total monthly services</b>	<b>\$39.99</b>
<b>Surcharges</b>	
TWC State Cost Recovery Fee	0.21
<b>Total surcharges</b>	<b>\$0.21</b>
<i>TWC imposes surcharges to recover costs of complying with its governmental obligations. Specifically, TWC chooses to impose the State Cost Recovery Fee to recover the cost of TWC's Texas Margins Tax liability.</i>	
<b>Taxes and fees</b>	
State and Local Sales Tax	1.25
<b>Total taxes and fees</b>	<b>\$1.25</b>
<b>Total due by June 21, 2016</b>	<b>\$41.45</b>
<i>Taxes, fees and surcharges are subject to change</i>	

#### Reach us at your convenience

##### On [twc.com](http://twc.com)

Visit [twc.com/account](http://twc.com/account) to pay your bill online, view FAQs/self-help options and chat with a live agent. Just have your customer code above on hand.

##### Through your mobile device

With our free My TWC® app.

##### Over the phone

Call us anytime at **1-512-485-5555** and simply say "pay my bill" to pay your bill for free. Or you can speak to someone live with any questions about your bill.

#### Pay online

Go green with online bill payment.  
 Sign up at [twc.com/account](http://twc.com/account)  
 Have your account number and customer code ready, found on the top of this page.

#### Pay by phone

Make a credit card payment free of charge using our automated payment option at **1-512-485-5555**; simply say "pay my bill". Use your Visa, MasterCard, Discover or American Express card.

#### Customer information

Experiencing technical issues with closed captioning?  
 Call 1-800-892-2253, email [closedcaption@twcable.com](mailto:closedcaption@twcable.com), or fax 1-877-430-1386.  
 Address written complaints to W. Wesselman, Legal, 13820 Sunrise Valley Dr., Herndon, VA 20171, email [ccissues@twcable.com](mailto:ccissues@twcable.com), or fax 1-704-697-4935.  
 To follow up on a written submission only, call 1-877-276-7432.

If your check is returned, you expressly authorize your bank account to be electronically debited for the amount of the check plus any applicable fees. The use of a check for payment is your acknowledgment and acceptance of this policy and its terms and conditions.

To view the call detail for your Home Phone calls, go to [twc.com/account](http://twc.com/account)

For information on any upcoming programming changes please consult the Legal Notices published in Austin American-Statesman on the 1st and 3rd Wednesday each month and on [twc.com](http://twc.com)

Visit [twc.com/careers](http://twc.com/careers) for career opportunities at Time Warner Cable.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE DESEMBOLSO

Beneficiario: <b>TINA JONES</b>	Rep Principal (RP): <b>BOB JONES</b>
Número de Sub-Cuenta: <b>9999</b>	Teléfono del RP: <b>281-555-5555</b>
Fecha: <b>6/14/16</b>	Correo Elec del RP: <b>bobjones@nogmail.com</b>
Beneficios (✓ todos los que apliquen) <input checked="" type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSDI <input checked="" type="checkbox"/> MEDICAID TIPO <input checked="" type="checkbox"/>	
Solo para receptores de SSI: Esta solicitud no incluye pagos relacionados con comida, alojamiento o en efectivo <input checked="" type="checkbox"/>	

SECCIÓN 1: Por favor liste los artículo y/o servicios para los cuáles se solicita un desembolso.	
Descripción del Artículo/Servicio	Cantidad
2. <b>JCPenney - Clothes for Tina</b>	<b>79.52</b>
2. <b>JCPenney - Clothes for Tina</b>	<b>224.08</b>
3. <b>JCPenney - Clothes for Tina</b>	<b>27.55</b>
4.	
5.	
<input type="checkbox"/> ADELANTO <input checked="" type="checkbox"/> REEMBOLSO	<b>TOTAL \$ 331.15</b>

Si tiene más artículos /servicios que listar, por favor anexe otro formulario de Solicitud de Desembolso.

SECCIÓN 2: Opciones de Pago (Escoja solo una: Cheque, Depósito Directo o Tarjeta True Link)			
<input type="checkbox"/> Cheque	Haga el Cheque a Nombre de: _____	Memo en el Cheque (p.ej. Factura o número de cuenta): _____	
	<u>Enviar el Cheque a:</u>		
	Nombre: _____	Dirección: _____	
		Ciudad: _____	Estado _____ Cod. Postal: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Depósito Directo	Nombre del Banco: <b>ABC Credit Union</b>	Teléfono del Banco: <b>281-555-1234</b>	Nombre del Titular de la cuenta: <b>BOB JONES</b>
	Corriente <input checked="" type="checkbox"/> O Ahorros <input type="checkbox"/>	Últimos 4 Dígitos del Número de Cuenta Bancaria:	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="6"/>
Un Formulario de Autorización de Depósito Directo DEBE completarse o estar en archivo para hacer un depósito Directo.			
<input type="checkbox"/> Tarjeta True Link	Nombre del Titular de la Tarjeta: _____	Últimos 4 Dígitos de la Tarjeta:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

★ USTED DEBE ANEXAR COPIAS DE TODOS LOS RECIBOS ★

Al firmar este formulario yo confirmo que es para el beneficio único del Beneficiario de la sub-cuenta.

