

<b>DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ADMINISTRACIÓN SEGÚN LA SECCIÓN 3-1201, CAP. 190B DE LAS LEYES GENERALES</b>	Núm. de expediente	<b>Estado de Massachusetts Tribunal de Primera Instancia Tribunal de Asuntos de Familia, Testamentos y Sucesiones</b>
<b>Sucesión de:</b>  Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido(s) _____	<b>División</b>	
<b>Fecha de defunción:</b> _____		

**El, la, los o las solicitante(s) (en lo siguiente "Solicitante"), una persona interesada, declara lo siguiente:**

**1. Información sobre la persona fallecida:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_  
 Que también se conoce como: \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio cuando falleció: \_\_\_\_\_  
 (Dirección) \_\_\_\_\_ (Apto., Unidad, Núm. etc.) \_\_\_\_\_ (Ciudad/pueblo) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código postal)

**2. Información sobre el/la solicitante:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_  
 (Dirección) \_\_\_\_\_ (Apto., Unidad, Núm. etc.) \_\_\_\_\_ (Ciudad/pueblo) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código postal)

Dirección de correo, si es diferente: \_\_\_\_\_  
 (Dirección) \_\_\_\_\_ (Apto., Unidad, Núm. etc.) \_\_\_\_\_ (Ciudad/pueblo) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Código postal)

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_

El interés del(a) Solicitante en la sucesión es el siguiente (por ejemplo, representante personal nombrado en el testamento, cónyuge sobreviviente, heredero, legatario, etc. Vea las secciones 3-1201 y 1-201(24) del capítulo 190B de las Leyes generales): \_\_\_\_\_

3. Han transcurrido por lo menos 30 días desde la defunción.
4. El tribunal tiene en su posesión o se anexa a esta declaración un certificado de defunción emitido por un funcionario público.
5.  El/la solicitante desconoce la existencia de un testamento revocado relacionado con propiedad en Massachusetts.  
o  
 El tribunal tiene en su posesión o se anexa a esta declaración el testamento original y su(s) anexo(s). El/la solicitante desconoce cualquier instrumento que revoque el testamento y cree que el testamento entregado al tribunal es el último testamento del(a) difunto(a).
6.  Se enviaron copias de esta declaración y el certificado de defunción por correo certificado a la Division of Medical Assistance, Estate Recovery Unit, P.O. Box 15205, Worcester, MA 01615-0205.
7. La sucesión validada consta totalmente de propiedad personal y el valor total de toda la propiedad personal del(a) difunto(a) y está sujeta a la disposición por testamento o sucesión intestada que para el momento de la muerte del(a) difunto(a) no excede \$25,000.00, exclusive de un vehículo a motor.

Sucesión de:	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido(s)	Núm. de expediente
--------------	---------------	----------------	-------------	--------------------

8. A continuación se desglosa cada bien que forma parte de la sucesión validada y el valor estimado de cada uno:

Descripción de la propiedad	Valor estimado
Marca, modelo y VIN del vehículo a motor:	n/a
	<b>Total:</b>

9. A continuación aparecen los nombres y direcciones de todas las personas que, junto con el(la) difunto(a), eran dueños(as) conjuntos(as) de propiedad. También aparecen los nombres y las direcciones de aquellas personas que recibirían la propiedad en caso de sucesión intestada y los nombres y direcciones de aquellas personas y/o organizaciones benéficas que recibirían la propiedad como legatarios según las disposiciones de cualquier testamento.

Nombre	Dirección	Interés
		<input type="checkbox"/> Heredero(a) <input type="checkbox"/> Legatario <input type="checkbox"/> Dueño(a) conjunto(a)
		<input type="checkbox"/> Heredero(a) <input type="checkbox"/> Legatario <input type="checkbox"/> Dueño(a) conjunto(a)
		<input type="checkbox"/> Heredero(a) <input type="checkbox"/> Legatario <input type="checkbox"/> Dueño(a) conjunto(a)
		<input type="checkbox"/> Heredero(a) <input type="checkbox"/> Legatario <input type="checkbox"/> Dueño(a) conjunto(a)
		<input type="checkbox"/> Heredero(a) <input type="checkbox"/> Legatario <input type="checkbox"/> Dueño(a) conjunto(a)

10. No hay ninguna solicitud pendiente ni aprobada en ninguna jurisdicción. El/la/los/las abajo firmante(s) entiende(n) que soy(somos) responsable(s) ante cualquier representante personal futuro(a) nombrado(a) por la sucesión o cualquier otra persona que tenga el derecho superior a la herencia.

11. El/la abajo firmante actuará como Representante personal voluntario(a) de la sucesión validada de la persona fallecida y la administrará según las leyes y distribuirá los bienes de la sucesión validada a aquellas personas que sean acreedores, herederos(as) o legatarios(as) según cualquier testamento y de otra manera de conformidad con la sección 3-1201, capítulo 190B de las Leyes Generales.

Sucesión de:

Nombre

Segundo nombre

Apellido(s)

Núm. de expediente

## FIRMADO BAJO PENA DE PERJURIO

Certifico bajo pena de perjurio que las declaraciones anteriores son ciertas, según mi mejor saber y entender.

Fecha:

Firma del(a) solicitante

Información sobre el(a) abogado(a) del(a) solicitante, si lo(a) hay

Firma del(a) abogado(a)

(Nombre en letra imprenta)

(Dirección)

(Apto., Unidad, Núm. etc.)

(Ciudad/pueblo)

(Estado)

(Código postal)

Número de teléfono principal:

Núm. de B.B.O.

Correo electrónico:



(No escriba debajo de esta línea-Solo para uso del tribunal)



## CERTIFICACIÓN

Como Registrador(a) del Tribunal de Asuntos de Familia, Testamentos y Sucesiones, que tiene el cuidado y custodia de los registros de este tribunal, certifico que el documento anterior es una copia cierta, exacta, completa e inalterada de la Declaración de administración voluntaria entregada al tribunal.

Fecha

Registrador(a) del Tribunal de Asuntos de Familia, Testamentos y Sucesiones

This form is for your reference only. Do not submit to the court. Este formulario es solo para consulta. Favor de no entregar al tribunal.