

Nombre del difunto: _____ Número de caso del médico forense: _____



Oficina del Médico Forense del Condado de San Mateo

Robert J. Foucrault, médico forense
225 37th Avenue, 3rd Floor, Suite A31
San Mateo, CA 94403
(650) 312-5562 Fax: (650) 571-6258

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE CREMACIÓN DE PERSONAS INDIGENTES

A continuación, se incluyen las instrucciones para completar una solicitud dirigida a la Oficina del Médico Forense del Condado de San Mateo para la disposición de restos humanos no reclamados. **Este paquete debe completarse** al solicitar a la Oficina del Médico Forense del Condado de San Mateo que tome la custodia de restos humanos (incluidos restos fetales de 20 semanas de gestación o más) que no hayan sido reclamados, de conformidad con la Sección 7104 del Código de Salud y Seguridad.

Este paquete incluye:

- Carta de presentación para la solicitud de cremación de personas indigentes
- Formulario de información del difunto y del familiar más cercano
- Formulario de declaración financiera del familiar más cercano

INSTRUCCIONES:

Información general: Antes de poder solicitar que el médico forense tome la custodia de los restos de un difunto, debido a que el difunto es indigente o no ha sido reclamado, usted debe cumplir con ciertos requisitos legales. Las instrucciones y los formularios en este paquete están diseñados para ayudarle a cumplir con dichos requisitos y asegurar que su solicitud sea gestionada adecuadamente y sin demora. Su cooperación para completar estos formularios en su totalidad y seguir las instrucciones adjuntas a este paquete asegurará, además, que su solicitud se procese con prontitud.

Renuncia: Al firmar este documento y solicitar que el médico forense tome la custodia de los restos de un difunto, declara que renuncia a todos los derechos de posesión de las cenizas del difunto. Las cenizas no estarán en un lugar donde el familiar más cercano pueda visitarlas.

Carta de presentación para la cremación de personas indigentes: Este formulario sirve como carta de presentación al momento de solicitar al médico forense que acepte los restos de un difunto indigente o no reclamado. Debe completarse y adjuntarse a todos los demás formularios y documentos en cada solicitud presentada al médico forense.

Formulario de información del difunto y del familiar más cercano: Este formulario le pide brindar información demográfica sobre el difunto, enumerar a todos los familiares más cercanos conocidos y documentar sus esfuerzos para localizarlos con el fin de que asuman la responsabilidad de la disposición de los restos. Para cumplir con el requisito de la Sección 7104

Nombre del difunto: _____ Número de caso del médico forense: _____

del Código de Salud y Seguridad de California, debe realizar una búsqueda diligente de los familiares más cercanos y, si son localizados, informarles que, de conformidad con la Sección 7100 del mismo código, no solo tienen el derecho de controlar la disposición del difunto, sino que también tienen el deber y la obligación legal de pagar los costos de dicha disposición. El propósito previsto de esta búsqueda diligente es, por supuesto, localizar al familiar más cercano para que asuma sus responsabilidades legales correspondientes. Si esto se logra, no hay necesidad de que el médico forense intervenga.

Debe documentar sus esfuerzos para localizar al familiar más cercano mediante notas claras y detalladas en este formulario. Por ejemplo:

23 de mayo de 2014, 9:23 a. m. Llamé al propietario de la vivienda del difunto, John Smith (123-456-7890). Smith dijo que el difunto vivió solo durante 9 años y nunca lo escuchó hablar de familiares o amigos.

23 de mayo de 2014, 9:23 a. m. Me puse en contacto con el propietario de la vivienda del difunto, John Smith (123-456-7890). Smith dijo que el difunto tenía un hermano llamado Michael que vivía fuera del estado y que puede ser localizado llamando al (123-456-7890).

23 de mayo de 2014, 9:38 a. m. Me puse en contacto con el hermano del difunto, Michael Jones, y él confirmó que es el único pariente vivo del difunto. Michael también dijo que no puede pagar los arreglos para la disposición final de su hermano.

La Sección 7103 del Código de Salud y Seguridad de California establece, en parte, que es un delito que cualquier persona sobre la cual recaiga el deber de inhumación no cumpla con dicho deber. También establece que cualquier persona que no cumpla con el deber de inhumación está **obligada** a pagar a la persona que realice dicho deber el **triple de los gastos** incurridos por llevar a cabo la inhumación.

