

COUNTY OF SUFFOLK



DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Solicitud de Asistencia En el Entierro Indigente

Sección I

Para determinar si el difunto *puede ser elegible* para Asistencia de entierro indigente, complete las siguientes preguntas. Para cada pregunta, circule Sí o No

1. ¿Era el difunto residente permanente del condado de Suffolk en la fecha de la muerte? No si

En caso negativo, ¿aprobó el condado de Suffolk la ubicación residencial del difunto fuera del condado de Suffolk? No si

En caso negativo, ¿falleció el fallecido en el condado de Suffolk? No si

En caso afirmativo, ¿el difunto tuvo un caso activo de asistencia pública en otro condado del estado de Nueva York? No si

2. ¿Ya se han realizado los servicios funerarios? No si

3. ¿El familiar más cercano o la persona legalmente autorizada afirma que el difunto era indigente con recursos de menos de \$ 1,200? No si

4. ¿Murió el difunto como resultado de un accidente automovilístico? No si

En caso afirmativo, ¿se presentará un comprobante de negación del seguro sin culpa? No si

5. ¿Murió el difunto como resultado de un crimen? No si

En caso afirmativo, ¿se perseguirán los beneficios de compensación de víctimas de delitos? No si

6. ¿Murió el difunto como resultado de un accidente laboral? No si

En caso afirmativo, ¿se acreditará la denegación de Compensación de Trabajadores por beneficios de entierro¿presentado? No si

7. ¿Es el difunto un bebé muerto? No si

En caso afirmativo, ¿cuál es la estimación clínica de la gestación? _____ Semanas

8. ¿El difunto fue encarcelado en una instalación federal o estatal en la fecha de la muerte? No si

9. ¿Murió el difunto en un hospital de Asuntos de Veteranos? No si

En caso afirmativo, el comprobante de denegación de beneficios de entierro del Departamento de Veteranos de Estados Unidos.Asuntos se presentarán? No si

Sección II

Según la información que proporcione, el difunto *puede ser elegible* para asistencia de entierro indigente. Por favor complete la siguiente información.

Información del difunto

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____

Asistencia temporal o Numero de Medicaid: _____ Veterano: No Sí

Fecha de fallecimiento: _____ Lugar de fallecimiento: _____ Estado

Civil: _____

Cónyuge sobreviviente

Nombre: _____

Número de seguro social del cónyuge: _____

Fecha de nacimiento del cónyuge: _____

Dirección del cónyuge: _____

¿Es el difunto un niño menor de 21 años o un bebé muerto? No si

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Apellido de la madre: _____ Nombre: _____

Numero de seguro social de la madre: _____

Fecha de nacimiento de la madre: _____

Apellido del padre: _____ Nombre: _____

Numero de seguro social del padre: _____

Fecha de nacimiento del padre: _____

Residencia permanente del difunto antes de la muerte:

Dirección del difunto: _____

Si el difunto era un paciente hospitalizado en un hogar de ancianos (NH), proporcione lo siguiente:

Nombre NH: _____

Dirección NH: _____

Residencia permanente antes del confinamiento de NH: _____

Información del solicitante

Apellido del solicitante: _____ Primer Nombre: _____

Relación con el fallecido: _____ Número de teléfono: _____

Dirección del solicitante: _____

Informacion sobre Funerarias

¿La funeraria ha consentido participar en un funeral del Departamento de Servicios Sociales del Condado de Suffolk? Sí No

Nombre de la funeraria: _____

Número de teléfono de la funeraria: _____

Dirección de la funeraria: _____

Nombre de la persona de contacto de la funeraria: _____

Servicio solicitado: cremación o entierro

Fecha de entierro / cremación: _____ Nombre del cementerio: _____

Información de ingresos y recursos del difunto

Indique si el difunto tiene alguno de los siguientes recursos. La documentación de cada recurso debe presentarse con esta solicitud.

