

Hoja de Información Personal y Financiera

*** Toda información contenida en esta hoja es confidencial y privilegiada. ***

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Ciudadano Naturalizado Residente
Ocupación: _____ retirado empleado Veterano Si No
Estado Civil: soltero/viudo(a) casado (fecha _____) primer segundo otro _____ No. de Seguro Social.:
Cónyuge (si corresponde): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Fallecimiento (si corresponde) _____
 Ciudadano Naturalizado residente Ocupación: _____ retirado empleado
 primer matrimonio Segundo matrimonio otro _____ No. de Seguro Social: _____ Veterano Si No
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code _____

Teléfono # _____ Celular # _____ Oficina # _____ e-mail _____

Donde prefiere que se le contacte? Casa Celular Oficina Hora más conveniente? _____

Referido por: Nombre: _____ Firma: _____

Contactos: Asesor Financiero : _____ Firma: _____ Teléfono: _____
Contador: _____ Firma: _____ Teléfono: _____

<u>Planificación Existente:</u>	<u>Ud.</u>	<u>Cónyuge</u> <input type="checkbox"/> NA	<u>Fecha de Firma</u>
Will	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha: _____
Trust	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha: _____
Power of Attorney	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha: _____
Health Care Proxy	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha: _____
Living Will	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha: _____
Long-Term Care Insurance	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Beneficio Diario: _____

Transfirió Ud. o regalo bienes en los últimos 60 meses? Suma \$ _____ Fecha: _____

Su salud juega un rol importante en el diseño de su planificación y en la de sus seres queridos.

Ud. – su estado de salud actual: Bueno Preocupante Problema
Su preocupación/problema: _____

Cónyuge – su estado de salud actual: Bueno Preocupante Problema
Su preocupación/problema: _____

	<u>Ud.</u>	<u>Cónyuge</u> <input type="checkbox"/> NA
Tiene hijos:	<input type="checkbox"/> Si Cuantos? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Cuantos? _____ <input type="checkbox"/> No
Especifique:	<input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> suyo <input type="checkbox"/> hijastro <input type="checkbox"/> adoptado <input type="checkbox"/> foster	<input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> suyo <input type="checkbox"/> hijastro <input type="checkbox"/> adoptado <input type="checkbox"/> foster
Tiene nietos:	<input type="checkbox"/> Si Cuantos? _____ <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si Cuantos? _____ <input type="checkbox"/> No

Que es lo que Ud. espera que su planificación haga por Ud.? _____

Cual Ud. cree que es su riesgo si Ud. no hace su planificación? _____

Califique en orden de importancia (1-8) los siguientes tópicos (1= Mas Importante 8= Menos Importante)

_____ Evitar Probate	_____ Proteger bienes contra el gobierno/demandas/nursing homes
_____ Mantener Privacidad	_____ Proteger bienes de la familia contra depredadores luego de mi muerte (ejemplo: discapacidad de mi conyuge, demandas contra beneficiarios, Divorcio o bancarrota de mis beneficiarios)
_____ Minimizar o Eliminar Impuestos	_____ Hacerlo simple para mi familia cuando algo me pase (discapacidad o muerte)
_____ Permanecer Independiente y en Control de mi salud y/o bienes	_____ Dejar instrucciones detalladas y autoridad a gente en quien yo confie para que tenga los cuidados que yo desee que me den si me vuelvo discapacitado

HOJA DE INFORMACION PERSONAL/FAMILIAR

HIJOS (si aplica) o BENEFICIARIOS (a quien quiere distribuir sus bienes)

Nombre: _____ Masculino femenino Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Telef: _____
Hijo de: ambos suyo cónyuge adoptado foster child Otro: _____
 estudiante empleado - Ocupación: _____
 Soltero Casado primer segundo otro - hace cuanto? _____ nombre del cónyuge: _____ ocupación: _____
Hijos: no Cuantos? _____ Edades: _____
Necesidades Especiales?: _____
Posibles problemas/preocupaciones: _____

