

IM-100 - SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA FUNERAL, ENTIERRO Y/O CREMACIÓN

PROPÓSITO DEL FORMULARIO:

Este formulario es una solicitud de beneficios de reembolso para funeral, entierro y/o cremación por fallecimiento. El formulario IM-100 se utiliza para determinar la elegibilidad para la contribución del estado y del condado en lo que respecta a los gastos de funeral, entierro o cremación de un receptor de asistencia pública/ médica fallecido. El beneficio de reembolso por fallecimiento debe aplicarse dentro de un período de treinta días a partir de la fecha del fallecimiento. Las solicitudes hechas después de dicho período de treinta días serán evaluadas por el departamento del condado y es posible que se otorgue una extensión si es que existe una causa justificada, pero la misma no debe exceder el período de un (1) año a partir de la fecha de fallecimiento.

INFORMACIÓN GENERAL:

El formulario debe ser completado y firmado por un familiar, un amigo u otra persona que esté interesada en la disposición del fallecido. En ausencia de dichas personas, el formulario puede ser completado por el departamento de servicios humanos/ sociales del condado, el cual le brindó asistencia pública/ médica al receptor antes de su fallecimiento.

Aunque cualquier parte interesada puede completar la solicitud en representación del fallecido, dicha parte interesada no puede elegir la manera de la disposición. Los Estatutos Modificados de Colorado, 26-2-129, les brindan a ciertos familiares el derecho a elegir la manera de disposición de la asistencia pública de un receptor fallecido si dicho fallecido NO indicó su preferencia en lo que respecta a entierro o cremación. Dichos familiares se definen como cónyuge, hijos adultos, padres y hermanos. Un miembro correspondiente de la familia debe completar la información requerida para indicar la opción de disposición para el fallecido.

El departamento de servicios humanos/ sociales del condado debe revisar la solicitud para la asistencia pública a fin de determinar si el fallecido indicó una preferencia antes de hacer lugar a cualquier declaración familiar. Si ningún miembro de la familia u otro pariente se encuentra disponible o está dispuesto a elegir la opción, el condado está autorizado a elegir la manera de disposición de conformidad con las reglamentaciones actuales.



Por favor, complete este formulario de la forma más completa posible. Este formulario se utilizará para determinar la contribución del Estado en lo que respecta a los gastos del funeral, entierro y/o cremación

Nombre del difunto: _____ **Estado civil:** _____

Dirección al momento del fallecimiento: _____

Fecha del fallecimiento: _____ **N° de CBMS:** _____ **Identificación estatal:** _____

Categoría de asistencia recibida al momento del fallecimiento: AND OAP Medicaid Colorado Works

Nombre de la morgue o funeraria: _____

Nombre del solicitante: _____ **Parentesco con el difunto:** _____

Dirección del solicitante: _____

Los recursos que son propiedad de la persona fallecida y/o de la parte responsable pueden ser tenidos en cuenta al calcular la contribución del Estado. Persona legalmente responsable se refiere a la persona que es cónyuge del difunto o padre/madre del difunto si el mismo era un menor no emancipado que no había cumplido los 18 años de edad, y tiene responsabilidad legal por los gastos relacionados con los gastos del funeral, la cremación o el entierro del difunto. Por favor, detalle los recursos y sus valores a partir de la fecha del fallecimiento, en el área correspondiente a continuación. Si necesita espacio adicional, por favor, proporcione la información en una página separada.

Tipo de recurso:	Propietario (difunto o parte responsable)	Valor al momento del fallecimiento
Efectivo (esto incluye necesidades personales, cuentas bancarias, fondos para el entierro)		
Vehículos (use el valor actual)		
Propiedad y otros recursos (describa)		

Seguro de vida, planes para el funeral o entierro		

Parcela para el entierro		
Nombre del propietario	Fecha de la compra	Costo al momento de la compra

*Todos los pagos del patrimonio de un difunto, los pagos de las personas legalmente responsables y los aportes de cualquier otra persona que realice dichos aportes a los servicios de entierro se pagarán directamente al proveedor del entierro.

Al completar y firmar esta solicitud, certifico que la información proporcionada en la misma es precisa y está completa, según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha

Número de teléfono

Firma del solicitante

Fecha

Número de teléfono

OPCIÓN DE DISPOSICIÓN REALIZADA POR UN MIEMBRO DE LA FAMILIA DEL DIFUNTO

Los Estatutos Modificados de Colorado, 26-2-129, les brindan a ciertos familiares (cónyuge, hijos adultos, padres, hermanos) el derecho a elegir la manera de disposición de la asistencia pública de un receptor fallecido si dicho fallecido NO indicó su preferencia en lo que respecta al entierro o cremación. Un miembro correspondiente de la familia debe completar la declaración a continuación para indicar la opción para el fallecido. El departamento de servicios humanos/sociales del condado debe revisar la solicitud para la asistencia pública a fin de determinar si el fallecido indicó una preferencia antes de hacer lugar a cualquier declaración familiar.

Yo, _____ declaro que estoy relacionado/a con _____ quien era receptor/receptora de la asistencia pública y/o Medicaid a través del Departamento de servicios humanos/sociales del Condado. Mi parentesco familiar con el difunto es (haga un círculo en la opción) esposo, esposa, padre, madre, hijo, hija, hermano, hermana, otro: describa: _____.

Por medio del presente expreso la siguiente preferencia para la disposición del cuerpo del difunto:

Entierro Cremación

Describa los detalles adicionales, si los hubiera:

Firma del miembro de la familia

Fecha

Dirección del miembro de la familia

Número de teléfono

Por medio del presente documento, el abajo firmante afirma que ha presenciado la ~~firma~~ firma por parte del miembro de la familia del difunto, quien parecía ser mentalmente competente para entender y ejercer la opción de disposición.

Firma del testigo

Fecha

Dirección del testigo

Número de teléfono