



# SOLICITUD DE ASISTENCIA POR FUNERAL Y ENTIERRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS ASESINADOS

- Certificado de defunción
- Verificación de ingresos (W2, 1099, recibo de sueldo)
- Verificación de gastos de funeral y de cementerio/crematorio

## SECCIÓN 1 - Información de la persona difunta

Nombre - Difunto/a: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_

Fecha(s) de los servicios brindados (fecha del funeral, fecha de la cremación, fecha del entierro, etc.) \_\_\_\_\_

Dirección (último domicilio conocido): \_\_\_\_\_

Sobreviviente/adulto idóneo de la víctima:  Si  No

Nombre del sobreviviente/adulto idóneo de la víctima: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 2 - Información de la funeraria

Nombre - Funeraria: \_\_\_\_\_ Núm. de identificación impositivo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de prestador  Funeraria  Crematorio operado por la funeraria

Nota: adjunte una *Declaración detallada de bienes y servicios seleccionados para el funeral.*

## SECCIÓN 3 - Información del cementerio/crematorio

Nombre - Cementerio/Crematorio: \_\_\_\_\_ Núm. de identificación impositivo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de prestador  Cementerio  Crematorio operado por la funeraria

¿La funeraria anticipó el pago de algún cargo? En caso afirmativo, adjunte facturas o recibos.  Si  No

Nota: adjunte una factura detallada del cementerio/crematorio.



**SOLICITUD DE ASISTENCIA POR FUNERAL Y  
ENTIERRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS ASESINADOS**

**SECCIÓN 4 - Gastos y pagos del funeral y del cementerio/crematorio**

**Total de gastos del funeral**

Indique el total de gastos reales de todos los bienes y servicios brindados para el funeral. No incluya bienes y servicios necesarios, pero que no sean brindados por un pequeño cementerio rural.

Total de gastos del funeral \$ \_\_\_\_\_ Solicitud de pago del IDHS \$ \_\_\_\_\_

**Total de gastos del cementerio/crematorio**

Indique el total de gastos reales de todos los bienes y servicios brindados por el cementerio/crematorio, incluidos aquellos bienes y servicios correspondientes al cementerio/crematorio que hayan sido brindados por la funeraria en nombre de un pequeño cementerio rural.

Total de gastos de cementerio/crematorio \$ \_\_\_\_\_ Solicitud de pago del IDHS \$ \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 5 - Requisitos de verificación de gastos de funeral y de cementerio/crematorio**

**Gastos funerarios**

Adjunte la *Declaración de bienes y servicios funerarios seleccionados* de la funeraria. **Si usted no adjunta la Declaración, el procesamiento de su solicitud sufrirá demoras.** Asegúrese de que la Declaración incluya el total de gastos **reales**, no estimados, de cada uno de los bienes y servicios brindados por la funeraria y por cualquier otra funeraria de la misma corporación, sin tener en cuenta si el bien o servicio fue brindado antes o después del fallecimiento. Ingrese el monto exacto en dólares de cada bien o servicio brindado. **Si usted brindó bienes o servicios en nombre de un pequeño cementerio rural porque dicho pequeño cementerio rural necesita esos bienes o servicios (ej. bóveda funeraria externa), pero no puede brindarlos, indíquelo en la Declaración.** En caso de no hacerlo, dichos bienes y servicios serán considerados como gastos funerarios.

**Gastos del cementerio/crematorio**

Adjunte una factura detallada de bienes y servicios del cementerio/crematorio. La factura debe ser suministrada por el cementerio/crematorio y estar firmada por su representante. **Si usted no adjunta la factura, el procesamiento de su solicitud sufrirá demoras.** Asegúrese de que la factura incluya el total de gastos reales, no estimados, de cada uno de los bienes y servicios brindados por el cementerio/crematorio, sin tener en cuenta si el bien o servicio fue brindado antes o después del fallecimiento. Ingrese el monto exacto en dólares de cada bien o servicio brindado.

**SECCIÓN 6 - Verificación de gastos de funeral y de cementerio/crematorio**

Con su firma a continuación, el **prestador de servicio** certifica que los gastos indicados representan el total de gastos reales correspondientes a los bienes y servicios brindados por el prestador de servicio. El albacea o representante de la familia debe firmar en cada una de las categorías de bienes y servicios solicitados (es decir, si tanto los gastos de funeral como los de cementerio/crematorio están incluidos en la solicitud, el albacea o representante de la familia debe firmar ambos).

**FUNERARIA**

**FIRMA** - Prestador de servicio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del prestador de servicio en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

**FIRMA** - Albacea/Representante de la familia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del albacea/representante de la familia en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección - Albacea/Representante de la familia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_



**SOLICITUD DE ASISTENCIA POR FUNERAL Y  
ENTIERRO DEL PROGRAMA DE NIÑOS ASESINADOS**

Con su firma a continuación, el **prestador de servicio** certifica que los gastos indicados representan el total de gastos reales correspondientes a los bienes y servicios brindados por el prestador de servicio. El albacea o representante de la familia debe firmar en cada una de las categorías de bienes y servicios solicitados (es decir, si tanto los gastos de funeral como los de cementerio/crematorio están incluidos en la solicitud, el albacea o representante de la familia debe firmar ambos).

**CEMENTERIO/CREMATORIO**

Anticipo de gastos - si es por cheque, iniciales del director de la funeraria: \_\_\_\_\_

**FIRMA** - Prestador de servicio \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Si no hubo anticipo de gastos)

Nombre del prestador de servicio en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

**FIRMA** - Albacea/Representante de la familia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del albacea/representante de la familia en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección - Albacea/Representante de la familia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Resolución recomendada (marque lo que corresponda):**

RECLAMO(S) APROBADO(S)

Monto del pago: \_\_\_\_\_

RECLAMO(S) RECHAZADO(S)

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_