

逝者姓名: _____

验尸官案件编号: _____



圣马特奥县验尸官办公室

验尸官 Robert J. Foucrault

225 37th Avenue, 3rd Floor, Suite A31

San Mateo, CA 94403

(650) 312-5562 传真: (650) 571-6258

贫困火化申请说明

以下是关于如何向圣马特奥县验尸官办公室提交无人认领遗体处置申请的说明。 **需填写本信息包** 根据《健康和安全法》第 7104 条的规定, 请求圣马特奥县验尸官办公室保管无人认领的遗体 (包括妊娠 20 周或以上的胎儿遗体)。

本信息包包含:

- 贫困火化申请附函
- 逝者及近亲属信息表
- 近亲属财务状况表

说明:

基本说明: 因逝者属贫困人员, 或无人认领遗体, 在向验尸官申请接管遗体前, 必须满足法定条件。 本文件中的说明与表格旨在协助您满足相关要求, 确保相关申请得到妥善、及时处理。 请您**完整**填写表格并按照说明操作, 这将有助于加快申请流程。

权利放弃声明: 签署本文件并申请验尸官接管逝者遗体, 即表示您放弃对逝者骨灰的一切所有权利。 骨灰存放地点不对外开放, 供近亲属探视。

贫困火化申请附函: 本表作为向验尸官申请接管贫困或无人认领遗体时的附函。 每次提交申请时, 必须填写此表, 一并随附其他所有表格、文件。

逝者及近亲属信息表: 本表中需填写逝者的人口信息, 列出所有已知近亲属, 并记录您为寻找可承担遗体处置责任的近亲属所做的全部工作。 为满足《加利福尼亚州健康与安全法典》第 7104 条的要求, 您必须尽勤勉义务寻找近亲属。如找到近亲属, 须告知其依据《健康与安全法典》第 7100 条规定: 近亲属不仅有权决定遗体处置方式, 同时负有承担遗体处置费用的义务与责任。之所以开展上述勤勉查找, 是为了尽可能找到愿意承担相应法定义务的近亲属。 若能找到愿意承担责任的近亲属, 则无需验尸官介入。

逝者姓名: _____

验尸官案件编号: _____

您必须记录寻找近亲属的全过程，在表格中清晰、详细地备注。 示例记录：

2014 年 5 月 23 日上午 9:23 - 致电逝者房东 John Smith (电话: 123-456-7890)。 Smith 表示，逝者独居已有 9 年，从未听逝者提及任何家人或朋友。

2014 年 5 月 23 日上午 9:23 - 联系逝者房东 John Smith (电话: 123-456-7890)。 Smith 称，逝者有一名兄弟 Michael，居住在外州，可联系电话: 123-456-7890。

2014 年 5 月 23 日上午 9:38 - 联系逝者兄弟 Michael Jones，其确认是逝者唯一在世亲属。 Michael 同时表示，无力支付其兄弟的后事处置费用。

《加利福尼亚州健康与安全法典》第 7103 条部分规定：任何负有安葬义务却拒不履行的人均构成犯罪。 该条款同时规定，拒不履行安葬义务者，须向实际履行安葬义务的一方支付三倍安葬费用。

若您在尽勤勉义务寻找近亲属期间，无法保管逝者遗体，可与殡仪馆协商安排遗体存放，直至查找工作完成。 如选择由殡仪馆存放遗体，存放费用须由您所在机构承担，**不得从逝者信托账户或其他资产中支付。**

当您已完成对近亲属的勤勉查找后：

《加利福尼亚州健康与安全法典》第 7104 条 (a) 款规定：“若逝者未作出安排，或其遗产不足以支付安葬费用，且安葬义务未转移至本州任何其他居民，或经合理勤勉查找后仍无法在本州找到该等人员，则保管遗体的人可要求逝者死亡时居住地所在县的验尸官接管遗体，验尸官应按照贫困逝者安葬方式安葬遗体。”

因此，若逝者为圣马特奥县贫困居民，且经勤勉查找后，仍无法找到居住在加利福尼亚州内的法定近亲属，您可依据《健康与安全法典》第 7104 条 (a) 款，申请验尸官办公室接管遗体。