Si no puede conservar los restos del difunto mientras realiza su búsqueda diligente del familiar más cercano, es posible que deba hacer arreglos con una funeraria para almacenar los restos hasta que dicha búsqueda finalice. Si opta por que los restos sean almacenados por una funeraria, el costo del almacenamiento debe ser pagado por su institución y **no debe pagarse con la cuenta de fideicomiso u otros activos del difunto.**

Cuando haya completado su búsqueda diligente del familiar más cercano:

La Sección 7104(a) del Código de Salud y Seguridad de California establece que: “cuando el difunto no haya dejado provisiones, o cuando el patrimonio sea insuficiente para cubrir la inhumación y el deber de inhumación no recaiga sobre ninguna otra persona que resida en el estado, o si dicha persona no puede ser encontrada dentro del estado tras una diligencia razonable, la persona que tenga la custodia de los restos puede requerir al médico forense del condado donde residía el difunto al momento de su muerte que tome posesión de los restos, y el médico forense deberá inhumar los restos de la manera prevista para la inhumación de los muertos indigentes”.

Por lo tanto, si una persona indigente es residente del condado de San Mateo y, tras realizar una búsqueda diligente, usted no logra localizar a ningún familiar más cercano legal del difunto que

Nombre del difunto: _____ Número de caso del médico forense: _____

resida en California, puede solicitar que la Oficina del Médico Forense tome posesión de los restos de conformidad con la Sección 7104(a) del Código de Salud y Seguridad.

Es importante señalar que **la ley no obliga** a la Oficina del Médico Forense del Condado de San Mateo a tomar posesión de los restos cuando se ha localizado a un familiar más cercano legal del difunto que resida en California (independientemente de su capacidad para pagar los costos de la disposición) **ni la ley tampoco le permite** solicitar que la Oficina del Médico Forense del Condado de San Mateo tome posesión de restos no reclamados si el difunto es residente de otro condado. En los casos donde el difunto sea residente de otro condado, debe ponerse en contacto con el médico forense del condado donde residía el difunto al momento de su muerte para que tome posesión de los restos, de conformidad con la Sección 7104 del Código de Salud y Seguridad.

Formulario de declaración financiera del familiar más cercano: Este formulario solo es obligatorio cuando se localiza al familiar más cercano de un difunto indigente del condado de San Mateo, pero (1) este reside **fuera** de California y (2) alega que no tiene la capacidad económica para pagar el costo de la disposición. Bajo esas circunstancias, debe indicar al familiar más cercano que complete el formulario de “Declaración financiera del familiar más cercano”. Si el familiar más cercano no dispone de los medios económicos para pagar el costo de la disposición, la ley puede eximirlo de esa responsabilidad legal si puede presentar pruebas de que no tiene la solvencia para costearlo.

Como un asunto aparte, cuando el familiar más cercano legal de un difunto indigente del condado de San Mateo resida en California y no tenga la capacidad económica para pagar los costos de la disposición, puede solicitar una cremación para indigentes mediante un formulario de “Declaración financiera del familiar más cercano”. Tras revisar la solicitud, se determinará si el familiar más cercano es elegible para una cremación de indigentes. Si se determina que es elegible, se le notificará su elegibilidad y se le informará el costo de la cremación. Si se solicita el envío de los restos cremados, se requerirá una tarifa adicional. **Todas las tarifas deben pagarse en su totalidad antes de que se realice la cremación.** Tenga en cuenta que el médico forense del condado de San Mateo **no está obligado** a tomar posesión de los restos de un difunto bajo estas circunstancias y solo lo hará después de que el familiar más cercano legal haya **pagado todas las tarifas requeridas.**

INSTRUCCIONES PARA LA DISPOSICIÓN:

Si solicita que el médico forense del condado de San Mateo tome posesión de restos no reclamados, se deben seguir los siguientes pasos antes de que el difunto sea retirado de su institución o de la funeraria que usted haya seleccionado para brindarle almacenamiento temporal.

- 1) La **“Carta de presentación para la solicitud de cremación de personas indigentes”** original debe completarse y adjuntarse a todos los demás documentos presentados al médico forense.
- 2) El formulario original de **“Información del difunto y del familiar más cercano”** debe completarse en su totalidad y estar firmado por la persona que acepta la responsabilidad de la búsqueda diligente.
- 3) Todos los formularios originales de **“Declaración financiera del familiar más cercano”** deben ser completados adecuadamente y firmados por cada familiar más cercano conocido, si corresponde.
- 4) Si el difunto va a ser retirado por el médico forense, debe proporcionar el nombre del médico certificador y la información de contacto del lugar donde trabaja el médico.
- 5) Después de realizar la solicitud de retiro al médico forense, el paquete completo debe enviarse por fax o entregarse al médico forense para su revisión. Si el médico forense aprueba el paquete, se le informará la fecha del retiro. Si el paquete no es aprobado, se le informará el motivo del rechazo.