FIRMA del Representante Principal: Bob Jones FECHA: 6/14/16

Por favor permita de 5 a 8 días hábiles para procesarse. Formularios incompletos serán devueltos al Representante Principal.  
SI LO DESEA PUEDE HACER COPIAS DE ESTE FORMULARIO. VISITE NUESTRO SITIO WEB PARA DESCARGAR ESTE FORMULARIO:  
www.thearcoftexas.org/trust-forms



**Order Placed:** November 25, 2016  
**Amazon.com order number:** 109-4813475-0220242  
**Order Total:** \$36.10

Shipped on November 27, 2016	
<b>Items Ordered</b>	<b>Price</b>
1 of: AmazonBasics High-Density Round Foam Roller - 36-Inches Sold by: Amazon.com LLC	\$18.99
Condition: New	
1 of: Peace Yoga - Durable 7ft Cotton Yoga Stretching Exercise Strap Band with Multiple Grip Loops - Gray Sold by: Low_Baller ( <a href="#">seller profile</a> )	\$6.99
Condition: New	
<b>Shipping Address:</b> Tina Jones 1234 Hill Street Austin, Texas 77777	Item(s) Subtotal: \$25.98 Shipping & Handling: \$0.00 ----- Total before tax: \$25.98 Sales Tax: \$1.57 ----- <b>Total for This Shipment: \$27.55</b> -----
<b>Shipping Speed:</b> Two-Day Shipping	

**ORDER INFORMATION**

Order Number: 1234-4569-9857-4526  
 Order Date: 12/04/16  
 To view your order details go to [order history](#).

**Ship to:** Tina Jones  
 1234 Hill Street  
 Austin, Texas 77777

**Bill to:** Tina Jones  
 1234 Hill Street  
 Austin, Texas 77777

Karavel Shoes Men  
 5501 Burnet Road  
 Austin, TX 78756  
 Phone: (512) 454-8095

12/8/2016 11:47 AM 2/83/12078

**SHIPPED ITEM(S)**

	<b>Stylus Skinny Jeans Plus</b> Item# 977-2022	Qty: 1	Color/Size: MEDIUM DARK 24W SHORT	\$20.99
	<b>ana Skinny Jeans Plus</b> Item# 984-6101	Qty: 1	Color/Size: INDIGO DREAMS 24W SHORT	\$22.49
	<b>Worthington Long Sleeve Open Front Blazer Plus</b> Item# 946-1025	Qty: 1	Color/Size: BLACK 3X	\$29.99
order subtotal				\$73.47
shipping				\$0.00
tax				\$6.05
<b>Order Total</b>				<b>\$79.52</b>

The order total above reflects special offers that were in effect at the time the order was placed. All orders are subject to credit review. If you need further assistance with your order or regarding JCPenney.com, please call [1-800-322-1189](tel:1-800-322-1189).

Promotion Code : Impact  
 Regular Sale by 83:Farley, Jason  
 WOM GHOSTNEUTRALRUN, in  
 BLACK/GRAPE/CERAMIC  
 120225-092 10 D 1 125.00  
 Coupon: \$20 off community impac -11.01  
 Net Price 113.99

SOFT RIB QUARTER, in BLACK  
 8712-BLACK M 2 26.00  
 Coupon: \$20 off community impact -2.29  
 Net Price 23.71

SOFT RIB QUARTER, in WHITE  
 8712-WHITE M 2 26.00  
 Coupon: \$20 off community impact -2.29  
 Net Price 23.71

FULL ORTHOTIC W/MET  
 POMERSTEP-PLUS 8 1 50.00  
 Coupon: \$20 off community impact -4.41  
 Net Price 45.59

Subtotal: 207.00  
 State: 17.08  
 Total: 224.08  
 3 - MC/VISA 224.08  
 Visa #XXXXXXXXXXXX8814  
 Approval #020930

# Grantor Letter

Tax Year Ending: 12/31/20

Grantor Name & Address:

Grantor SSN: XXX-XX-XXXX

JANE SMITH  
8001 CENTRE PARK DR.  
AUSTIN, TX 78754

Name of Trust: **Jane Smith TR UA  
ARC OF TEXAS**

Employer ID Number: XX-XXXXXXX

**THE FOLLOWING ITEMS ARE TO BE REPORTED ON  
THE FEDERAL INCOME TAX RETURN OF THE ABOVE-NAMED GRANTOR**

**Interest Income**

Other interest (Enter on Schedule B (1040)) ..... \$2.56

**Dividends**

Ordinary Dividends (Enter on Schedule B (1040)) ..... \$418.65

Qualified Dividends, included in ordinary dividends (Enter on Schedule B (1040)) ..... \$244.67

Interest from US Gov't Obligations reported as dividends (Enter on Schedule B (1040)) ..... \$47.55

Capital Gains Distributions (Enter on Schedule D (1040)) ..... \$8.88

Foreign Tax Paid ..... \$9.97

**Capital Gains**

Short term capital gains / losses (Enter on Schedule D (1040)) ..... \$(9.69)

Long term capital gains / losses (Enter on Schedule D (1040)) ..... \$633.89

**Total Federal Taxable Income** ..... \$1,101.84

**Total Income** ..... \$1,101.84

**Other Information**

Section 199A REIT dividends, included in ordinary dividends ..... \$7.05

Foreign Total Dividends, included in qualified dividends ..... \$119.66



