

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

PROPÓSITO DEL FORMULARIO:

Este formulario es una solicitud de beneficios de reembolso por fallecimiento para funeral, entierro o cremación. El formulario IM-100 se utiliza para determinar la elegibilidad para la contribución del Estado y del condado a los gastos de funeral, entierro o cremación de un beneficiario de asistencia pública/médica fallecido. El beneficio de reembolso por fallecimiento debe solicitarse en un plazo de treinta días a partir de la fecha del fallecimiento. Las solicitudes realizadas después de treinta días serán evaluadas por el departamento del condado y se podrá conceder una prórroga si existe una causa justificada, que no podrá exceder de un (1) año a partir de la fecha del fallecimiento.

INFORMACIÓN GENERAL:

El formulario debe ser completado y firmado por un familiar, amigo u otra persona interesada en la disposición de los restos del fallecido. En su defecto, el formulario puede ser completado por el departamento de servicios humanos/sociales del condado que proporcionó asistencia pública/médica al beneficiario antes de su fallecimiento.

Aunque cualquier parte interesada puede completar la solicitud en nombre del difunto, no puede elegir el modo de disposición de los restos. En los Estatutos Revisados de Colorado, 26-2-129, se otorga a ciertos familiares el derecho a elegir la forma de disposición de los restos de un beneficiario de asistencia pública fallecido si el difunto NO declaró su preferencia de entierro o cremación. Estos familiares son el cónyuge, los hijos adultos, los padres y los hermanos. Un miembro apropiado de la familia debe completar la información requerida para indicar una opción de disposición para el difunto.

El departamento de servicios humanos/sociales del condado debe revisar la solicitud de asistencia pública para determinar si el difunto indicó una preferencia antes de cumplir con cualquier declaración familiar. Si no hay familiares u otros parientes disponibles o dispuestos a hacer la elección, el condado está autorizado a elegir la forma de disposición de los restos de acuerdo con la normativa vigente.



Solicitud de asistencia para funeral, entierro o cremación

Por favor, complete este formulario lo más detalladamente posible. Este formulario se utilizará para determinar la contribución del Estado a los gastos de funeral, entierro o cremación.

Nombre del fallecido: _____ Estado civil: _____

Dirección en el momento del fallecimiento: _____

Fecha de defunción: _____

No. de CBMS (Sistema de Gestión de Prestaciones de Colorado): _____

Id. del Estado: _____

Categoría de asistencia recibida al momento de la muerte: AND OAP Medicaid Colorado Works

Nombre del tanatorio o la funeraria: _____

Nombre del solicitante: _____ Relación con el fallecido: _____

Dirección del solicitante: _____

Los recursos que posea el individuo fallecido o las personas responsables pueden ser considerados en el cálculo de la contribución del Estado. "Personas legalmente responsables" hace referencia a una persona que es el cónyuge del difunto o el padre/madre del difunto, si este es un menor no emancipado con menos de dieciocho años; y tiene la responsabilidad legal de los cargos asociados con los gastos funerarios, de cremación o de entierro del difunto. Enumere todos los recursos y su valor en la fecha del fallecimiento en el espacio correspondiente a continuación. Si necesita más espacio, escriba la información en una página aparte.

Tipo de recurso	Propietario (difunto o responsables)	Valor en el momento del fallecimiento
Efectivo (incluidos bienes personales, cuentas bancarias, fondos para entierros)		
Vehículos (indique el valor actual)		
Bienes y otros recursos (describa)		

Seguro de vida, planes funerarios o de entierro		
Parcelas de enterramiento		
Nombre del propietario	Fecha de compra	Costo en el momento de la compra

*Todos los pagos de la herencia del difunto, los pagos de las personas legalmente responsables y las contribuciones de cualquier otra persona que aporte a los servicios de entierro se pagarán directamente al proveedor o a los proveedores de entierro.

Al completar y firmar esta solicitud, certifico que la información aquí facilitada es exacta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha

Número de teléfono

Firma del solicitante

Fecha

Número de teléfono

**ELECCIÓN DEL MODO DE DISPOSICIÓN
DE LOS RESTOS POR PARTE DEL FAMILIAR DEL DIFUNTO**

En los Estatutos Revisados de Colorado, 26-2-129, se otorga a ciertos familiares (cónyuge, hijos adultos, padres, hermanos) el derecho de elegir la forma de disposición de los restos de un beneficiario de asistencia pública fallecido si el difunto NO declaró su preferencia de entierro o cremación. Un miembro apropiado de la familia debe completar la declaración a continuación indicando una opción para el difunto. El departamento de servicios humanos/sociales del condado debe revisar la solicitud de asistencia pública para determinar si el difunto indicó una preferencia antes de cumplir con cualquier declaración familiar.

Yo _____, declaro que soy pariente de _____ quien recibió asistencia pública o Medicaid a través del _____ Departamento de Servicios Humanos/Sociales del condado. Mi relación familiar con el difunto es (marque con un círculo) esposo, esposa, padre, madre, hijo, hija, hermano, hermana, otro. Describa: _____.

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

- Entierro Cremación

Describa detalles adicionales, si los hubiere:

Firma del familiar

Fecha

Dirección del familiar

Número de teléfono

El abajo firmante declara haber sido testigo de la firma del miembro de la familia del beneficiario, quien parecía ser mentalmente competente para comprender y ejercer la opción de disposición de los restos.

Firma del testigo

Fecha

Dirección del testigo

Número de teléfono