



## LABOR & INDUSTRY FOR EDUCATION, INC. (LIFE, INC.)

LIFE, Inc. Fondo fiduciario común I

(Fideicomiso de reducción de gastos mensual de auto liquidación)

CONTRATO DE ACEPTACIÓN DE FIDEICOMISO

Y documentación auxiliar

Labor & Industry For Education, Inc.  
112 Spruce Street, Suite #5  
Cedarhurst, NY 11516  
516-374-4564 ext. 3  
[www.lifetrusts.org](http://www.lifetrusts.org)

## Hoja de información de antecedentes del Cesionista

1. Nombre del Cesionista: \_\_\_\_\_

a) Dirección del Cesionista:

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

b) Teléfono: Casa: (     ) \_\_\_\_\_

Trabajo: (     ) \_\_\_\_\_

Móvil: (     ) \_\_\_\_\_

c) Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

d) Número de seguridad social del Cesionista: \_\_\_\_\_

e) Fecha de nacimiento del Cesionista: \_\_\_\_\_

f) Género M\_\_\_ F\_\_\_

2. Información de contacto autorizado:

La(s) siguiente(s) persona(s) está(n) autorizada(s) a hablar ante LIFE, Inc. en relación al Fideicomiso. ***Tenga en cuenta que a menos que se incluya aquí, LIFE no hablará con nadie sobre el Cesionista o el fideicomiso:***

a) Nombre de la persona o agencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

b) Nombre de la persona o agencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

c) Nombre de la persona o agencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**3.**

a) Incluya a cualquier persona con autoridad para realizar pedidos de desembolsos aparte del Cesionista: \_\_\_\_\_

b) Incluya a la persona o agencia que debe recibir toda declaración emitida del Fideicomiso o información impositiva, incluir también la dirección:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Tipo de vivienda del Cesionista:**

a) Describa el tipo de alojamiento actual del Cesionista:

Vive de manera independiente: \_\_\_\_ Vive con familiares: \_\_\_\_

Centro de cuidado familiar: \_\_\_\_

Hogar supervisado: \_\_\_\_ Hogar de apoyo: \_\_\_\_ Institución de cuidado de ancianos: \_\_\_\_

Hogar asistido: \_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

b) ¿El Cesionista recibe una asignación de gastos personales/de vestimenta como parte del tipo de alojamiento?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso de respuesta positiva, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

**5. Discapacidad:**

¿Cuál es la naturaleza de la discapacidad del Cesionista?

---

---

**6. Tutela:**

a) ¿El Cesionista tiene un tutor designado por tribunales? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso de respuesta positiva, entregue la documentación de la tutela.

b) ¿Es tutor de la: Persona \_\_\_\_\_ Propiedad \_\_\_\_\_ Ambos \_\_\_\_\_ N/A \_\_\_\_\_

c) Enumere todo agregado especial o exenciones de la tutela:

---

---

---

d) Incluya el nombre y dirección de cada tutor:

---

---

---

---

**7. Ingresos del Cesionista:**

- a) ¿Cuál es el ingreso mensual calculado que se distribuirá en la cuenta? Entendemos que esto es un cálculo solamente y no será legalmente responsable de esta cantidad en un periodo futuro.

\$ \_\_\_\_\_

- b) Enumere todas las fuentes de ingresos del Cesionista:

<b>Tipo de beneficio:</b>	<b>Sí/No</b>	<b>Cantidad mensual aproximada:</b>
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)		
Ingresos de Seguridad Social por Incapacidad (SSDI)		
Ingresos de Seguridad Social por Jubilación (SSA)		
Estampillas de alimentos		
Vales de vivienda de Sección 8		
Otro (especificar por favor)		
Otros		
Otros*		

*\*Entregue toda hoja informativa adicional si necesita más espacio*

- c) ¿El objetivo de realizar este Fideicomiso es generar ingresos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- d) ¿El Cesionista tiene actualmente Medicaid? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Pendiente \_\_\_\_\_

En caso de respuesta positiva, cuál es el Número de tarjeta de Medicaid del Cesionista:

\_\_\_\_\_

**8. Enumere la persona o agencia que entregará la documentación del Fideicomiso a la agencia gubernamental que corresponda (por ej. Medicaid, Seguridad Social, etc.)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**9.** ¿El Cesionista ha realizado los arreglos para su funeral? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Describe por favor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10.** ¿El Cesionista tiene una Póliza de seguro de vida en vigencia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

# CONTRATO DE ACEPTACIÓN DE FIDEICOMISO

## Fondo fiduciario común I

(Fideicomiso de reducción de gastos mensual de auto liquidación)

Este Contrato de aceptación de fideicomiso ("Contrato") se celebra entre Labor & Industry For Education, Inc. ("Fideicomisario"), con oficinas en 112 Spruce Street, Suite 5, Cedarhurst, NY 11516 y el "Cesionista" tal como se establece a continuación:

1. Términos definidos: Todos los términos con mayúsculas usados en este Contrato, que no están definidos en este Contrato, tendrán los significados asignados en el Contrato de Fondo Fiduciario Común Maestro (el "Fideicomiso") con fecha 29 de febrero de 2012 por y entre Labor & Industry For Education, Inc., como Fideicomitente, LIFE como coFideicomisario del Fideicomiso.

2. Nombre del Cesionista: El nombre y la dirección del Cesionista del Fideicomiso es:

---

---

("Cesionista").

