

Como Usar el Fideicomiso Mancomunado Principal

The Arc of Texas

MASTER POOLED

trust

Como Obtener Fondos

The Arc of Texas

MASTER POOLED

trust

- El representante principal debe completar un formulario de solicitud de desembolso para fondos a favor del beneficiario.
- Una solicitud de desembolso es una SOLICITUD y PUEDE o NO ser aprobada.
- El administrador y el fiduciario tienen completa y absoluta discreción para realizar distribuciones de la sub-cuenta.
- Cuando se inscriba, usted recibirá el Paquete de Herramientas del MPT (disponible en thearcoftexas.org/trust-toolkit). Por favor revíselo completamente.
- Para solicitar un desembolso, usted debe completar el formulario de confirmación de las políticas (Formulario A en el paquete de herramientas).

Todo Lo Que Usted Necesita

- Además de la copia que usted recibe durante la inscripción, usted puede acceder al Paquete de Herramientas del MPT en thearcoftexas.org/trust-toolkit
- El paquete de herramientas existe para servirle de ayuda. Contiene todo lo que usted necesita saber!





Desembolsos DEL Fideicomiso Mancomunado Principal

Medicaid y la Administración del Seguro Social tienen reglas sobre lo que un fideicomiso puede pagar. Las reglas generales incluyen:

- Ni alimentos ni vivienda (renta, hipoteca, y servicios incluyendo electricidad, agua, aguas residuales, gas natural, basura)
- No hay pagos en efectivo
- Nada que se considere un activo no exento

Beneficio Exclusivo

The Arc of Texas

MASTER POOLED

trust

La Administración del Seguro Social requiere que cualquier pago de una sub-cuenta MPT se haga para el BENEFICIO EXCLUSIVO del beneficiario.

Esto significa que el MPT no puede pagar por artículos o servicios que beneficien a alguien distinto del beneficiario.

Sin embargo, el MPT puede pagar la parte proporcional del beneficiario (por ejemplo, la porción del beneficiario de los muebles de toda la familia, o la porción del beneficiario en un plan de telefonía celular).

Guías para Solicitudes de Desembolsos

No se puede hacer un pago directamente a alguien que recibe SSI o Medicaid.



Refiérase a la página 50 del Paquete de Herramientas MPT en thearcoftexas.org/trust-toolkit para desembolsos generalmente permitidos y no permitidos.

Guías Generales para Desembolsos de Sub-Cuentas

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

Generalmente No Permitido Estos elementos PODRIAN NO SER aprobados por el Fideicomiso Mancomunado Principal. ¡NO LOS COMPRE!	Generalmente Permitido Estos elementos PODRIAN SER <u>aprobados</u> por el Fideicomiso Mancomunado Principal
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 <u>educación</u> así como oportunidades sociales, recreacionales y de entretenimiento
El Fideicomiso Mancomunado Principal NUNCA compra o reembolsa: armas de fuego u otras armas; vehículos lujosos; acciones, inversiones o criptomoneda; o animales exóticos.	

Tipos de Pagos

Cheque

- Se puede hacer un cheque pagadero a una persona, tienda o empresa.
- Los cheques pueden ser enviados por correo directamente a la persona, tienda o empresa a las cuales son pagaderos, o al representante principal.

Los Cheques no pueden ser pagaderos al beneficiario.

ACH/Depósito Directo

- Para enviar un depósito directo, se debe llenar un formulario de autorización de desembolso por depósito directo (Formulario G) y enviar al MPT con un cheque anulado o una carta del banco.

Tarjeta True Link

- Una tarjeta especializada visa pre-pagada con fondos de la sub-cuenta permite a los beneficiarios pagar por artículos o servicios. Para solicitar una Tarjeta True Link, contacte a su coordinador del MPT.

Llene un Formulario de Solicitud de Desembolso

El representante primario debe enviar un Formulario de Solicitud de Desembolso al MPT para solicitar un pago.



Diríjase a la página 57 del Paquete de Herramientas para instrucciones paso a paso.

Envíe los Formularios de Solicitud de Desembolso (Formulario B) llenos y con la documentación adecuada (recibos, facturas, estimados, comprobantes de compra, etc.) al MPT:

- trust@thearcoftexas.org
- 512-454-4956 (fax)
- 8001 Centre Park Drive, Suite 100, Austin, TX 78754

TO SUBMIT THIS FORM
E-Mail: 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: _____ **Primary Rep (PR):** _____
Sub-Account Number: _____ **PR Phone:** _____
Date: _____ **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
----------------------------	--------

Callouts:

- 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.

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).**

Sección 2: OPCIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO



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).

Direct Deposit

Bank Name: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

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:

Marque esta casilla para una cuenta de ahorros.

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

Updated 3/1/2022 FORMULARIO B

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 TARIETA TRUE LINK

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

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

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).**

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 Bank Name: _____ <input type="checkbox"/> OR Savings Bank Name: _____	<input type="checkbox"/> OR Last 4 Digits of Bank Account Number: _____	Bank Phone: _____	Account Holder's Name: _____
<i>A Disbursement Direct Deposit Authorization Formulario MUST be completed or be on file for a direct deposit to be made.</i>				
<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"/> <input type="text"/>		
☆ YOU MUST ATTACH A COPY OF ALL RECEIPTS ☆				
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 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				
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.



Recibos y Facturas

Toda solicitud de desembolso debe incluir recibos, estimados o comprobantes de pago.

- **ENVIE SOLO COPIAS!** Por favor ningún recibo, factura, estimado o comprobante de pago en original. Ningún documento será devuelto. Haga copia y guarde los originales para sus archivos.
- Todos los documentos deben ser legibles.

Para fondos por adelantado, se debe proporcionar un estimado o factura con el Formulario de Solicitud de Desembolso (Formulario B).

Cuando se pague por artículos o servicios para el beneficiario con tarjeta de crédito, una copia del estado de cuenta de la tarjeta de crédito NO es suficiente.

- Los recibos por los artículos y servicios en el estado de cuenta de la tarjeta de crédito deben ser proporcionados.

No Todas las Solicitudes de Desembolso Son Aprobadas

Varias cosas se toman en consideración al tomar decisiones sobre los desembolsos de una sub-cuenta. Estas cosas incluyen pero no se limitan a:

- Artículos solicitados
- Monto de la solicitud
- Edad del beneficiario
- Discapacidad del beneficiario y/o necesidades de apoyo
- Saldo en la sub-cuenta
- Beneficios recibidos por el beneficiario/hogar/receptor del pago



El administrador y el fiduciario tienen completa y absoluta discreción para realizar distribuciones de la sub-cuenta.

**CORREO
ELECTRÓNICO**

trust@thearcoftexas.org

TELÉFONO

512-454-6694
o 1-800-252-9729

FAX

512-454-4956



**OBTENGA MÁS INFORMACIÓN
É INSCRÍBASE**

thearcoftexas.org/mpt

The Arc of Texas

MASTER POOLED

trust

**RECIBA NOTICIAS Y RECURSOS SOBRE
LOS DERECHOS DE DISCAPACITADOS**

- Visite thearcoftexas.org
- Suscríbase a nuestros correos electrónicos
- Siga @TheArcOfTexas

