

Fecha de hoy: _____
Número de
reclamación
de entierro: _____

Solicitud para asignación de entierro

A. Información sobre el difunto(a) (la persona fallecida):

Nombre del difunto(a): _____
(Apellidos, nombres)

Última dirección del difunto(a): _____

¿Por cuánto tiempo vivió el difunto(a) ahí? _____

¿Vivía el difunto(a) en algún albergue de NYC para personas sin vivienda? No Sí

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de fallecimiento: _____

Número de Seguro Social (si lo sabe): _____

Causa del fallecimiento (si lo sabe): _____

Lugar de fallecimiento (hospital, hogar u otro lugar, si lo sabe): _____

¿El difunto(a), ha sido enterrado(a)? No Sí

¿El difunto(a), ha sido cremado(a)? No Sí

¿El difunto(a), estaba casado(a)? No Sí

En caso afirmativo, proporcione el nombre, la dirección y el teléfono del esposo(a):

¿Tenía el difunto(a) menos de 21 años? No Sí

En caso afirmativo, proporcione el nombre, la dirección y el teléfono del padre, madre o tutor(a) legal:

(Gire la hoja)

Solicitud para asignación de entierro (continuación)

B. Estado de veterano(a) de guerra del difunto(a)

¿Era el difunto(a) veterano(a) de guerra? No Sí

La rama de servicio, si lo sabe (Fuerzas Armadas, Fuerza Naval, etc.):

¿Era el difunto(a) esposo(a) de algún veterano(a)? No Sí

¿Era el difunto(a) hijo(a) menor de edad de algún veterano(a) ? No Sí

¿Ha pagado alguna agencia de gobierno algún beneficio de entierro para veteranos?

No Sí En caso afirmativo, indique cuánto (provea detalles):

¿Recibió el difunto(a) algún tipo de beneficio para veteranos? No Sí

En caso afirmativo, indique cuánto (provea detalles):

C. Historial económico del difunto(a)

Describa cómo el difunto(a) se sostenía económicamente: _____

¿Estaba el difunto(a) empleado(a) al momento de su muerte? No Sí

(En caso afirmativo, provea detalles)

Nombre del empleador: _____

Dirección:

Teléfono: _____

Tipo de empleo: _____

¿Pagó el empleador beneficios por fallecimiento? No Sí (En caso afirmativo, provea detalles)

(Gire la hoja)

Solicitud para asignación de entierro (continuación)

C. Historial económico del difunto(a) (continuación)

¿Recibía el difunto(a) alguna asistencia de la HRA? No Sí

En caso afirmativo, provea el número de caso (si lo sabe) _____

Marque todo lo que corresponda: Asistencia en Efectivo Medicaid/Asistencia médica

SNAP - Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (cupones de alimentos)

Otra asistencia _____

¿Recibía el difunto(a) beneficios de la Administración del Seguro Social? No Sí

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda

Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI) Monto: \$ _____

Seguro Social por Discapacidad (SSD) Monto: \$ _____

Seguro Social para los de Edad avanzada, los Sobrevivientes del difunto y por Discapacidad (OASDI) Monto: \$ _____

D. Información sobre la herencia del difunto(a)

¿Dejó el difunto(a) algún testamento? No Sí

¿Dejó el difunto(a) alguna herencia? No Sí

En caso afirmativo, provea el nombre y datos de contacto de la persona responsable del testamento o de la herencia:

¿Existe algún caso pendiente en el tribunal que tenga que ver con el difunto(a)? No Sí

En caso afirmativo, provea detalles sobre el condado, el tribunal, número de caso, nombre y datos de contacto de la persona responsable del testamento/herencia, o del abogado(a) que lleva el caso: _____

(Gire la hoja)

Solicitud para asignación de entierro (continuación)

E. Patrimonio del difunto(a)

Si el difunto(a) dejó bienes o propiedades personales a la hora de su muerte, favor de marcar todo lo que corresponda y proporcione el valor de la propiedad o el monto, si lo sabe:

Dinero en efectivo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	\$ _____	Vehículo(s)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	\$ _____
Bienes Inmuebles	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	\$ _____	Seguro/ Pólizas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	\$ _____
Pensión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	\$ _____	Fideicomiso de entierro/ Fondo de entierro prepago	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	\$ _____
Cuentas bancarias	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	\$ _____	Acciones/Cuentas de inversión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	\$ _____
Beneficios de sindicato	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	\$ _____	Otro tipo, demanda o acuerdo pendiente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	\$ _____

¿Tiene el Administrador Público algún bien o propiedad del difunto(a)? No Sí

En caso afirmativo, si lo sabe, provea los detalles, el valor de la propiedad y los datos de contacto del Administrador Público:

