



**Departamento de Asistencia Transicional de Massachusetts (DTA)**  
**Solicitud para recibir el beneficio por funeral y descanso final**

El Departamento (DTA) podría pagarle a un establecimiento de servicios funerarios autorizado hasta \$1,100 del saldo pendiente de gastos funerarios y de descanso final, siempre y cuando el costo total y los gastos no excedan los \$3,500.

**Esta solicitud debe ser completada por un familiar superviviente de la persona fallecida o por su representante legal autorizado. Si no hubiera ningún familiar superviviente ni ningún representante autorizado, esta solicitud podría ser completada por el establecimiento de servicios funerarios autorizado.**

**Junto con esta solicitud debe presentarse una copia del contrato de servicios funerarios *firmado* y/o una declaración detallada.**

Envíe este formulario por correo postal a: Department of Transitional Assistance  
P.O. Box 4406  
Taunton, MA 02780-9975  
O por fax al: (617) 887-8765

**Sección I:**

Nombre de la persona fallecida \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellido/s

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código postal

SSN \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de fallecimiento \_\_\_\_\_

Género  Masculino  Femenino

Estado civil  Nunca casado/a  Casado/a (Nombre del cónyuge) \_\_\_\_\_  
 Divorciado/a  Viudo/a

Nombre del solicitante

\_\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellido Relación o parentesco

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código postal Teléfono

Correo electrónico del solicitante \_\_\_\_\_

Marque aquí si no hay familiares supervivientes ni un representante legal debidamente autorizado.

¿Recibía la persona fallecida los siguientes beneficios al momento del fallecimiento? Marque todo lo que corresponda:

TAFDC  Sí  No SSI/SSP  Sí  No  
SNAP  Sí  No EAEDC  Sí  No

¿Tenía la persona fallecida una parcela para sepultura prepagada o una cuenta de fideicomiso para funerales?  No  Sí  
Valor de los bienes: \$ \_\_\_\_\_

¿Tenía la persona fallecida derecho a recibir un beneficio por fallecimiento del gobierno, p. ej., de Veteranos o del Seguro Social?  No  Sí Valor: \$ \_\_\_\_\_

¿Poseía la persona fallecida o su cónyuge alguno de los siguientes bienes al momento del fallecimiento?

Cuenta/s para necesidades personales  No  Sí Valor: \$ \_\_\_\_\_

En efectivo  No  Sí Valor: \$ \_\_\_\_\_ Cuenta/s bancarias  No  Sí Valor: \$ \_\_\_\_\_

Otros bienes  No  Sí Valor: \$ \_\_\_\_\_ Tipo de los otros bienes: \_\_\_\_\_

¿Poseía póliza de seguro de vida?  No  Sí Valor: \$ \_\_\_\_\_

Si contestó "Sí", indique el nombre de la compañía aseguradora y el número de la póliza:

**Sección II (A SER COMPLETADA POR EL ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS FUNERARIOS AUTORIZADO):**

Nombre del establecimiento de servicios funerarios autorizado:

N.º de licencia: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código postal Teléfono

Correo electrónico \_\_\_\_\_

¿Existe un contrato anticipado de servicios funerarios que estipule el tipo de artículos y servicios que se brindarán?

No  Sí \$ \_\_\_\_\_

¿Ha dado el establecimiento de servicios funerarios autorizado un anticipo o dará un anticipo de dinero al familiar superviviente o al representante autorizado para hacer los preparativos del funeral?

No  Sí \$ \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN**

**A ser firmada por el establecimiento de servicios funerarios y por el familiar superviviente o el representante debidamente autorizado, si así correspondiera.**

- He adjuntado una copia fiel y exacta de la documentación probatoria, incluyendo, entre otros, el contrato de servicios funerarios, el certificado de defunción, y la lista detallada de cuentas, estados de cuenta y facturas que reflejan todos los servicios funerarios y de descanso provistos, o los servicios que serán brindados, los recibos, el contrato anticipado de servicios funerarios, las pólizas de seguro de vida y los estados de cuenta bancarios.
- Certifico, bajo pena de perjurio, que la información, incluida la información indicada en todos los documentos probatorios, que he dado en relación a la presente *Solicitud para recibir el beneficio por funeral y descanso final* es veraz y exacta a mi leal saber y entender.
- Entiendo que el Departamento podría recuperar, de la sucesión de la persona fallecida, todos los beneficios por funeral y descanso final pagados.

**FAMILIAR SUPERVIVIENTE O REPRESENTANTE DEBIDAMENTE AUTORIZADO:**

Nombre del solicitante en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**ESTABLECIMIENTO DE SERVICIOS FUNERARIOS AUTORIZADO:**

Nombre del funcionario autorizado en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Firma del funcionario autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_