

Necesidades Especiales Preocupaciones Legales y Financieras

¿Se está haciendo estas preguntas?

- ¿Cómo pagaremos las terapias especiales que nuestro hijo necesita ahora?
- ¿Quién pagará por los gastos de nuestro hijo una vez que sea adulto?
- ¿Dónde vivirá nuestro hijo y quién supervisará su cuidado después de que nos hayamos ido?

Estas preguntas y temores pueden detenerlo en seco. Pero los planificadores financieros dicen que crear un plan puede aliviar la ansiedad. Algunos de los problemas que debe enfrentar son financieros: ¿Cómo aparta dinero para su hijo sin afectar sus beneficios gubernamentales? Y algunos son emocionales: ¿Quién entendería las necesidades de su hijo si algo le sucediera a usted ahora mismo?

¿Necesita
más ayuda?

Servicios Legales de Pisgah -----1-800-489-66144

Henderson, Buncombe, Madison, Polk, Rutherford, Transylvania

PLS (por sus siglas en inglés) busca hacer justicia brindando asistencia legal y defensa para ayudar a las personas de bajos ingresos en el Oeste de Carolina del Norte a satisfacer sus necesidades básicas y mejorar sus vidas.

Alianza para Necesidades Especiales - Special Needs Alliance -----

<https://www.specialneedsalliance.org/>

La misión de la SNA (por sus siglas en inglés) es mantener una organización profesional de abogados expertos en las áreas complejas de derechos públicos, sucesiones, fideicomisos y planificación fiscal, y asuntos legales que involucran a personas con discapacidades físicas y cognitivas.

Derechos de Discapacidad de Carolina del Norte ----- 1-877-235-4210

DRNC (por sus siglas en inglés) es una agencia de defensa legal que lucha por los derechos de las personas con discapacidades en Carolina del Norte. Ellos manejan casos que involucran discriminación, abuso y otras violaciones de derechos. Todos los servicios son gratuitos para los habitantes de Carolina del Norte con discapacidades.

Legal Aid of North Carolina (Asesoría Legal de Carolina del Norte) 1-866-219-LANC (5262)

Legal Aid of North Carolina es un despacho de abogados sin fines de lucro en todo el estado que brinda servicios legales gratuitos en asuntos civiles a personas de bajos ingresos para garantizar el acceso igual a la justicia y eliminar las barreras legales a las oportunidades económicas.

Hoja Informativa sobre Cuestiones Legales de Salud

Poder Notarial Médico

Un poder notarial médico es un documento, firmado por un adulto competente; designando a una persona de su confianza para que tome decisiones de atención médica en su nombre en caso de que no pueda tomar tales decisiones. Hemos proporcionado un documento de muestra en el Apéndice para su revisión.

Consulte los siguientes sitios web para obtener más información:

www.legalhelpmate.com/power-of-attorney.aspx;

www.expertlaw.com/library/estate_planning/power_of_attorney.html.

Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés)

HIPAA es una ley federal que cubre tanto la privacidad de la información médica de su hijo como los asuntos relacionados con la transferencia y continuación de la cobertura de seguro médico. Hemos incluido una hoja informativa en el kit de herramientas para su revisión. Para obtener más información, consulte el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en: www.hhs.gov/ocr/hipaa.

Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA por sus siglas en inglés)

FERPA es otra ley federal que trata el acceso a los expedientes educativos, así como también los expedientes de salud que se encuentran en las instituciones educativas.

Por favor revise la hoja informativa en el Apéndice. Puede encontrar un folleto para los padres en el sitio web del Departamento de Educación de EE. UU.:

www.ed.gov/policy/gen/guid/fpco/brochures/parents.pdf.

Tutela

Hay muchos factores a considerar al decidir la tutela. Una tutela es el procedimiento legal mediante el cual se puede designar a un adulto capaz (por ejemplo, un agente) para administrar los asuntos personales o financieros de una persona que no puede hacerlo por su cuenta. Como padre, el mejor recurso para obtener más información es visitar la Asociación de Tutela de Carolina del Norte en www.nc-guardian.org.

