

**HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION
OFFICE OF CONSTITUENT AND COMMUNITY AFFAIRS
BURIAL CLAIMS UNIT
25 Chapel Street, 6th Floor
BROOKLYN, NEW YORK 11201
Phone: (718) 473-8310 Fax: (718) 473-8292**

**PROCESO DE SOLICITUD PARA RECLAMACIONES DE ENTIERRO
(Spanish)**

Antecedentes:

Human Resources Administration (HRA) le ofrecerá ayuda financiera a las personas que necesiten ayuda para hacerle frente a los gastos de funeral. Estos fondos se encuentran disponibles cuando fallece un residente indigente de la ciudad de Nueva York, quien posiblemente estaba recibiendo beneficios SSI, Asistencia Pública o ningún beneficio público, y no ha dejado fondos para cubrir sus gastos de funeral ni tiene parientes o amigos dispuestos o capaces de pagar los gastos de funeral.

Qué se puede cubrir:

- HRA pagará hasta \$900 hacia los costos del funeral, el que cuesta \$1,700 como máximo. El costo de cremación o los cargos de la tumba y de apertura de la tumba están excluidos; sin embargo el costo de sepultura de los restos (cenizas), después de la cremación no se excluyen cuando se calcula el límite de \$1,700. Si la cuenta total del funeral excede la suma de \$1,700, HRA no hará el pago.
- Cualquier bien (ya sea que haya sido cedido previamente a HRA o no) que el difunto tuviese disponible, o cualquier monto que un pariente legalmente responsable (cónyuge o padre de un niño menor de edad) pudiese tener en la fecha de la muerte se considera como que puede pagar, y cualquier monto pagado o por pagar de cualquiera otra fuente, se restará del pago de \$900, si se determina que la reclamación es elegible para el pago. Cualquier bien o recursos que el difunto deje en la fecha de su muerte se descontará del pago de \$900, si el caso se determina como elegible de alguna otra forma.

Para presentar la solicitud:

La persona que hace los arreglos de funeral, o su representante, debe presentar una solicitud dentro de 60 días, a partir de la fecha de la muerte de la persona, en nuestra oficina ubicada 25 Chapel Street, piso 6, en Brooklyn. Esa persona deberá traer a la entrevista inicial cualquier documento disponible, y puede presentar el resto de los documentos necesarios a través del servicio de correos de Estados Unidos.

Documentación Requerida:

1. Un formulario de Solicitud de Entierro completado y firmado por el solicitante.
2. Una copia original certificada del Certificado de Defunción (será devuelto al solicitante).
3. Una copia del Contrato de Funeral, conocido también como, Declaración de Bienes y Servicios Seleccionados [*Statement of Goods and Services Selected*]. El contrato debe estar firmado por el Director de pompas fúnebres y por la parte que está haciendo los arreglos de funeral. El número de factura secuencial requerido debe aparecer en el documento.
4. Una copia de la cuenta de cremación o del cementerio, detallando todos los cargos.
5. Dos cuentas originales detalladas de funeral, firmadas por el Director de pompas fúnebres y notariado en la presencia de un Notario Público. Las cuentas de funeral deben tener el timbre "Pagado en su Totalidad" [*Paid-in-Full*] si los costos se han cancelado.
6. Dos copias originales totalmente completadas de los Formularios de Declaración del Director, firmados por el Director de pompas fúnebres y notariados en la presencia de un Notario Público, si es que todavía se le debe dinero a la casa funeraria.
7. Se requiere información y documentación relacionada con los bienes/ingresos disponibles del difunto en la fecha de la muerte, y aquellos del solicitante (si el solicitante es un pariente legalmente responsable) en cada caso.
8. La Agencia puede solicitar cualquiera otra documentación que pudiese ser necesaria para determinar la elegibilidad basándose en los hechos y circunstancias particulares de cada caso.

**HUMAN RESOURCES ADMINISTRATION
OFFICE OF CONSTITUENT AND COMMUNITY AFFAIRS
BURIAL CLAIMS UNIT
25 CHAPEL STREET – 6TH FLOOR
BROOKLYN, NY 11201
(718) 473-8310**

SOLICITUD PARA SUBSIDIO DE ENTIERRO (Spanish)

La solicitud debe presentarse dentro de 60 días a partir de la fecha del fallecimiento. Todos los documentos deben presentarse dentro de 60 días, a partir de la fecha de la solicitud.

RECLAMACIONES DE ENTIERRO No. _____

Fecha: _____

1) Nombre del difunto: _____
Dirección del difunto: _____
Fecha de la muerte: _____

2) Causa de la muerte: _____
Lugar de la muerte: _____
¿Hay alguna acción legal debido a la muerte? Sí No *Si respondió sí, provea detalles* _____

3) GASTOS DE ENTIERRO

Costo total del entierro: \$ _____ Pagos hechos a la fecha: \$ _____
Pagados por: _____ Dirección: _____
Nombre de la Casa Funeraria: _____ No. de Identidad Tributaria de la Casa Funeraria _____

4) SOLICITANTE DEL SUBSIDIO DE ENTIERRO

Pariente Amigo Amigo Organizacional
Nombre: _____ Dirección: _____
Relación: _____ Teléfono: _____
Correo electrónico: _____ Ciudad, Estado y Código Postal _____

5) SOBREVIVIENTES ¿Lo sobrevive al difunto un *pariente legalmente responsable*? (Si respondió sí, dé el nombre y dirección)

Esposa Sí No Nombre: _____
Dirección: _____
Esposo Sí No Nombre: _____
Padre de un niño nombrado arriba:
Dirección: _____

6) SITUACIÓN DE VETERANO

¿Era el difunto un Veterano de Guerra? Sí No
¿Era el difunto el cónyuge o hijo(a) menor de un veterano de guerra? Sí No

7) **HERENCIA**

¿Tenía el difunto un testamento? Sí No ¿Dejó el difunto una herencia? Sí No

Si respondió sí, provea detalles:

8) **BIENES**

¿Tenía el difunto alguno de los siguientes bienes en el momento de su muerte? Si respondió sí, provea detalles.

Dinero en efectivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuentas bancarias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pólizas de seguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Propiedad real	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficios de sindicato	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sociedades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Jubilación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Automóvil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

9) **HISTORIAL**

Describa cómo se mantenía el difunto: _____

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

Nombre del empleador _____

Dirección: _____

Tipo de trabajo: _____

¿Recibió el difunto ayuda de Family Independence o de la Administración de Seguro Social?

Sí No Si respondió sí, indique la categoría y el número de caso: PA MA FS SSI: _____

¿Recibía el difunto Seguro Social? Sí Monto mensual \$_____ No

Provea aquí cualquiera otra información relacionada con los bienes, recursos o ingresos del difunto, padres de un menor difunto o de un cónyuge difunto.

Quien abajo firma autoriza al Comisionado de Human Resources Administration, o su representante autorizado, a que haga todas las indagaciones necesarias relacionadas con esta solicitud y le otorga autorización total para que verifique cualquiera o toda la información contenida en esta solicitud.

Su firma _____ Relación con el Difunto: _____

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

ESTADO Y CIUDAD DE NUEVA YORK
CONDADO DE _____

Juramentado ante mí en este _____ día de _____ de 20__

Notario Público u Oficial Notarial
(No se requiere notarización si el solicitante está recibiendo asistencia)