需特别注意：**法律不要求**圣马特奥县验尸官办公室在已找到居住在加利福尼亚州内的法定近亲属的情况下接管遗体（无论其是否有能力支付处置费用）。若逝者为其他县居民，**法律亦不允许**您向圣马特奥县验尸官办公室申请接管无人认领遗体。 若逝者为其他县居民，您必须依据《健康与安全法典》第 7104 条，联系逝者死亡时居住地所在县的验尸官接管遗体。

近亲属财务状况表： 仅在以下情形时才需要使用本表格：逝者为圣马特奥县贫困人员，且已找到近亲属，但 (1) 近亲属居住在加利福尼亚州**以外**，且 (2) 近亲属声称无力支付遗体处置费用。 在此情形下，您应告知该近亲属填写“近亲属财务状况表”。 若近亲属无经济能力支付遗体处置费用，如其能提供无力负担的证明，法律可免除其该项法定义务。

逝者姓名： _____

验尸官案件编号： _____

另外，若圣马特奥县贫困逝者的法定近亲属居住在加利福尼亚州内且无力支付处置费用，可通过提交“近亲属财务状况表”申请贫困火化。在审核申请后，本办公室将判定该近亲属是否符合贫困火化资格。如认定符合资格，将通知其结果，并告知火化费用。如申请将骨灰寄送，需额外缴纳费用。**所有费用必须在火化前全额付清。**请注意，在此类情况下，圣马特奥县验尸官**无义务**接管遗体，仅在法定近亲属**付清所有规定费用后**才会接管。

遗体处置说明：

若您申请圣马特奥县验尸官接管无人认领遗体，在遗体从您所在机构或您选定的临时存放殡仪馆移出前，必须完成以下所述步骤。

- 1) 必须填写“**贫困火化申请附函**”原件，并与提交给验尸官的所有其他文件一并附上。
- 2) “**逝者及近亲属信息表**”原件必须由承担勤勉查找责任的人员完整填写并签名。
- 3) 所有已知近亲属必须完整填写并签署“**近亲属财务状况表**”原件（如适用）。
- 4) 若遗体将由验尸官部门接运，您必须提供出具死亡证明医师的姓名及其工作单位联系方式。
- 5) 向验尸官提出接运申请后，整套申请材料必须通过传真或送达方式提交给验尸官办公室审核。如验尸官办公室批准申请，将通知您接运日期。如申请未获批准，将告知您驳回理由。

如您对填写死亡证明或安葬许可证有任何疑问，请致电圣马特奥县“人口统计与重要记录”办公室：(650) 573-2395。

逝者姓名：_____ 验尸官案件编号：_____

贫困火化申请附函说明

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

发件人：_____

电话：_____

现依据《加利福尼亚州健康与安全法典》第 7104 条，向圣马特奥县验尸官提出申请，处理以下遗体：

逝者姓名：_____

遗体所在地：_____

死亡日期：_____ 死亡时间：_____

本附函附有下列表格或文件： 请勾选所有适用的内容

- “逝者及近亲属信息” 表格原件 (**必需**)
- 圣马特奥县公共行政官办公室出具的拒绝函 (**必需**)
- 所有已知近亲属完整填写并签名的“近亲属财务状况表”原件 (**如适用**)
- 经医师认证并已向卫生部门备案的完整死亡证明，以及已备案的人体遗体处置许可证原件第 1、2、3 联复印件 (**必需**)

本人郑重声明：本人已尽勤勉努力查找逝者的近亲属；如已找到，已告知逝者亲属对遗体及财产处置所承担的责任。本人根据加利福尼亚州法律规定声明上述内容均真实正确，否则甘愿受作伪证之处罚。

签署于 _____ (地点)， _____ (日期)

