



SHANNON D. DICUS, SHERIFF-CORONER

Coroner Division

175 S. Lena Road, San Bernardino, CA 92415
(909) 387-2978 / FAX (909) 387-2989

Solicitud de entierro de indigentes (cremación) por familiares legales de fallecidos

Habiendo sido informado de mis derechos y deberes y de las sanciones por incumplimiento según lo establecido en el Código de Salud y Seguridad, Secciones 7100 y 7103, bajo pena de perjurio, declaro que soy financieramente incapaz de cumplir con mi obligación legal de Entierro del fallecido _____, y solicitar que el Condado de San Bernardino asuma la responsabilidad. Presento lo siguiente información personal y financiero para fundamentar mi solicitud:

CASO FORENSE#: _____

INFORMACIÓN DEL DIFUNTO:

Nombre completo: _____ Dirección: _____
Fecha de nacimiento: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Fecha de fallecimiento: _____ Seguro social #: _____
Raza/Etnia: _____ Veterano: Si No Desconocido
Estado civil: _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Nombre: _____ Dirección: _____
Teléfono #: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Relación con el difunto: _____ Estado civil: _____
Seguro social #: _____ Número de dependientes: _____

OTROS FAMILIARES:

Nombre	Dirección	Relación	Teléfono
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

INFORMACIÓN FINANCIERA:

¿Posee alguna propiedad inmobiliaria? Yes No
en caso afirmativo, proporcione detalles: _____
¿Tiene una cuenta bancaria o de ahorros? Yes No
en caso afirmativo, proporcione detalles: _____
¿Está recibiendo ayuda social? Yes No, en caso afirmativo, ¿cuánto? _____
¿Cuántos automóviles posee? None 1 2 3
Marca _____ Modelo _____ Año _____
Ingresos mensuales de otras fuentes: _____

Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto. Por la presente autorizo la divulgación de toda la información y personas con respecto a mi estado financiero a un representante del Departamento del Sheriff-Forense del Condado de San Bernardino. Acepto reembolsar al Condado de San Bernardino, sin exceder el costo total del Condado, cualquier dinero recibido del Seguro Social y / o fuentes para gastos de entierro.

Firma: _____ Fecha: _____ Testigo: _____ Fecha: _____