Poder Notarial Medico

Efectivo Luego de la Ejecución

Yo, [NOMBRE], residente de [DIRECCIÓN. CONDADO, ESTADO]; Número de Seguro Social [NÚMERO] designo NOMBRE], actualmente residiendo en [DIRECCIÓN], número de teléfono [NÚMERO DE TELÉFONO] como mi agente para tomar cualquier y todas las decisiones de atención médica por mí, excepto al grado que yo indique de otra manera en este documento. Para los propósitos de este documento, "Decisiones de Atención Médica" significa consentimiento, rechazo de consentimiento o retiro de consentimiento a cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la condición física o mental de un individuo. Este Poder Notarial Médico entra en vigencia si yo no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica y mi médico certifica este hecho por escrito.

Limitaciones: [Describa cualquier limitación deseada, por ejemplo, con respecto al soporte vital, cuidados para prolongar la vida, tratamiento, servicios y procedimientos.]

Inspección y Divulgación de Información Relacionada a mi Salud Física o Mental: Sujeto a cualquier limitación en este documento, mi agente tiene el poder y la autoridad para hacer todo lo siguiente:

1. Solicitar, revisar y recibir cualquier información, verbal o escrita, con relación a mi salud física o mental, incluyendo, pero no limitado a, registros médicos y hospitalarios;
2. Ejecutar en mi nombre cualquier liberación u otros documentos que puedan ser requeridos con el fin de obtener esta información;
3. Consentir para la divulgación de esta información.

Poderes Adicionales: Cuando necesario para implementar las decisiones de atención médica que mi agente está autorizado por este documento a tomar, mi agente tiene el poder y la autoridad para ejecutar en mi nombre todo lo siguiente:

1. Documentos titulados o pretendiendo ser un "Rechazo para Permitir Tratamiento" y "Dejando el hospital en contra del consejo médico";
2. Cualquier exención o liberación de responsabilidad requerida por un hospital o médico.

Duración: Este Poder Notarial existe indefinidamente desde su fecha de ejecución, a menos que establezca aquí un tiempo más corto o revoque el poder notarial. [**Si corresponde:** Este poder notarial expira el [FECHA]. Si yo no puedo tomar decisiones de atención médica por mí mismo cuando expire este poder notarial, la autoridad que yo le he concedido a mi agente continuará existiendo hasta el momento en que pueda tomar decisiones de atención médica por mí mismo.]

Agente Alternativo: En el caso de que mi agente designado no pueda, no quiera, o no sea elegible para servir, yo por la presente designo a [NOMBRE], que actualmente reside en [DIRECCIÓN], número de teléfono [NÚMERO DE TELÉFONO] como mi primer agente suplente, y [NOMBRE], actualmente residente en [ADDRESS], número de teléfono [NÚMERO DE TELÉFONO] como mi segundo agente suplente.

Designaciones Anteriores Revocadas : Yo revoco cualquier poder notarial médico anterior. **Ubicación de Documentos :** La copia original de este Poder Notarial Médico se encuentra en [Ubicación].

Se han presentado copias firmadas de este poder notarial médico a las siguientes personas e instituciones: [Nombres y Direcciones].

Firmo mi nombre en este Poder Notarial Médico en la fecha [FECHA], en [DIRECCIÓN, CONDADO, ESTADO].

[NOMBRE]

Declaración de Testigos

Por la presente declaro bajo pena de perjurio que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció este documento (o se me ha probado sobre la base de pruebas convincentes) como el principal, que el principal firmó o reconoció este poder notarial médico duradero en mi presencia, que el principal parece estar en su sano juicio y no estar bajo coacción, fraude o influencia indebida. No soy la persona designada como agente por este documento. No estoy relacionado con el principal por sangre, matrimonio o adopción. No tendría derecho a ninguna parte de la herencia del principal en caso de muerte del principal. No soy el médico tratante del principal ni un empleado del médico tratante. No tengo ningún reclamo contra ninguna parte del patrimonio del principal a la muerte del principal. Además, si soy un empleado de un centro de atención médica en el que el principal es un paciente, no participo en la atención directa al paciente del principal y no soy un funcionario, director, socio ni empleado de la oficina de administración del centro de atención médica o de cualquier organización matriz del centro de atención médica.

[TESTIGO]

[TESTIGO]

Subscribed and sworn to before me on [DATE].

Notary Public, [COUNTY, STATE]

My commission expires_____.

PAPELES LEGALES

(Inserte copias de papeles legales importantes, tales como:
Custodia, tutela, o formularios de directivas anticipadas)