印刷体姓名和职务 签名

官方专用

副验尸官已核查

日期

验尸官已核查

日期

逝者姓名： _____

验尸官案件编号： _____

逝者及近亲属信息

本表应由依据《加利福尼亚州健康与安全法典》第 7104 条承担相关责任的人员填写。

逝者背景 *任何信息不明之处，请填写“不明”。

法定姓名（姓，名，中间名）： _____

已知曾用名： _____ 逝者种族： _____

出生日期： _____ 出生州/出生国家： _____

死亡日期： _____ 死亡时间： _____ 入院日期： _____

死亡地点： _____

出具证明医师： _____ 联系电话： _____

死亡原因： _____

死亡时居住地： _____ 在本县居住年限： _____

逝者此前是否在圣马特奥县以外辖区居住？ 是 否 不明

若是，在哪个县？ _____ 您是否已联系该县获取信息？ 是 否

咨询结果： _____

婚姻状况： 未婚 已婚 丧偶 离异 不明 其他： _____

逝者是否为退伍军人？ 是 否 不明

若是，逝者是否在退伍军人医疗机构（医院或护理机构）内逝世？ 是 否

常规职业： _____ 从业年限： _____

所属行业/业务类型： _____ 教育（最高学历/学位）： _____

父亲姓名（姓，名，中间名）： _____

母亲婚前姓名（姓，名，中间名）： _____

父亲出生州/出生国家： _____

母亲出生州/出生国家： _____

监护人/财产监管人姓名： _____ 电话号码： _____

逝者姓名： _____

验尸官案件编号： _____

逝者经济状况

领取月收入的收款人或代理收款人的姓名、地址及电话：

月收入： _____ 美元 收入来源： _____ 信托余额： _____ 遗嘱： 是 否

医疗保险号： _____ 医疗补助号： _____ SSN： _____

银行名称： _____ 支行： _____ 账号： _____

院内逝者个人财产清单： _____

已确认的近亲属/朋友清单

根据《健康与安全法典》第 7100 条，除非逝者生前另有明确指示，对逝者遗体处置享有决定权、承担安葬义务及费用偿付责任的近亲属，按以下顺序排列： 配偶、子女、父母、兄弟姐妹、侄女/侄子、祖父母、堂/表兄弟姐妹。

姓名： _____ 与死者的关系： _____

地址： _____ 电话号码： _____

姓名： _____ 与死者的关系： _____

地址： _____ 电话号码： _____

姓名： _____ 与死者的关系： _____

地址： _____ 电话号码： _____

姓名： _____ 与死者的关系： _____

地址： _____ 电话号码： _____

姓名： _____ 与死者的关系： _____

地址： _____ 电话号码： _____

所有申报无力承担遗体处置费用的近亲属，均须填写“近亲属财务状况表”。

逝者姓名： _____

验尸官案件编号： _____

为确认和联系近亲属而采取的措施

勾选所有已完成项

- 与院内作为逝者责任方签字的人员面谈
- 联系县医院调取既往病历信息
- 阅逝者档案/病历
- 与朋友/探视者面谈
- 向社会服务部门核实
- 已向公共监护人/财产监管人核实
- 已联系逝者居住地附近医院 - 信息： _____
- 若逝者在康复院居住不足 4 个月，其此前的居住地在哪里？

- 其他： _____

核查选民登记信息

与社工面谈

已核对电话簿/光盘

已通知公共行政官

为确认和联系近亲属/朋友而采取的其他措施

本部分用于记录您为寻找和联系近亲属而开展的工作。 每次联系或尝试联系他人时，均应记录： 1) 日期与时间。 2) 开展联系的工作人员姓名。 3) 谈话对象及联系/尝试联系的结果。 4) 务必询问每位联系人是否知晓其他亲属，如有，则获取姓名、亲属关系、地址及电话。 5) 务必向每位联系人询问有助于您填写死亡证明的信息。 6) 如空间不足，可附页。

郑重声明：本人已尽勤勉努力查找逝者的近亲属；如已找到，已告知逝者亲属对遗体及财产处置所承担的责任。 本人根据加利福尼亚州法律规定声明上述内容均真实正确，否则甘愿受作伪证之处罚。

