



Gobierno del Distrito de Columbia
Departamento de Servicios
Humanos
Administración de Seguridad
Económica



Solicitud de asistencia funeraria

Nombre del cliente:	Fecha de envío:
----------------------------	------------------------

MEDIOS PARA ENVIAR ESTE FORMULARIO

En línea:

Complete este formulario electrónicamente O suba una copia impresa del mismo visitando el sitio web del DHS en <https://dcbenefits.dhs.dc.gov/>

Por correo o en persona

Department of Human Services
Atn.: Burial Assistance Unit
Economic Security Administration
645 H Street NE, 4th Floor
Washington, DC 20002

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la **Línea de Servicio al Cliente** al (202) 727-5355. TTY 711

Para uso interno de la agencia únicamente

Nombre del caso:	Fecha de envío:
Número de caso:	Fecha de recepción:

El Programa de asistencia funeraria del Departamento de Servicios Humanos (DHS) del Distrito de Columbia brinda ayuda para el pago de los costos funerarios de los residentes del Distrito que han fallecido con escasos recursos. Los familiares de la persona que falleció pueden solicitar asistencia funeraria. Un familiar puede pedirle a otra persona denominada "representante autorizado(a)" que complete la solicitud. Solo una persona puede solicitar asistencia funeraria a nombre de la persona fallecida. La persona que hace la solicitud a nombre de la persona fallecida debe tener la autoridad para hacer los arreglos del funeral.

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

(Información sobre el familiar o "representante autorizado" que realiza la solicitud).

Nombre completo:

Dirección física:

Unidad:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección postal (Si es diferente):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono preferido:

Correo electrónico:

Relación con la
persona fallecida

Padre o
madre

Cónyuge

Hermano(a)

Abuelo(a)

Tío(a)

Si ninguna de las anteriores aplica, describa la relación.

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA FALLECIDA

(Información sobre la persona fallecida)

Nombre completo:

Dirección física:

Unidad:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Fecha de nacimiento (de la persona fallecida)

Fecha del deceso

Género (marque una)

Masculino

Femenino

Si la persona fallecida tenía menos de 18 años al momento de la muerte, indique el nombre completo del padre o madre con quien el/ella residía.

¿La persona fallecida estaba casada al momento de su deceso? (marque una)

Sí

No

Si la respuesta es Sí, cuál es el nombre del cónyuge:

¿La persona fallecida vivía con su cónyuge al momento de la muerte? (marque una)

Sí

No

Si la respuesta es NO, explique por qué (por ejemplo, debido a la separación o ubicación en un asilo de ancianos)

Indique todas las personas que vivían con la persona fallecida al momento de la muerte. Asegúrese de indicar todos los hijos dependientes del cónyuge/padre/madre sobreviviente. Si necesita espacio adicional, pase a la página 3.

Nombre	Relación con la persona fallecida	Edad

¿Dónde se encuentra actualmente el cuerpo?

¿La persona fallecida tenía seguro de vida?

Sí

No

Si la respuesta es Sí, indique el nombre la compañía de seguros y el número de la póliza.

Indique el nombre de cada beneficiario de la póliza de seguro de vida, su relación con la persona fallecida y (si se conoce), el monto que ya ha(n) recibido.

Nombre	Relación con la persona fallecida	Monto recibido
¿La persona fallecida estaba empleada al momento de su muerte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, ¿dónde estaba empleado?:		
¿El difunto tenía un lote de cementerio prepagado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿cuál es el valor de ese plan? \$		

III. Tipo de servicio funerario solicitado

El Programa de asistencia funeraria proporciona \$1,000.00 para ayudar a sufragar el costo de un funeral estándar o \$650.00 para ayudar con el costo de los servicios de cremación.

Indique qué tipo de asistencia está solicitando.	<input type="checkbox"/> Asistencia para pagar los gastos de entierro estándar.	<input type="checkbox"/> Asistencia para pagar los servicios de cremación.
--	---	--

IV. Información financiera

1. Los ingresos de la persona fallecida y su cónyuge/padre/madre

Para determinar si la persona fallecida es elegible para asistencia funeraria, debe proporcionar la información sobre sus ingresos y recursos financieros y las circunstancias financieras de ciertos familiares. Si la persona fallecida estaba casada y vivía con su cónyuge al momento de la muerte, debe proporcionar información sobre las circunstancias financieras del cónyuge. Si la persona fallecida era un niño menor de 18 años, debe suministrar información sobre las circunstancias financieras de los padres.