3. Creación del Fideicomiso.

(a) El objetivo de este Fideicomiso es crear un fideicomiso irrevocable de fondo común para el beneficio único del Cesionista discapacitado (tal término se define en la Ley de Seguridad Social y se establece con mayor exactitud en el Fideicomiso) para las necesidades de tal Cesionista en su vida. Como este es un fideicomiso irrevocable, el Cesionista no puede revocar este Contrato o acceder a la propiedad en fideicomiso que ha sido entregada en Fideicomiso.

(b) Con la ejecución total de este Contrato, y conforme a los términos, disposiciones y compromisos del Fideicomiso, el Cesionista ha, por la presente, entregado al Fideicomisario la cantidad mínima de la propiedad del fideicomiso (tal como se define el término en el Fideicomiso) para establecer una subcuenta bajo el Fideicomiso.

(c) Mediante la celebración de este Contrato de aceptación de fideicomiso, el Cesionista acepta estar legalmente vinculado a los términos, compromisos y condiciones del Fideicomiso y a todas sus enmiendas.

4. Honorarios del fideicomiso. El Cesionista por la presente acepta pagar todos los honorarios del Fideicomisario de acuerdo con la Tabla de honorarios, entregada previamente al

Cesionario, además de toda enmienda a tal Tabla de honorarios que el Fideicomisario puede realizar periódicamente.

5. Contribuciones al Fideicomiso.

(a) Se exigirá que el Cesionario realice las contribuciones mensuales tal como lo exige Medicaid (cálculos basados en la cantidad establecida en la Hoja de información de antecedentes del Cesionario). En el caso de que la cantidad en la subcuenta del Cesionario tenga menos de \$50 durante más de 2 meses, el Fideicomisario puede cerrar la cuenta y eliminar al Cesionario del Fideicomiso.

(b) Toda contribución adicional a la subcuenta por parte del Cesionario o cualquier otra parte deberá corresponder a la propiedad del Fideicomiso y deberá ser usada solamente para beneficio del Cesionario de acuerdo con los términos del Fideicomiso.

6. Distribuciones. Las solicitudes de distribución hechas ante el Fideicomisario deberán ser por escrito; de acuerdo a los procedimientos escritos tal como lo estableció el Fideicomisario periódicamente.

7. Divulgación de conflicto de intereses/renuncia. El Cesionario, o toda persona que legalmente celebre un Contrato de aceptación de subfideicomiso en nombre del Cesionario, por la presente reconoce un potencial conflicto de interés en la administración del Fideicomiso ya que, de acuerdo con los términos y condiciones del Fideicomiso, todo fondo restante en la subcuenta del Cesionario deberá permanecer con el Fideicomiso para ser usado como aquí se establezca. Al celebrar y entregar este Contrato al Fideicomisario, el Cesionario o todo tercero que realice reclamos a través del Cesionario, por la presente renuncia a todo reclamo contra el Fideicomitente, Fideicomiso o Fideicomisario por autocontratación o conflictos de intereses que surjan de los términos y condiciones de este Contrato.

8. Leyes vigentes.

(a) Este Fideicomiso estará regido por las leyes del Estado de New York. Todos los servicios administrativos y contables se llevarán a cabo en el Condado de Nassau, New York, el centro corporativo de LIFE. Se podrán aplicar leyes federales en el caso de conflictos con la ley.

(b) Invalidez de las disposiciones. En caso de que alguna de estas disposiciones de este Contrato se consideren ilegales, no válidas o sin vigencia, el resto de este Contrato tendrá plena vigencia y será exigible conforme al mismo.

(c) Ejemplares del mismo tenor. Este Contrato puede ser firmado en cualquier número de ejemplares y todos, tomados en conjunto, constituirán un contrato plenamente ejecutado.

9. Reconocimiento del Cesionario: El Cesionario abajo firmante por la presente reconoce que mediante la celebración de este Contrato de aceptación de fideicomiso, el Cesionario celebra un fideicomiso con el Fideicomisario de acuerdo a los términos y condiciones del Contrato del Fondo Fiduciario Común Maestro.



Este contrato entra en vigencia a partir del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 201\_, que es la fecha en que ambas partes celebran plenamente este Contrato.  
(No complete esta sección. Para uso del fideicomiso solamente).

**CESIONISTA:**

Firmar aquí: \_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta:

ESTADO DE NEW YORK            )  
  )            ss.:  
CONDADO DE                            )

El día \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_ ante mi presencia, el abajo firmante, Notario Público en y de dicho estado, compareció personalmente \_\_\_\_\_, conocido por mí y me demostró mediante evidencia satisfactoria ser la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) está(n) suscrito(s) al presente documento y reconoció(eron) ante mí que ha(n) celebrado el mismo en dicha(s) capacidad(es) y que mediante su(s) firma(s) en el instrumento, la(s) persona(s) o la persona bajo la cual actuó(aron) la(s) persona(s), ejecutaron este instrumento.

\_\_\_\_\_  
Notario Público

**FIDEICOMISARIO:**

LABOR & INDUSTRY FOR EDUCATION, INC.

Por: \_\_\_\_\_  
Nombre:  
Título:

ESTADO DE NEW YORK            )  
  )            ss.:  
CONDADO DE                            )

El día \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_ ante mi presencia, el abajo firmante, Notario Público en y de dicho estado, compareció personalmente \_\_\_\_\_, conocido por mí y me demostró mediante evidencia satisfactoria ser la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) está(n) suscrito(s) al presente documento y reconoció(eron) ante mí que ha(n) celebrado el mismo en dicha(s) capacidad(es) y que mediante su(s) firma(s) en el instrumento, la(s) persona(s) o la persona bajo la cual actuó(aron) la(s) persona(s), ejecutaron este instrumento.

\_\_\_\_\_  
Notario Público