Si tiene alguna pregunta relacionada con la elaboración de certificados de defunción o permisos de sepultura, comuníquese con la Oficina de Registro Civil del Condado de San Mateo llamando al (650) 573-2395.

Nombre del difunto: _____ Número de caso del médico forense: _____

INSTRUCCIONES PARA LA CARTA DE PRESENTACIÓN PARA LA SOLICITUD DE CREMACIÓN DE PERSONAS INDIGENTES

Para: San Mateo County Coroner's Office
225 37th Avenue
3rd Floor, Suite A31
San Mateo, CA 94403
(650) 312-5562 – (650) 571-6258 Fax

De: _____

Teléfono _____

Por la presente, se solicita al médico forense del condado de San Mateo, de conformidad con la Sección 7104 del Código de Salud y Seguridad de California, el levantamiento del cuerpo de:

Nombre del difunto: _____

Ubicación de los restos: _____

Fecha de la muerte: _____ Hora de la muerte: _____

Los siguientes formularios o documentos se incluyen con esta carta de presentación:

Marque todos los que correspondan

- El formulario original de **“Información del fallecido y del familiar más cercano”** (*obligatorio*)
- Debe incluirse la carta de rechazo de la Oficina del Administrador Público del Condado de San Mateo (*obligatorio*)
- Todos los formularios originales de **“Declaración financiera del familiar más cercano”**, debidamente completados y firmados por cada familiar más cercano conocido (*si corresponde*)
- Un **certificado de defunción** completado y certificado por un médico, que haya sido registrado en el Departamento de Salud, y las copias 1, 2 y 3 del **permiso de disposición** de restos humanos registrado originalmente (*obligatorio*)

Certifico que he realizado un esfuerzo diligente para localizar a los familiares más cercanos del difunto y, en caso de haberlos encontrado, les informé sobre su responsabilidad respecto a la adecuada disposición de los restos de su pariente. Declaro bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto.

Firmado en _____ (lugar), el _____ (fecha)

Nombre en letra de imprenta y cargo

Firma

Uso exclusivo de la oficina

Revisado por el médico forense auxiliar

Fecha

Aprobado por el médico forense

Fecha

Nombre del difunto: _____ Número de caso del médico forense: _____

INFORMACIÓN DEL DIFUNTO Y DEL FAMILIAR MÁS CERCANO

Este formulario debe ser completado por la persona que asume la responsabilidad del cumplimiento de la Sección 7104 del Código de Salud y Seguridad de California.

Antecedentes del difunto **Para cualquier sección en la que desconozca la información, escriba "desconocido".*

Nombre legal (apellido, primer nombre, segundo nombre): _____

Otros nombres conocidos: _____ Raza del difunto: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado de nacimiento/país extranjero: _____

Fecha de la muerte: _____ Hora de la muerte: _____ Fecha de ingreso al establecimiento: _____

Lugar de la muerte: _____

Médico certificante: _____ Número de teléfono: _____

Causa de la muerte: _____

Residencia al momento de la muerte: _____ Años en el condado: _____

¿La residencia anterior del difunto era fuera del condado de San Mateo? Sí No Desconocido

En caso afirmativo, ¿cuál condado? _____ ¿Ha llamado a este condado para solicitar información? Sí No

Resultados de la consulta: _____

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Desconocido Otro: _____

¿El difunto era un veterano? Sí No Desconocido

En caso afirmativo, ¿falleció la persona en una instalación para veteranos (hospital o centro de cuidados)? Sí No

Ocupación habitual: _____ Años en la ocupación: _____

Tipo de negocio o industria: _____ Educación (nivel más alto/título): _____

Nombre del padre (apellido, primer nombre, segundo nombre): _____

Nombre de soltera de la madre (apellido, primer nombre, segundo nombre): _____

Estado de nacimiento/país extranjero del padre: _____

Estado de nacimiento/país extranjero de la madre: _____

Nombre del curador: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre del difunto: _____ Número de caso del médico forense: _____