Efectivo disponible - Cantidad: _____

Cuenta (s) de cheques - Cantidad: _____

Nombre del banco: _____ Numero de cuenta: _____

Nombre del banco: _____ Numero de cuenta: _____

Cuenta (s) de ahorro o Certificado (s) de depósito Cantidad: _____

Nombre del banco: _____ Numero de cuenta: _____

Nombre del banco: _____ Numero de cuenta: _____

Fondo de entierro - Cantidad: _____

Nombre del banco: _____ Numero de cuenta: _____

Monto de cuenta de asignación de necesidades personales (PNA): _____

Nombre del hogar de ancianos: _____

Saldo de ingreso (s) de depósito directo, incluida la tarjeta EBT: _____

Fuente: _____

Monto del seguro de vida: _____

Empresa: _____ Beneficiario: _____

Beneficio (s) de muerte a tanto alzado (veterano, sindicato, jubilación ferroviaria, etc.) Cantidad: _____

Nombre del beneficio: _____ Beneficiario: _____

Nombre del beneficio: _____ Beneficiario: _____

Monto irrevocable del fideicomiso de entierro: _____

Nombre de la funeraria: _____

Dirección: _____

GoFundMe de otras campañas funerarias de recaudación de fondo Cantidad actual: _____

Tipo de fondo: _____ Nombre del fondo: _____

Tipo de fondo: _____ Nombre del fondo: _____

Recursos (s) distintos de los enumerados anteriormente:

Recurso _____ Cantidad: _____

Recurso _____ Cantidad: _____

Información de ingresos y recursos de un familiar legalmente responsable

Las siguientes partes se consideran parientes legalmente responsables por el pago de los gastos del funeral y pueden ser elegibles para la asistencia de entierro indigente:

- El patrimonio del difunto.
- El cónyuge del difunto.
- Los padres y tutores de un menor o personas declaradas incompetentes.

Indique si los familiares legalmente responsables tienen alguno de los siguientes. La documentación de cada recurso debe presentarse con esta solicitud.

Efectivo disponible - Cantidad: _____

Cuenta (s) de cheques - Cantidad: _____

Nombre del banco: _____ Numero de cuenta: _____

Nombre del banco: _____ Numero de cuenta: _____

Cuenta (s) de ahorro o Certificado (s) de depósito - Cantidad: _____

Nombre del banco: _____ Numero de cuenta: _____

Nombre del banco: _____ Numero de cuenta: _____

Fondo de entierro - Cantidad: _____

Nombre del banco: _____ Numero de cuenta: _____

Monto de cuenta de asignación de necesidades personales (PNA): _____

Nombre del hogar de ancianos: _____

Saldo de ingreso (s) de depósito directo, incluida la tarjeta EBT: _____

Fuente: _____

Monto del seguro de vida: _____

Empresa: _____ Beneficiario: _____

Beneficio (s) de muerte a tanto alzado (veterano, sindicato, jubilación ferroviaria, etc.) Cantidad: _____

Nombre del beneficio: _____ Beneficiario: _____

Nombre del beneficio: _____ Beneficiario: _____

Recursos (todos) distintos de los enumerados anteriormente:

Recurso _____ Cantidad: _____

Recurso _____ Cantidad: _____

Sección III

Por favor complete la siguiente información.

1. ¿Cómo se mantuvo el difunto durante los últimos 12 meses?

¿Estaba empleado el difunto? No si

Si está empleado, nombre y dirección del empleador:

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleado: _____

2. ¿Los familiares y / o amigos no responsables contribuirán fondos para el servicio? No si

En caso afirmativo, ¿cuál es el monto total en dólares de la contribución?

Explique cómo se utilizarán los fondos para contribuir o complementar el servicio.

Al enviar este formulario, juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que al firmar este formulario de solicitud, doy mi consentimiento a cualquier investigación realizada por el Departamento de Servicios Sociales para verificar o corroborar la información que he proporcionado, o cualquier otra investigación realizada por ellos en relación con la solicitud de asistencia para el entierro. Entiendo que todos los ingresos y recursos del fallecido deben aplicarse a los gastos de entierro para reducir la cantidad incurrida por el Departamento de Servicios Sociales. Entiendo que cualquier solicitud de múltiples certificados de defunción certificados para este difunto se considerará como una presunción de que el que suscribe busca recuperar activos no revelados y será investigado por el Departamento de Servicios Sociales.

Se debe adjuntar la siguiente documentación:

- Estimación de servicios de la funeraria
- Extractos bancarios de los 30 días anteriores e inclusive a la fecha de fallecimiento.
- Copias de las pólizas de seguro de vida. Se puede requerir documentación adicional.

Se puede requerir documentación adicional.

Se requiere la aprobación del Departamento de Servicios Sociales antes de finalizar con Funeral Home.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Esta solicitud completa y la documentación requerida pueden ser enviadas por:

Envíe un correo electrónico a SCDSSBurial@suffolkcountynv.gov o envíe un fax al (631) 854-9985.