Se le podría requerir que provea información adicional sobre los bienes del difunto(a). Favor de usar el siguiente espacio para proveer detalles adicionales sobre la ubicación de los bienes o propiedad personal:

(Gire la hoja)

Solicitud para asignación de entierro (continuación)

F. Información sobre el solicitante

Pariente Amigo(a) Amigo(a) organizador(a) Representante autorizado(a)

Nombre: _____
(Apellidos, nombres)

¿Cuál es su parentesco con el difunto(a)? _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

G. Información sobre el pariente legalmente responsable

IMPORTANTE: El/la pariente legalmente responsable (*Legally Responsible Relative, LRR*) es la persona que estaba casada por ley con el difunto(a), o que es padre, madre o tutor(a) legal de un difunto(a) menor de veintiún (21) años, y que vivía con el difunto(a) en el mismo hogar, a la hora de la muerte.

¿Es usted el/la pariente legalmente responsable? No Sí

En caso negativo, **saltee lo siguiente y proceda directamente a la Sección H.**
En caso afirmativo, favor de contestar la preguntas que siguen en esta página y en la siguiente.

Soy esposo(a) del difunto(a) **(O)**

Soy el padre, madre o tutor(a) legal del difunto(a) menor de veintiún (21) años.

¿Posee los recursos económicos para pagar los costos de funeraria? No Sí

En caso afirmativo, **saltee lo siguiente y proceda directamente a la Sección H.**
En caso negativo, complete la siguiente información:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento : _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

(Gire la hoja)

Solicitud para asignación de entierro (continuación)

G. Información sobre el pariente legalmente responsable (continuación)

¿Recibe usted alguna asistencia de la HRA? No Sí

En caso afirmativo, provea el número de caso (si lo sabe) _____

Marque todo lo que corresponda: Asistencia en Efectivo Medicaid/Asistencia Médica

SNAP - Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (cupones de alimentos)

Otra asistencia _____

¿Recibe usted beneficios de la Administración de Seguro Social? No Sí

En caso afirmativo, marque lo que corresponda:

Ingresos Suplementarios del Seguro Social (SSI) Monto: \$ _____

Seguro Social por Discapacidad (SSD) Monto: \$ _____

Seguro Social para los de Edad avanzada, los Sobrevivientes del difunto y por Discapacidad (OASDI) Monto: \$ _____

H. Información sobre los costos de funeraria (entierro, cremación u otros costos de funeraria):

¿Se han pagado ya los costos de funeraria? No Sí

En caso negativo, ¿se han hecho ya los arreglos de funeraria para el difunto(a)? No
 Sí

En cuanto a los costos de funeraria, ¿los ha pagado el/la solicitante? No Sí

En caso negativo, y si otra persona ha pagado los costos de funeraria, provea el nombre, la dirección y el teléfono de la(s) persona(s) que haya(n) pagado la factura:

Nombre:

(Apellidos, nombres)

Dirección :

Número de teléfono:

(Gire la hoja)

Solicitud para asignación de entierro (continuación)

H. Información sobre los costos de funeraria (entierro, cremación u otros costos de funeraria) (continuación):

Nombre de la funeraria:

Dirección y teléfono:

Costo total de funeraria: \$ _____
(El monto total que aparece en la factura o contrato)

Especifique el costo de lo siguiente:

Cremación: \$ _____ Terreno para sepultura: \$ _____ Apertura de tumba: \$ _____

El/ la firmante de este formulario autoriza al Comisionado del Departamento de Servicios Sociales de la Ciudad de Nueva York y a su representante autorizado(a), a realizar todas las investigaciones necesarias relativas a la presente solicitud y les otorga permiso total para verificar toda información que consta en dicha solicitud.

Nombre del/de la solicitante (en letra de molde)

Solicitante (firma)

Fecha

Nombre del representante autorizado(a) (en letra de molde)

Representante autorizado(a) (firma)

Fecha

(Gire la hoja)

Solicitud para asignación de entierro (*continuación*)

SOLO PARA REPRESENTANTES AUTORIZADOS

Si usted no es el/la solicitante pero está autorizado(a) a completar esta solicitud en nombre del/de la solicitante, debe firmar este formulario en presencia de un notario público o comisionado de escrituras.

State of _____

County of _____

Sworn to before me this _____ day of _____, 20 _____

Notary Public or Commissioner of Deeds

¿Tiene usted alguna condición médica, de salud mental o alguna discapacidad? ¿Se le dificulta entender o hacer lo que pide este aviso, debido a su condición? ¿Se le dificulta obtener otros servicios de la HRA debido a su condición? **Nosotros podemos ayudarle. Llámenos al 212-331-4640. También puede pedir ayuda cuando visite las oficinas de la HRA. La ley le da derecho a pedir este tipo de ayuda.**