Estado financiero del difunto

Nombre, dirección y número de teléfono del beneficiario o del representante beneficiario que recibe los ingresos mensuales:

Ingreso mensual: \$ _____ Fuente: _____ Saldo del fideicomiso: _____ Testamento: Sí No

N.º de Medicare: _____ N.º de Medi-Cal: _____ N.º de Seguro Social: _____

Nombre del banco: _____ Sucursal: _____ N.º de cuenta: _____

Lista de bienes personales en la institución: _____

Lista de familiares más cercanos/amigos identificados

De conformidad con el Código de Salud y Seguridad (Health and Security, H&S) §7100, el derecho a controlar la disposición de los restos de una persona fallecida, a menos que el difunto haya dado otras instrucciones, el deber de inhumación y la responsabilidad de los costos de esta recaen en los siguientes familiares más cercanos en el orden indicado: cualquier cónyuge, hijo, padre/madre, hermano/a, sobrino/a, abuelo/a y primo/a hermano/a.

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____ N.º de teléfono: _____

Cada familiar cercano enumerado debe completar el formulario de “Declaración financiera del familiar más cercano” si alega no tener la capacidad económica para pagar el costo de la disposición de los restos.

Nombre del difunto: _____ Número de caso del médico forense: _____

Esfuerzos realizados para identificar y contactar a los familiares más cercanos

Marque todos los que se hayan completado:

- Se entrevistó a la persona que firmó como parte responsable del difunto mientras estaba en la institución.
- Se contactó a los hospitales del condado para obtener información de expedientes médicos antiguos.
- Se revisaron los registros o expedientes médicos del difunto. Se consultó el Registro de Votantes.
- Se entrevistó a amigos/visitantes. Se entrevistó al trabajador social.
- Se consultó con Servicios Sociales. Se consultaron guías/bases de datos telefónicas.
- Se consultó con el tutor público/curador. Se notificó al administrador público.
- Se consultó con hospitales locales a la residencia del difunto. Información: _____
- Si el difunto vivió en un hogar de convalecencia por menos de 4 meses, ¿dónde vivía antes?

- Otro: _____

Esfuerzos adicionales para identificar y contactar a los familiares más cercanos

Esta sección debe utilizarse para documentar sus esfuerzos para identificar y contactar a los familiares más cercanos. Cada vez que contacte a alguien o intente contactar a alguien, debe: 1) Anotar la fecha y la hora. 2) Anotar el nombre del miembro del personal que realiza el contacto. 3) Anotar con quién habló y los resultados de su contacto o intento de contacto. 4) Asegurarse de preguntar a cada uno de sus contactos si conocen a algún familiar y, de ser así, obtener su nombre, parentesco, dirección y número de teléfono. 5) Siempre pedir a cada uno de sus contactos información que pueda ayudarle a completar el certificado de defunción. 6) Si necesita más espacio, puede adjuntar páginas adicionales.

Certifico que he realizado un esfuerzo diligente para localizar a los familiares más cercanos del difunto y, en caso de haberlos encontrado, les informé sobre su responsabilidad respecto a la disposición de los bienes de su pariente. Declaro bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto.

Firmado en _____ (lugar), el _____ (fecha)

Nombre en letra de imprenta y cargo

Firma

Nombre del difunto: _____ Número de caso del médico forense: _____

DECLARACIÓN FINANCIERA DEL FAMILIAR MÁS CERCANO

Nombre del familiar más cercano: _____ Parentesco: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Yo, _____ (nombre), certifico que la siguiente es una declaración correcta de mi situación financiera actual y dentro del futuro previsible.

- 1) Estoy recibiendo asistencia bajo uno o más de los siguientes programas: (*Adjunte una copia de su cheque más reciente u otro documento que sirva como prueba de la asistencia*).
- SSI y SSP (Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario y Pagos Suplementarios del Estado)
 - AFDC (Programa de Ayuda a Familias con Hijos Dependientes)
 - Cupones de alimentos (Programa de Cupones de Alimentos)
 - Asistencia del Condado, Asistencia General (General Relief, GR) o Ayuda General (General Assistance, GA)
 - TANF/CalWorks (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas/CAL Works)
- 2) ¿Es usted beneficiario/a de alguna póliza de seguro de vida del difunto? Sí No
- *Si marcó la casilla 1 anterior y respondió "no" a la pregunta 2, firme únicamente al final de esta página y no complete el resto del formulario.*
 - *Si marcó la casilla 1 anterior y respondió "sí" a la pregunta 2 anterior, entonces debe completar ambas páginas del formulario de Declaración financiera del familiar más cercano.*
- 3) Mi ingreso mensual bruto es menor que la cantidad que se muestra en la siguiente tabla. (*Adjunte una copia de su cheque más reciente, talones de pago/nóminas u otro documento que sirva como comprobante de ingresos*).

