



SHANNON D. DICUS, SHERIFF-CORONER

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LA PERSONA DESIGNADA POR EL PARIENTE MÁS CERCANO

**** Enviar por fax a: 909-387-2989 o Correo Electronico: cor-wc@sbcasd.org ****

Preguntas por favor llame: 909-387-2978

Caso Forense #: _____ Nombre del difunto: _____

Yo, _____, _____ del difunto,
Su nombre aquí su relación con el difunto

Como el: Parientes más cercanos legales DPOA Other: _____

Autorizar a la Oficina del Forense del Condado de San Bernardino a:

Nombre: _____ Relación con el difunto: _____

Dirección: _____

Teléfono #: _____ Fecha de nacimiento: _____

Para hacer arreglos para el difunto: (Seleccione uno)

Cuerpo Propiedad Cuerpo y propiedad

Su dirección _____

Tu teléfono # _____

Licencia de conducir: Estado: _____ Número: _____

ID: Estado: _____ Número: _____

Pasaporte: País: _____ Número: _____

*****(Debe proporcionar o adjuntar una copia de una identificación con foto del gobierno para verificar su identidad) *****

Firma: _____ Fecha: _____

Su firma

Afirmo que lo anterior es verdadero y correcto y que tengo la autoridad legal para dirigir la disposición de los restos y / o propiedades del difunto mencionado anteriormente como se indica en este documento.

Testigos:

Imprimir nombre: _____ Firma: _____

Imprimir nombre: _____ Firma: _____

Coroner Office Use Only

Date and Time Received: _____ Deputy: _____ ID Verified: _____