

Disposición de los Restos Mortales de Personas Sin Recursos: Solicitud de Asistencia

El Departamento de Salud del Condado de Salt Lake (SLCoHD) reconoce que la cremación es un proceso socialmente aceptable y digno para la disposición de los restos humanos y ha contratado los servicios de cremación de una funeraria local.

SLCoHD proporciona asistencia financiera para la cremación de personas fallecidas:

- que no tienen familiares conocidos y que dejan fondos insuficientes para su disposición final, o
- cuyos familiares no pueden permitirse —o deciden no hacerlo—hacerse cargo de la disposición final.

AVISO A LOS SOLICITANTES

- Tanto el difunto como el solicitante deben cumplir los criterios de elegibilidad para ser considerados indigentes a efectos de los servicios de cremación para indigentes.
- Al enviar esta solicitud, el solicitante entiende y acepta que la cremación, a cargo de SLCoHD, será realizada por la funeraria contratada.
 - Si el difunto es víctima de un homicidio, a discreción de SLCoHD, los restos pueden ser enterrados a cargo del condado en una parcela designada y pagada por SLCoHD.
- SLCoHD es el pagador de último recurso y no pagará:
 - ningún funeral o servicio conmemorativo
 - una urna o recipiente para las cenizas
 - los gastos de inhumación o entierro
 - los gastos de transporte de las cenizas al lugar de descanso final.
- Las solicitudes incompletas no serán tramitadas.



Definiciones de
Indigencia y Verificación
de Ingresos:
[SLCo.to/IndigentDeaths](https://slco.to/IndigentDeaths)

Sección 1: Información Sobre el Difunto

Apellido	Nombre	Fecha de Fallecimiento
Número de Expediente Estatal	Ingresos Mensuales en el Momento del Fallecimiento	Fuente de Ingresos
		Efectivo Encontrado entre los Restos
¿Tenía el difunto un seguro de vida?	Sí (importe de la prestación: \$ _____; por favor, adjunte una copia de la póliza)	
	No	
	Desconocido	

Este es un registro **privado** según el Código de Utah 63G-2-302. Nuestra política de privacidad está disponible en [SLCo.to/PrivacyPolicy](https://slco.to/PrivacyPolicy).

El Departamento de Salud del Condado de Salt Lake colabora con las comunidades para promover y proteger la salud comunitaria y ambiental.

[SaltLakeHealth.org](https://saltlakehealth.org)

Sección 2: Información del Solicitante

Apellido	Nombre	Relación con el Difunto/a	
Dirección Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Correo Electrónico		

Opcional:

Iniciales si es cierto: _____ Debido a dificultades económicas o por decisión personal, tengo la intención de renunciar a mis derechos sobre los restos incinerados del difunto que figura en esta solicitud.

Si está rubricado:

- *Omita la sección 3 de esta solicitud y continúe con la sección 4.*
- *Complete y adjunte el formulario "Declaración jurada de renuncia al derecho a la disposición de los restos mortales de personas indigentes."*

Sección 3: Finanzas del Solicitante

Número total de personas en el hogar(según la declaración de impuestos federales): _____

Ingresos brutos mensuales: _____

Adjunte pruebas de TODOS los ingresos percibidos por todos los miembros del hogar.

Encontrará una lista de los tipos de ingresos y la documentación aceptable en

SLCo.to/IndigentDeaths

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es precisa y correcta según mi leal saber y entender. **La presentación de esta solicitud que contenga cualquier tergiversación u omisión material puede someter al solicitante a un proceso penal y a una acción civil para el reembolso de los fondos públicos, incluidos los honorarios razonables de abogados y los gastos incurridos por el condado de Salt Lake y esta oficina para cobrar cualquier fondo desembolsado indebidamente.**

Tengo la intención de conservar mis derechos sobre los restos incinerados («cenizas») y haré los arreglos necesarios para recogerlos una vez que estén disponibles. Entiendo que este derecho solo se aplica si completo y me aprueban la asistencia a través del programa de cremación para personas sin recursos del SLCoHD. Si no reúno los requisitos o no completo la solicitud, el SLCoHD podrá asumir la responsabilidad de la disposición final en virtud del Código de Utah §§ 58-9-602. Si no reclamo las cenizas en un plazo de 30 días a partir de la notificación, o si no es posible localizarme tras intentos razonables, el SLCoHD podrá tomar la custodia y disponer de ellas respetuosamente de acuerdo con la ley.

Si esta sección se deja en blanco, se debe adjuntar a esta solicitud una "Declaración Jurada de Renuncia al Derecho a los Restos Mortales de Personas Sin Recursos."

Al firmar a continuación, comprendo y acepto estos términos y condiciones.

Firma del Solicitante

Fecha



Definiciones de
Indigencia y Verificación
de Ingresos:

SLCo.to/IndigentDeaths

Sección 4: Información Sobre la Funeraria

Nombre de la Funeraria	Nombre del Agente	Título del Agente
------------------------	-------------------	-------------------

Dirección Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
------------------	--------	--------	---------------

Teléfono	Correo Electrónico
----------	--------------------

Fecha de Admisión: _____	Causa de la Muerte: _____	Homicidio	Otra
--------------------------	---------------------------	-----------	------

Certificado de defunción adjunto: _____	Sí	No (motivo por el que no se adjunta el certificado: _____)
---	----	--

Costeo adicional:	200-299 (\$75)	300-399 (\$500)	400+ (consultar con SLCoHD)
-------------------	----------------	-----------------	-----------------------------

Enumere todas las personas con las que se ha puesto en contacto para localizar a familiares u otras partes que puedan hacerse cargo de los restos mortales del fallecido indigente y recibir el pago por la disposición final. Añada páginas adicionales si es necesario.

Fecha	Nombre	Relación con el Difunto/a	Método de contacto
-------	--------	---------------------------	--------------------

Resumen de la interacción

Fecha	Nombre	Relación con el Difunto/a	Método de contacto
-------	--------	---------------------------	--------------------

Resumen de la interacción

Fecha	Nombre	Relación con el Difunto/a	Método de contacto
-------	--------	---------------------------	--------------------

Resumen de la interacción

Fecha	Nombre	Relación con el Difunto/a	Método de contacto
-------	--------	---------------------------	--------------------

Resumen de la interacción

Fecha	Nombre	Relación con el Difunto/a	Método de contacto
-------	--------	---------------------------	--------------------

Resumen de la interacción

Método de Disposición:	Cremación	Entierro (reembolso del condado solo para víctimas de homicidio)
------------------------	-----------	--

He revisado la documentación proporcionada por el solicitante y confirmo que parece completa a los efectos de esta solicitud.

Firma del Agente	Fecha
------------------	-------