

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE  
OFFICE OF JUSTICE PROGRAMS  
BUREAU OF JUSTICE ASSISTANCE  
PUBLIC SAFETY OFFICERS' BENEFITS PROGRAM  
WASHINGTON, D.C. 20531

**INFORME DEL FALLECIMIENTO DE UN FUNCIONARIO DE  
SEGURIDAD PÚBLICA**

FOR DOJ USE ONLY/  
SÓLO PARA USO DE DOJ

CASE NUMBER/NÚMERO DE CASO

DATE RECEIVED/RECIBIDO EL

Esta información se solicita de conformidad con la Ley Ómnibus de Control de Delitos y Calles Seguras de 1968 (Omnibus Crime Control and Safe Streets Act of 1968), según enmendada (42 U.S.C. 3796), y su divulgación es voluntaria. El Departamento de Justicia usará este formulario para determinar la elegibilidad de un reclamante para recibir el pago de beneficios, y la información podrá ser divulgada a agencias federales, estatales y locales para verificar la elegibilidad para beneficios. La divulgación del Número de Seguro Social de una persona es obligatoria. El no proporcionar la información solicitada podría resultar en una demora del procesamiento del formulario y la obtención de los beneficios. **FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA.**

1. NOMBRE DEL FUNCIONARIO (Apellido, Primer, Segundo)

2. CARGO DEL FUNCIONARIO

3. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

4. FECHA DE LA LESIÓN

5. FECHA DE DEFUNCIÓN

6. NOMBRE Y DIRECCIÓN FÍSICA DE LA AGENCIA, ORGANIZACIÓN O UNIDAD QUE EMPLEABA Y EN CUYO SERVICIO OCURRIÓ EL FALLECIMIENTO (Incluya el código postal)

**PARTE I: AVISO DEL FALLECIMIENTO DE UN FUNCIONARIO DE SEGURIDAD  
PÚBLICA DURANTE EL DESEMPEÑO DE SUS DEBERES**

7. AL MOMENTO DE SUFRIR LA LESIÓN QUE RESULTÓ EN FALLECIMIENTO, ¿SE ENCONTRABA EL FUNCIONARIO TRABAJANDO UN TURNO REGULAR O ASIGNADO A UN TURNO DE TIEMPO EXTRA?  
SÍ  NO

DE NO SER ASÍ, ADJUNTE UNA DECLARACIÓN JURADA QUE EXPLIQUE CÓMO SE ENCONTRABA DESEMPEÑANDO SUS DEBERES EL FUNCIONARIO.

<u>COMO</u>		<u>AL SERVICIO DE</u>	
OFICIAL DE POLICÍA	<input checked="" type="radio"/>	GOBIERNO ESTATAL	<input checked="" type="radio"/>
FUNCIONARIO DEL SISTEMA CARCELARIO	<input checked="" type="radio"/>	UNIDAD DEL GOBIERNO LOCAL	<input checked="" type="radio"/>
FUNCIONARIO DE LIBERTAD CONDICIONAL	<input checked="" type="radio"/>	GOBIERNO FEDERAL	<input checked="" type="radio"/>
FUNCIONARIO DE LIBERTAD BAJO PALABRA	<input checked="" type="radio"/>	DEPARTAMENTO DE BOMBEROS, AMBULANCIA O CUADRILLA DE RESCATE POR VOLUNTARIOS ORGANIZADO LEGALMENTE, ORGANIZADO, DIPUTADO O CONFORMADO POR UNA AGENCIA PÚBLICA PARA DESEMPEÑARSE EN SU NOMBRE PARA PROPORCIONAR SERVICIOS DE COMBATE DE INCENDIOS O RESCATE AL PÚBLICO	<input checked="" type="radio"/>
BOMBERO	<input checked="" type="radio"/>	OTRO (Especifique)	<input checked="" type="radio"/>
FUNCIONARIO JUDICIAL	<input checked="" type="radio"/>		
DE AMBULANCIA Y RESCATE	<input checked="" type="radio"/>		
OTRO (Especifique)	<input checked="" type="radio"/>		

8. CONDICIÓN DE EMPLEO DEL FUNCIONARIO AL MOMENTO DE SUFRIR LA LESIÓN.

TIEMPO COMPLETO	<input checked="" type="radio"/>
TIEMPO PARCIAL	<input checked="" type="radio"/>
VOLUNTARIO	<input checked="" type="radio"/>
OTRO	<input checked="" type="radio"/>

9. ¿FUE OCASIONADA LA LESIÓN DEBIDO A:

	SÍ	NO	SE DESCONOCE
NEGLIGENCIA DEL FUNCIONARIO?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
MALA CONDUCTA INTENCIONAL DEL FUNCIONARIO?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
INTENTO DE SUICIDIO DEL FUNCIONARIO?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
INTOXICACIÓN VOLUNTARIA DEL FUNCIONARIO?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
CUALQUIER PERSONA QUE PUDIERA TENER DERECHO A BENEFICIOS?	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

(Adjunte explicaciones de cualesquiera respuestas afirmativas.)

**PARTE II: INFORMACIÓN RELACIONADA CON POSIBLES RECLAMANTES:** Proporcionar esta información no constituye un fallo ni a favor ni en contra de un Pago de Beneficios provisional u Otorgamiento Final de Beneficios. Si el funcionario no estaba casado al momento de su fallecimiento, pero vivía con otra persona en una relación que pudiera interpretarse como un matrimonio por cohabitación, sírvase indicar dicha relación a continuación.

10. NOMBRES, RELACIÓN Y DIRECCIONES DE LAS PERSONAS EN ORDEN DE PRECEDENCIA Y CATEGORÍA CORRESPONDIENTE SEGÚN SE INDICA:

CÓNYUGE O COHABITANTE SOBREVIVIENTE

NOMBRE (Apellido, Primer, Segundo)

NÚM. DE SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN POSTAL (Incluya el código postal)

HIJOS: NATURALES, ADOPTIVOS, HIJASTROS, NACIDOS DESPUÉS DEL FALLECIMIENTO, ILEGÍTIMOS, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD O CONDICIÓN DE DEPENDIENTE			
10a. NOMBRE (Apellido, Primer, Segundo)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM. DE SEGURO SOCIAL	Estado civil, independientemente de la edad
			Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/>
Dirección (si es distinta a la del renglón 11) y Número de Teléfono		NOMBRE Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE (LA MADRE) O TUTOR LEGAL	
10a. NOMBRE (Apellido, Primer, Segundo)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM. DE SEGURO SOCIAL	Estado civil, independientemente de la edad
			Casado <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/>
Dirección (si es distinta a la del renglón 11) y Número de Teléfono		NOMBRE Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE (LA MADRE) O TUTOR LEGAL	
<b>Favor de adjuntar otra hoja si hay más hijos.</b>			
<b>10.b SI EL FALLECIDO NO TIENE CÓNYUGE NI HIJOS ELEGIBLES SOBREVIVIENTES, PROVEA COPIAS DE LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA DEL DEPARTAMENTO MÁS RECIENTES DEL FUNCIONARIO, INCLUYENDO LA PÁGINA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS. SÍRVASE NOTAR: Se pedirá que la familia del fallecido proporcione las pólizas de seguro privado más recientes.</b>			
<b>BENEFICIARIOS:</b>			
NOMBRE (Apellido, Primer, Segundo)		NÚM. DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN POSTAL (Incluya el código postal)			
NOMBRE (Apellido, Primer, Segundo)		NÚM. DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN POSTAL (Incluya el código postal)			
<b>PARTE III: INFORMACIÓN RELACIONADA CON OTRAS RECLAMACIONES</b>			
11. QUE USTED SEPA, ¿SE HA PRESENTADO O SE PRESENTARÁ UNA RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS BAJO:			
A) La Ley Federal de Compensación a Trabajadores por Accidentes en el Trabajo, Sección 8191 título 5 del Código de EE.UU.?		SÍ <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
B) La Ley de Jubilación y Discapacidad de D.C. del 1 de septiembre de 1916, Sección 4-622?		SÍ <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
<b>PARTE IV: CERTIFICACIÓN</b> Cualquier respuesta falsa a cualquier pregunta de esta declaración puede constituir motivo para negar el pago de los beneficios y pudiera ser sancionable con una multa o encarcelamiento (Código de EE.UU., Título 18, Sec. 1001). Toda la información proporcionada por usted se tomará en consideración al revisar la reclamación y está sujeta a investigación.			
12. ORGANIZACIÓN EMPLEADORA—A mi mejor saber y entender, la información antes indicada es verdadera y completa.			
ORGANIZACIÓN	NOMBRE Y CARGO DEL JEFE DE LA AGENCIA EMPLEADORA ESCRITOS A MÁQUINA	FIRMA DEL JEFE DE LA AGENCIA EMPLEADORA	
DIRECCIÓN (Incluya el código postal)	NÚM. DE TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FECHA
13. ¿EXISTE UNA JUNTA DE JUBILACIÓN/DISCAPACIDAD, JUNTA DE COMPENSACIÓN A TRABAJADORES POR ACCIDENTES EN EL TRABAJO, TRIBUNAL U OTRA ENTIDAD QUE TOMARÁ EN CONSIDERACIÓN O HA TOMADO EN CONSIDERACIÓN LOS HECHOS DE ESTE CASO PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR OTROS BENEFICIOS? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
14. ¿SE TOMÓ UNA DECISIÓN FAVORABLE? SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>			
De ser así, indique la dirección y el número de teléfono de cada entidad en una hoja por separado.			
<b>Carga de Información Pública</b>			
<b>Aviso de la Ley de Reducción del Papeleo.</b> De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo, no se requiere que una persona responda a un instrumento de recopilación de información a menos que el mismo muestre un número de control de OMB actualmente válido. Intentamos crear formularios e instrucciones precisos, fáciles de entender y que le impongan la menor carga posible al proporcionarnos la información. El tiempo promedio estimado para llenar y presentar esta solicitud es aproximadamente 2 ½ horas por solicitud. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de esta reclamación o sugerencias para que este formulario sea más sencillo, puede escribir a Public Safety Officers' Benefits Program, Bureau of Justice Assistance, 810 7 <sup>th</sup> Street, N.W., Washington, D.C. 20531 y a Office of Information and Regulatory Affairs, Office of Management and Budget, Washington, D.C. 20530.			