Número de personas en la familia (marque con un círculo)	1	2	3	4	5	6	7	8	Cada adicional
Su ingreso mensual bruto (marque con un círculo)	\$1128	\$1518	\$1907	\$2297	\$2686	\$3076	\$3466	\$3855	\$390

Si marcó la casilla 3, entonces debe completar ambas páginas del formulario de Declaración financiera del familiar más cercano.

- 4) Mis ingresos no son suficientes para cubrir las necesidades básicas de mi vida y las de los miembros de mi familia a quienes mantengo y, además, pagar el costo de la inhumación. ***Si marcó la casilla 4, entonces debe completar ambas páginas del formulario de Declaración financiera del familiar más cercano.***

Declaro, bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del estado de California, que lo anterior y lo que precede es verdadero y correcto. Como familiar más cercano del difunto, entiendo que las leyes del estado de California me consideran responsable del deber de inhumación y los costos de esta, siempre que tenga la capacidad financiera para costearlo. Además, entiendo que la Oficina del Médico Forense del Condado de San Mateo verificará mi situación financiera y, si el médico forense determina que puedo costear el gasto de la inhumación, pero he incumplido con este deber en un período razonable, se podrían presentar cargos por delitos menores ante la Fiscalía de Distrito del Condado de San Mateo; asimismo, podría estar sujeto a pagar a la Oficina del Médico Forense del Condado de San Mateo el triple (3) del costo incurrido por el condado para llevar a cabo la inhumación.

Firmado en _____ (lugar), el _____ (fecha)

Nombre en letra de imprenta y cargo

Firma

Nombre del difunto: _____ Número de caso del médico forense: _____

DECLARACIÓN FINANCIERA DEL FAMILIAR MÁS CERCANO

5) Mi ingreso mensual (promedio si varía):		8) a) <input type="checkbox"/> No tengo la capacidad de pagar ningún costo de inhumación	
a) Mi salario mensual bruto es:	\$	b) <input type="checkbox"/> Solo tengo la capacidad de pagar esta cantidad:	\$
b) Mis deducciones de nómina son:		9) Tengo un interés de propiedad directo, indirecto o beneficiario en los siguientes bienes:	
(1)	\$	a) Dinero en efectivo	\$
(2)	\$	b) Cuentas corrientes, de ahorros, cooperativas de crédito, bancos	
c) Mi salario neto mensual es (a-b)	\$	(1)	\$
d) Otros ingresos que recibo cada mes:		(2)	\$
(1)	\$	c) Automóviles, otros vehículos, botes (marca y año)	
e) Mi ingreso mensual total es (5a a 5d):	\$	(1)	\$
6) Mis gastos mensuales son los siguientes:		(2)	\$
a) Alquiler, pago de la vivienda, mantenimiento	\$	(3)	\$
b) Alimentos y productos para el hogar	\$	d) Otros bienes personales (joyas, muebles, etc.)	
e) Ropa	\$	(1)	\$
f) Lavandería y limpieza	\$	(2)	\$
g) Pagos médicos y dentales	\$	(3)	\$
h) Seguros (de vida y de salud)	\$	Valor total de los bienes personales (9a a 9d):	\$
i) Escuela y cuidado de niños	\$	10) Otros hechos que respaldan esta solicitud son los siguientes: (Describe necesidades médicas inusuales, gastos por emergencias familiares recientes u otros gastos extraordinarios para ayudar al médico forense y al juez a comprender su presupuesto. Si necesita más espacio, puede escribir al dorso de esta página.)	
j) Servicios públicos y teléfono	\$		
k) Transporte y gastos de automóvil	\$		
l) Pagos a plazos:			
(1)	\$		
(2)	\$		
(3)	\$		
m) Asignaciones salariales y órdenes de retención de ingresos:	\$		
n) Otros gastos (especifique):			
(1)	\$		
(2)	\$		
o) Gastos mensuales totales (6a a 6n):	\$		
7) Ingreso mensual menos gastos (5e menos 6o)	\$		