



RECLAMO PARA BENEFICIOS DE PENSIÓN PRESENTADO POR LOS DEPENDIENTES

TODAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS

				No. de reclamo	
				Número de Seguro Social del fallecido	
Trabajador fallecido					
Nombre del trabajador fallecido			Fecha de nacimiento		Médico al tiempo de fallecimiento
Fecha de lesión		Fecha de fallecimiento		Lugar del fallecimiento	
¿Autopsia? Marque uno		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Causa del fallecimiento	
Funeraria			Empleador al ocurrir la lesión		
Domicilio			Domicilio		
Ciudad		Estado		Código postal	
Ciudad		Estado		Código postal	
¿Estaba el trabajador casado o en una relación doméstica registrada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Fecha de matrimonio/pareja doméstica registrada		Si el cónyuge/pareja doméstica registrada falleció, indique la fecha	
				Si la relación terminó, fecha del divorcio o disolución legal	
				Si estaban separados, indique la fecha	
¿Tenía el trabajador hijos menores de 18 años de edad o un cónyuge o pareja doméstica registrada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Sí respondió sí, dónde se encuentran ahora?		

Persona(s) que reclama(n) dependencia (ambos el padre y la madre deben reclamar juntos y dar los detalles necesarios)					
Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)			Fecha de nacimiento		Número de teléfono
Domicilio de dependientes		Ciudad		Estado	Código postal
Dirección postal de dependientes		Ciudad		Estado	Código postal
Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)			Fecha de nacimiento		Número de teléfono
Domicilio de dependientes		Ciudad		Estado	Código postal
Dirección postal de dependientes		Ciudad		Estado	Código postal
Relación con el trabajador fallecido				¿Hay otros dependientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Quiénes son los otros dependientes?					
Los dependientes deben contestar todas las preguntas siguientes:			¿Desde cuándo comenzó a ser un dependiente?		
¿Qué discapacidades (físicas/mentales/sensoriales) lo hacen ser dependiente?					
				Solicítele a su médico de cabecera una declaración escrita de su condición y adjúntela a este reclamo.	
¿Qué propiedades posee usted?				¿Cuales son sus deudas? \$	
¿Cuáles eran sus ingresos incluyendo todos los recursos del año pasado? \$			Escriba los detalles de las cantidades de ingreso de cada recurso		
¿Es ciudadano de Estados Unidos?		Si respondió "No", de qué país es ciudadano?		(Se requiere prueba de ciudadanía si	

<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		reside fuera del país)
-----------------------------	-----------------------------	--	------------------------

¿Trabajó el año pasado?		¿Por cuánto tiempo?		Salarios cuando trabajaba	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				\$ por	
Anote específicamente las cantidades contribuidas para usted por el fallecido durante el año anterior a su muerte					
Cantidad	Fecha	Forma de pago	Cantidad	Fecha	Forma de pago
\$			\$		
\$			\$		
\$			\$		
\$			\$		
\$			\$		
\$			\$		
\$			\$		
¿Vivía con el fallecido durante el año anterior a su muerte?			Si respondió "No", ¿Qué cantidad pagó por hospedaje y comida?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parte del tiempo			\$		
¿Qué otras personas o agencias contribuyeron a su manutención?					

Tutor (si los dependientes no son competentes, el reclamo debe ser hecho por un tutor con los documentos apropiados adjuntos).			
Nombre del tutor	Número de teléfono	Fecha del nombramiento	Fecha de nacimiento
Dirección	Estado	Código postal	¿Hay un tutor actualmente?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

- Documentos que deben adjuntarse a este reclamo:**
- A. Copia del Certificado de defunción.
 - B. Copia del Certificado de nacimiento del solicitante.
 - C. El tutor debe enviar copia de las Cartas de tutela o la orden de custodia.
 - D. Recibos, copias de cheque, certificados de banco, cartas u otros documentos que prueben que usted recibió las cantidades que usted indicó arriba.
 - E. Certificado del médico de la familia que indique sus discapacidades físicas/mentales/sensoriales para su sustento y así probar su dependencia.

Instrucciones adicionales:
 Se les notifica a los reclamantes que al recibir este reclamo, el Departamento, si aun no lo ha hecho, escribirá y procurará obtener el reporte de defunción del doctor de cabecera, médico forense o funeraria y cualquier otra prueba requerida para que este reclamo pueda resolverse. Envíe cualquier otra información que usted crea que pueda ayudarle al Departamento a tomar una determinación en su reclamo.

Se requiere la firma y la impresión del sello o estampilla del notario

SUBSCRIBED AND SWORN TO BEFORE ME THIS
FECHA
NOTARY PUBLIC (NOTARIO PÚBLICO)
MY COMMISSION EXPIRES (FECHA DE VENCIMIENTO DE LA LICENCIA)

Todo lo arriba indicado es verdadero y ninguno de los hechos ha sido ocultado

Fecha	Firma de tutor
Fecha	Firma del dependiente