签署于 _____（地点）， _____（日期）

印刷体姓名和职务

签名

逝者姓名: _____ 验尸官案件编号: _____

近亲属财务状况表

近亲属姓名: _____ 关系: _____

出生日期: _____ 联系电话: _____ 电子邮箱: _____

地址: _____

本人, _____ (姓名) 保证, 以下关于本人目前和可预见未来的财务状况的陈述正确无误。

- 1) 我正在接受以下一项或多项计划的援助: (请附上最近的支票副本或其他援助证明文件。)
- SSI 和 SSP (补充保障收入和州补充支付计划)
 - AFDC (抚养未成年儿童家庭援助计划)
 - 食品券 (食品券计划)
 - 县援助、一般救济 (GF) 或一般援助 (GA)
 - TANF/CalWorks (贫困家庭临时援助/加州工作机会和对儿童的责任计划)
- 2) 您是否为逝者任何人寿保险的受益人? 是 否
- 如果勾选了上文方框 1 且对问题 2 回答为“否”, 则仅需在本页底部签名, 无需填写本表其余部分。
 - 如果勾选了上文方框 1 且对问题 2 回答为“是”, 则必须填写“近亲属财务状况表”的两页内容。
- 3) 我的每月总收入低于下表所示金额。 (请附上您最近的工资单、收入存根或其他可证明收入的文件复印件。)

家庭人口数 (圈选一项)	1	2	3	4	5	6	7	8	每多一位
您每月总收入 (圈选一项)	1128 美元	1518 美元	1907 美元	2297 美元	2686 美元	3076 美元	3466 美元	3855 美元	390 美元

如果勾选了方框 3, 则必须填写“近亲属财务状况表”的两页内容。

- 4) 我的收入不足以支付我自己和家人的基本生活开销, 也不足以支付殡葬费用。
如果勾选了方框 4, 则必须填写“近亲属财务状况表”的两页内容。

本人谨此声明, 根据加利福尼亚州法律规定, 若作伪证将受法律制裁, 上述内容均属真实准确。 本人明白, 根据加利福尼亚州法律规定, 我作为死者的近亲属有责任承担死者的殡葬义务, 并应在经济上有能力承担的情况下承担其殡葬费用。 本人还明白, 圣马特奥县验尸官办公室将核实我的财务状况, 如果验尸官确定我可以承担殡葬费用但未在合理时间内履行此义务, 则其可能会向圣马特奥县地方检察官对我提出轻罪指控, 而我可能需要向圣马特奥县验尸官办公室支付圣马特奥县执行殡葬所耗成本的三 (3) 倍。

签署于 _____ (地点), _____ (日期)

印刷体姓名和职务

签名

逝者姓名：_____ 验尸官案件编号：_____

近亲属财务状况表

5) 我的每月收入（如果每月的收入不同，则取平均值）：		8) a) <input type="checkbox"/> 我无法支付任何殡葬费用	
a) 我的月薪总额为：	美元	b) <input type="checkbox"/> 我仅能支付以下金额：	美元
b) 我的工薪扣款为：		9) 我对以下财产拥有直接、间接或受益所有权权益：	
(1)	美元	a) 现金	美元
(2)	美元	b) 支票、储蓄、信用合作社、银行	
c) 我每月实发工资为 (a-b)	美元	(1)	美元
d) 我每个月得到的其他收入：		(2)	美元
(1)	美元	c) 汽车、其他车辆、船只（品牌和年份）	
e) 我的每月总收入为（5a 至 5d）：	美元	(1)	美元
6) 我的每月开支如下：		(2)	美元
a) 租金、房贷、维修	美元	(3)	美元
b) 食品和日用品	美元	d) 其他个人财产（珠宝、家具等）	
c) 衣物	美元	(1)	美元
f) 洗衣和清洁	美元	(2)	美元
g) 医疗费用和牙科费用	美元	(3)	美元
h) 保险（人寿和健康）	美元	个人财产总价值（9a - 9d 项）：	美元
i) 学费及儿童保育费用	美元	10) 支持本申请的其他事实：（描述异常医疗需求、近期家庭紧急情况支出或其他异常支出，帮助验尸官和法官了解您的预算。如需更多篇幅，可写在本页背面。）	
j) 水电能耗费和话费	美元		
k) 交通费和汽车费用	美元		
l) 分期付款：			
(1)	美元		
(2)	美元		
(3)	美元		
m) 工资分配与收入扣缴令：	美元		
n) 其他支出（请注明）：			
(1)	美元		
(2)	美元		
o) 每月总开支（6a 至 6n）：	美元		
7) 每月收入减去支出（5e 减去 6o）	美元		