Nombre: _____ Masculino femenino Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Telef: _____
Hijo de: ambos suyo cónyuge adoptado foster child Otro: _____
 estudiante empleado - Ocupación: _____
 Soltero Casado primer segundo otro - hace cuanto? _____ nombre del cónyuge: _____ ocupación: _____
Hijos: no Cuantos? _____ Edades: _____
Necesidades Especiales?: _____
Algún otro problema/preocupación: _____

Nombre: _____ Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Telef: _____
Hijo de: ambos suyo cónyuge adoptado foster child Otro: _____
 estudiante empleado - Ocupación: _____
 Soltero Casado primer segundo otro - hace cuanto? _____ nombre del cónyuge: _____ ocupación: _____
Hijos: no Cuantos? _____ Edades: _____
Necesidades Especiales?: _____
Algún otro problema/preocupación: _____

Nombre: _____ Masculino femenino Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Telef: _____
Hijo de: ambos suyo cónyuge adoptado foster child Otro: _____
 estudiante empleado - Ocupación: _____
 Soltero Casado primer segundo otro - hace cuanto? _____ nombre del cónyuge: _____ ocupación: _____
Hijos: no Cuantos? _____ Edades: _____
Necesidades Especiales?: _____
Algún otro problema/preocupación: _____

Nombre: _____ Masculino femenino Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Telef: _____
Hijo de: ambos suyo cónyuge adoptado foster child Otro: _____
 estudiante empleado - Ocupación: _____
 Soltero Casado primer segundo otro - hace cuanto? _____ nombre del cónyuge: _____ ocupación: _____
Hijos: no Cuantos? _____ Edades: _____
Necesidades Especiales?: _____
Algún otro problema/preocupación: _____

Hoja de Información Financiera

**** Es importante que coloque en cada categoría la titulación y la suma en dólares separadamente, y su valor total. ****

INGRESOS MENSUALES:

FUENTE	UD.	CONYUGE	CONJUNTA	TOTAL
Salarios	\$	\$	\$	\$
Pension	\$	\$	\$	\$
Seguro Social	\$	\$	\$	\$
Inversiones	\$	\$	\$	\$
Otros	\$	\$	\$	\$
Total	\$	\$	\$	\$

INFORMACION PATRIMONIAL AL _____ (fecha) – Provea suma total por cada bien y a nombre de quien esta

TIPO DE BIEN	UD	CONYUGE	CONJUNTA	TOTAL
Cash, Checking, Savings, CD's, Money Market & Cash Management Accounts	\$	\$	\$	\$
Investment/Broker-held Accounts (not including cash) and Mutual Fund Accounts	\$	\$	\$	\$
Retirement Accounts: IRA, 401K, 403B, SEP, etc.	\$	\$	\$	\$
Life Insurance: death benefit and cash value	D.B. \$ C.V. \$	D.B. \$ C.V. \$	D.B. \$ C.V. \$	D.B. \$ C.V. \$
Stocks: you hold (not in brokerage accounts)	\$	\$	\$	\$
Bonds: bonds you hold (not in brokerage accounts)	\$	\$	\$	\$
Annuities: \$ = original amount invested date=month/year purchased CV=current value	\$ _____ date _____ CV _____	\$ _____ date _____ CV _____	\$ _____ date _____ CV _____	\$ _____ date _____ CV _____
Real estate: residence (per tax bill)	\$	\$	\$	\$
Real estate: other	\$	\$	\$	\$
Vehicles: automobile, motorcycle, boats, snowmobiles, etc.	\$	\$	\$	\$
Total	\$	\$	\$	\$

OTROS BIENES NO LISTADOS:

TIPO	UD	CONYUGE	CONJUNTA	TOTAL
	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$
Total	\$	\$	\$	\$

OBLIGACIONES:

TIPO	UD	CONYUGE	CONJUNTA	TOTAL
Mortgage	\$	\$	\$	\$
Deudas	\$	\$	\$	\$
Otro	\$	\$	\$	\$
Total	\$	\$	\$	\$

INTERESES CORPORATIVOS:

TIPO	UD	CONYUGE	CONJUNTA	TOTAL
Rural	\$	\$	\$	\$
Intereses en LLCs o Sociedades de Hecho (Partnership)	\$	\$	\$	\$
Corporaciones	\$	\$	\$	\$
Otro:	\$	\$	\$	\$
Total	\$	\$	\$	\$

Notas/Comentarios:
