

Fondo Uvalde Juntos Nos Levantamos

3 cosas que debes hacer antes de comenzar tu

Solicitud de categoría B

1. Decide dónde se depositará el dinero

A. Si la persona que recibe el dinero es un adulto (como un maestro que resultó herido), hay absolutamente ninguna restricción sobre dónde van los fondos o cómo se utilizan. Sin embargo, si recibe beneficios, consulte la sección a continuación para considerar el impacto. Le recomendamos que trabaje con un planificador financiero certificado para que el dinero pueda hacer lo que usted quiera que haga.

B. Si la persona que recibe el dinero es menor de 18 años y recibe el dinero bajo una solicitud en la categoría B (como un niño que resultó herido), el dinero debe pagarse a un fideicomiso administrado por terceros para garantizar que los fondos estén protegidos y se utilicen para la salud, educación, bienestar y apoyo del niño mientras crece. Una vez que el niño alcanza la edad de 21 años, tendrán el dinero libre y claro y podrán utilizarlo como deseen.

El padre o tutor podrá elegir:

- Dónde quieren que se mantenga el fideicomiso
- Si quieren que el fideicomiso sea una cuenta bancaria o una cuenta de inversión
- Quién quieren que sea el administrador

Debe haber establecido el Fideicomiso **antes** de enviar su solicitud para que pueda incluir la información de pago adecuada en su solicitud. Crear un fideicomiso de terceros requerirá que obtenga un número de identificación de contribuyente (TIN) por separado para el fideicomiso. Puede obtener un TIN en línea en

<https://www.irs.gov/individuals/international-taxpayers/taxpayer-identification-numbers-tin>

Estas instituciones locales están disponibles para ayudarlo a abrir un fideicomiso administrado por terceros:

- **Edward Jones Investment Services** (cuenta de inversión)

200 E. Nopal, Suite 205

Uvalde, TX 78801

Contacto: Aarón Pulsford

830 278-7138

aaron.pulsford@edwardjones.com

- **Raymond James Servicios Financieros, Inc.** (cuenta de inversión)

Miembro FINRA/SIPC

426 E. Nopal

Uvalde, Texas 78801

830-278-4555

Contacto: Tina Scott

2. Considere sus beneficios públicos

¿Recibe usted alguno de los siguientes beneficios públicos?

- Asistencia Pública/Asistencia en Efectivo/TANF
- SNAP/Cupones para Alimentos
- Medicaid/MAGI
- SSI/Discapacidad
- SSD/Discapacidad
- Beneficios para veteranos
- Asistencia de alquiler/Refugio
- Sección 8/Belmont/Vales de Elección de Vivienda/RAC/BMHA
- Vivienda pública/BMHA/HUD/reubicación rápida/SPOA
- Medicare/Medicare Parte D
- Programa de Seguro Médico para Niños/CHIP

Si responde "sí" a cualquiera de las anteriores, cuando el gobierno se entere del regalo que recibe de nosotros, posiblemente podría afectar su capacidad para continuar recibiendo estos beneficios públicos. Público receptor beneficios no tendrán ningún impacto en el tamaño del regalo que reciba del fondo. Nosotros También queremos asegurarnos de que cualquier obsequio que reciba del fondo no ponga en peligro sus beneficios públicos. Si recibe beneficios públicos, lo derivarán a un abogado pro bono (gratuito) que examinará su situación y beneficios específicos y ofrecerá asesoramiento legal sobre lo que puede hacer para proteger sus beneficios públicos.

El abogado puede aconsejarle que el obsequio que reciba no afectará sus beneficios. O el abogado puede recomendar la creación de un "fideicomiso para necesidades especiales" para que su regalo no lo descalifique de cualquiera de sus beneficios públicos. Siempre es su elección cómo proceder, pero queremos que haga una elección informada sobre qué opción es mejor para usted para que no tenga consecuencias inesperadas. Si elige crear un "fideicomiso para necesidades especiales" y la víctima es un menor de edad para quien debe crear un fideicomiso de terceros, puede ser el mismo fideicomiso. Entonces, si tienes prestaciones públicas y eres menor de edad recibir el dinero, debe obtener asesoramiento legal sobre sus beneficios antes de crear un fideicomiso.

Para ser referido a un abogado gratuito para obtener asesoramiento sobre la protección de sus beneficios públicos, comuníquese con:

- Bernadette Segura al 915-585-5100 x 5133; O
Brittanny Perrigue Gómez al 361-880-5460
Asistencia Legal de Texas Rio Grande

3. Complete sus otros documentos requeridos

A. Si se lesionó y está solicitando en la Categoría B, deberá completar el HIPAA autorización que autoriza a su proveedor médico a validar su tratamiento con nosotros. Si la víctima lesionada es menor de 18 años, la autorización HIPAA debe estar firmada por uno de los padres o guardián. Este comunicado solo autoriza la divulgación de información relacionada con el tratamiento médico y hospitalización; no está relacionado de ninguna manera con los gastos médicos.

Authorization for Release of Medical Records

Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information Pursuant to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)

This form gives your healthcare providers written authorization to release your health information to the persons named in section 2.

CLAIMANT Information											
First Name				MI		Last Name					
Date of Birth						Last 4 digits of SSN					

1. I hereby authorize all medical service sources and health care providers to disclose the protected health information ("PHI") described below to the Fund Administrators and their agents of the Uvalde Together We Rise Fund, National Compassion Fund.
2. I hereby authorize the release of my PHI from my healthcare providers to be used solely by the Uvalde Together We Rise Fund.
3. I authorize only the release of information confirming my treatment for injuries as a result of the shootings on May 24, 2022, and the dates of my treatment / hospitalization.
4. I do not authorize the release of Behavioral and Mental Health Service Information, referrals and treatment for alcohol and substance use disorder, Communicable diseases such as sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus (HIV infection, Acquired Immune Deficiency Syndrome or AIDS Related Complex)
5. The following specific entity may receive disclosures of protected health information about me:

Fund Administrator	Or its agent:
c/o National Compassion Fund	Hogan-Lovells, LLP
1450 Duke St Alexandria, VA22314	
6. This authorization of the release of my PHI covers the period: from May 24, 2022 to December 31, 2022.
7. This authorization shall be in force and in effect until March 1, 2023, at which time this authorization expires.
8. I understand that this authorization is voluntary and that I have the right to revoke this authorization, in writing, at any time by notifying the Fund Administrator at the address shown above, or by contacting my health care providers individually. I understand that a revocation is not effective to the extent that any person or entity has already acted in reliance on my authorization. I understand information released pursuant to this authorization may no longer be protected by HIPAA privacy regulations and may be subject to re-disclosure according to the rules governing the National Compassion Fund.
9. I understand this authorization may be necessary as a condition of obtaining compensation from the Uvalde Together We Rise Fund, but other treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits is not conditioned on whether I sign this authorization

Signature of patient: _____ Date: _____
 (If patient either is under legal age of has a guardian appointed by the court, this release must be signed by the patient's parent or guardian.)

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Printed Name of Parent/Guardian: _____

Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor envíe un mensaje electrónico a Uvalde@NationalCompassion.org