Tipo de ingresos	Ingresos de la persona fallecida Indique el monto del cheque	Ingreso del cónyuge (complete este campo solo si la persona fallecida o vivía con su cónyuge al momento de la muerte)	Ingreso de los padres (complete esto solo si la persona fallecida era un niño menor de 18 años)
Seguro social (<i>jubilación o discapacidad</i>)			
Otros beneficios de jubilación			
Ingresos (después de impuestos)			
TANF			
Seguro de desempleo			
Compensación del trabajador			
Otro (describa)			

2. Recursos de la persona fallecida y su cónyuge/padre/madre

Complete la siguiente información sobre los recursos actuales de la persona fallecida y su cónyuge o padre(s) cuando corresponda.

Tipo de recursos	Recursos de la persona fallecida	Recursos del cónyuge (complete este campo solo si la persona fallecida vivía con su cónyuge al momento de la muerte)	Recursos de los padres (complete esto solo si la persona fallecida era un niño menor de 18 años)
Efectivo (no en el banco)			
Cuenta corriente			
Cuenta de ahorros			
Cuenta de cooperativa de crédito			
Certificado de ahorros			
Acciones, bonos, mercado monetario o fondo de inversión			

V. Miembros adicionales del grupo familiar

(Utilice esta sección si no pudo incluir a todos los miembros del grupo familiar en la página 2)

Derechos y responsabilidades Usted tiene derecho a que su solicitud sea procesada de manera oportuna. El DHS procesará la solicitud dentro de los 3 días hábiles a partir de la fecha en que envíe la solicitud y suministrará toda la información requerida.

1. Si no está satisfecho(a) con alguna acción tomada o falta de acción del DHS, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. Puede solicitar una audiencia imparcial diciéndole a su asistente social que desea solicitar una audiencia, llamando a la Oficina de Reconsideración Administrativa y Apelaciones al (202) 698-4147, o comunicándose con cualquier oficina de la ESA. Debe solicitar una audiencia dentro de los diez primeros(10) días calendario a partir de la fecha de su aviso de decisión. Tiene derecho a recibir asesoría legal en la audiencia.
2. Tiene derecho a registrarse para votar aquí hoy. El SSR le preguntará si desea registrarse para votar aquí hoy.

Cada persona que presente una solicitud en nombre de un familiar fallecido tiene las siguientes responsabilidades.

1. Debe proporcionar información completa y precisa lo mejor que pueda.
2. Debe proporcionar pruebas de cierta información, incluidos los ingresos y bienes de la persona fallecida y el cónyuge, si está casado, y de los padres, si la persona fallecida es un hijo menor de edad.
3. Si se otorga asistencia funeraria, el funeral debe ser realizado por una de las empresas funerarias con las que el Departamento de Servicios Humanos tiene contrato. A menos que se necesite un ataúd de gran tamaño, el valor total del funeral no debe exceder los \$2,000.00 (esta cifra de \$2,000.00 no incluye los costos de apertura y cierre). Si se requiere un ataúd de gran tamaño, el costo del funeral no debe exceder los \$3,000.00.

Su firma

Bajo pena de perjurio, declaro que todas las afirmaciones en esta solicitud son ciertas. Estoy de acuerdo en cooperar con el Departamento de Servicios Humanos (DHS, en inglés) utilizando mis propios recursos para satisfacer tanto como sea posible mi necesidad. Acepto presentar todos los documentos de verificación solicitados o autorizar al Departamento a obtenerlos. He leído y entiendo la información de Derechos y Responsabilidades incluida en esta sección. Certifico que tengo la autoridad para hacer arreglos funerarios a nombre de la persona fallecida.

Si sus beneficios cambian, le enviaremos un aviso. Si no está de acuerdo con el cambio en los beneficios, puede solicitar una audiencia imparcial. Si cree que el DHS ha cometido un error, puede obtener una audiencia imparcial. Llame al (202) 698-4650 para obtener más información. También puede llamar al (202) 727-8280.

Firma del destinatario:

Fecha:

Firma del testigo:

Fecha: