



Pro Se Legal Document Solutions, LLC
JoAnne Spano
JoAnne@ProSeDocumentsFL.com
904-539-7889

CUESTIONARIO DE PLANIFICACIÓN PATRIMONIAL

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CONDADO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

ÚLTIMOS CUATRO DE SS#: XXX - XX - _____

CÓNYUGE:

NOMBRE DE LA ESPOSA: _____

TELÉFONO: _____

HIJOS O HEREDEROS DE LEY:

1) NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

2) NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

3) NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

4) NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LE GUSTARÍA TOMAR DECISIONES MÉDICAS POR USTED SI NO PUEDE HACERLO USTED MISMO:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE DE LA PERSONA DE RESPALDO PARA TOMAR DECISIONES MÉDICAS POR USTED SI NO PUEDE HACERLO USTED MISMO:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LE GUSTARÍA TOMAR DECISIONES FINANCIERAS POR USTED SI NO PUEDE HACERLO USTED MISMO:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE DE LA PERSONA DE RESPALDO PARA TOMAR DECISIONES FINANCIERAS POR USTED SI NO PUEDE HACERLO USTED MISMO:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIO:

1) NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

CONDADO: _____

TELÉFONO: _____

PORCENTAJE O CANTIDAD DEL LEGADO: _____

SI ESTE BENEFICIARIO FALLECIERA ANTES QUE USTED, DESEARÍA QUE SU PARTICIPACIÓN SEA: (marque la opción a continuación)

DIVIDIDO ENTRE LOS BENEFICIARIOS SUPERVIVIENTES, o

DISTRIBUIDO A LOS HIJOS SUPERVIVIENTES DE LOS BENEFICIARIOS?

2) NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

CONDADO: _____

TELÉFONO: _____

PORCENTAJE O CANTIDAD DEL LEGADO: _____

SI ESTE BENEFICIARIO FALLECIERA ANTES QUE USTED, DESEARÍA QUE SU PARTICIPACIÓN SEA: (marque la opción a continuación)

DIVIDIDO ENTRE LOS BENEFICIARIOS SUPERVIVIENTES, o

DISTRIBUIDO A LOS HIJOS SUPERVIVIENTES DE LOS BENEFICIARIOS?

3) NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

CONDADO: _____

TELÉFONO: _____

PORCENTAJE O CANTIDAD DEL LEGADO: _____

SI ESTE BENEFICIARIO FALLECIERA ANTES QUE USTED, DESEARÍA QUE SU

PARTICIPACIÓN SEA: (marque la opción a continuación)

DIVIDIDO ENTRE LOS BENEFICIARIOS SUPERVIVIENTES, o

DISTRIBUIDO A LOS HIJOS SUPERVIVIENTES DE LOS BENEFICIARIOS?

4) NOMBRE: _____

RELACIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

CONDADO: _____

TELÉFONO: _____

PORCENTAJE O CANTIDAD DEL LEGADO: _____

SI ESTE BENEFICIARIO FALLECIERA ANTES QUE USTED, DESEARÍA QUE SU PARTICIPACIÓN SEA: (marque la opción a continuación)

DIVIDIDO ENTRE LOS BENEFICIARIOS SUPERVIVIENTES, o

DISTRIBUIDO A LOS HIJOS SUPERVIVIENTES DE LOS BENEFICIARIOS?

QUIÉN LE GUSTARÍA ADMINISTRAR SU PATRIMONIO O FIDEICOMISO DESPUÉS DE SU FALLECIMIENTO?

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

SI ESTA PERSONA NO ESTÁ DISPONIBLE, QUIÉN SIRVIRÁ DE RESPALDO?

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

LEGADOS ESPECIFICOS:

1) NOMBRE: _____

LEGADO: _____

2) NOMBRE: _____

LEGADO: _____

INSTRUCCIONES DEL FORM ULARIO MÉDICO ESPECIAL:

INSTRUCCIONES DEL FORM ULARIO FINANCIERO ESPECIAL:

TE CUSTERÍA CREAR UN CONFIANZA VIVA?

- [] SI – en caso afirmativo, responda las preguntas restantes.
[] NO – en caso NO, no es necesario responder las preguntas restantes.

BIENES INMUEBLES TRANSMITIDOS AL FIDEICOMISO:

DIRECCIÓN: _____

CONDADO: _____

NÚMERO DE PARCELA: _____

CUENTAS FINANCIERAS PONIDAS EN EL FIDEICOMISO:

1) NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA: _____

TIPO DE CUENTA: _____

NÚMERO DE CUENTA: _____

2) NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA: _____

TIPO DE CUENTA: _____

NÚMERO DE CUENTA: _____

3) NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA: _____

TIPO DE CUENTA: _____

NÚMERO DE CUENTA: _____

BIENES MUEBLES EN EL FIDEICOMISO:
