

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE OFFICE OF JUSTICE PROGRAMS BUREAU OF JUSTICE ASSISTANCE PUBLIC SAFETY OFFICERS BENEFITS PROGRAM WASHINGTON, D.C. 20531 RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO	FOR DOJ USE ONLY/ SÓLO PARA USO DE DOJ CASE NUMBER/NÚMERO DE CASO DATE RECEIVED/RECIBIDO EL
---	--

Este formulario debe ser presentado por el cónyuge o hijo(s) sobreviviente(s), el beneficiario del seguro y/o los padres del funcionario de seguridad pública fallecido. Otra persona puede preparar esta reclamación en nombre de estas personas. Si usted presenta la reclamación en nombre de otras personas, debe adjuntar prueba de su autoridad a esos efectos. **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 LA MUERTE (Incluya el código postal)

INSTRUCCIONES: Para garantizar que se efectúe el pago a todas las personas elegibles, adjunte documentación válida (como documentación notariada, certificada o juramentada) relacionada con matrimonios, divorcios, decretos de separación, actas de defunción, actas de nacimiento, documentación de adopción, acuerdos de custodia u otras pruebas de la relación de padre e hijo, según corresponda para cada reclamante de las Partes I y II.

PARTE I INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS SOBREVIVIENTES	La Parte I debe completarse si, al momento de su fallecimiento, el funcionario tenía como sobreviviente a un cónyuge o uno de sus padres. La Parte II debe completarse si el funcionario tiene hijos, independientemente de la edad o condición de dependencia. (Adjunte copias certificadas de la licencia de matrimonio, todos los decretos de divorcio (incluyendo los arreglos de custodia de hijos) o acuerdos de separación, si corresponden, para verificar la relación conyugal con el funcionario, así como copias certificadas de las actas de nacimiento de los hijos.) Si el fallecido no tiene cónyuge ni hijos elegibles sobrevivientes, provea copias de las pólizas de seguro de vida más recientes del funcionario. SÍRVASE NOTAR: Se pedirá que la agencia que empleaba al fallecido proporcione las pólizas de seguro del departamento.
--	--

7. BENEFICIARIO ELEGIBLE Cónyuge Madre Padre Otro beneficiario

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)

8. ESTADO CIVIL DEL FUNCIONARIO AL FALLECER CASADO <input checked="" type="radio"/> SOLTERO <input checked="" type="radio"/> SEPARADO <input checked="" type="radio"/> DIVORCIADO <input checked="" type="radio"/> OTRO <input checked="" type="radio"/> _____ (Favor de identificar) Adjunte la documentación que sea necesaria, como certificados de matrimonio, todos los decretos de divorcio y arreglos de custodia, o acuerdos de separación.	9. ¿TIENE ALGÚN MOTIVO PARA CREER QUE EL FUNCIONARIO ESTUVO CASADO EN ALGÚN MOMENTO CON ALGUNA OTRA PERSONA? SÍ <input checked="" type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> NO SÉ <input checked="" type="radio"/> De ser así, favor de indicar el número de matrimonios y presentar documentación mostrando la disolución de matrimonios anteriores, como actas de defunción o decretos de divorcio. _____ 9a. Indique el número de veces que el cónyuge sobreviviente ha estado casado. _____	10. ¿TIENE ALGÚN MOTIVO PARA CREER QUE EL FUNCIONARIO TUVO ALGÚN HIJO DE UN MATRIMONIO O RELACIÓN ANTERIOR? SÍ <input checked="" type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> De ser así, inclúyalo en la Parte II o explíquelo en otra hoja y adjúntela a este formulario.
--	---	---

PARTE II INFORMACIÓN SOBRE HIJOS SOBREVIVIENTES	Complete esta parte si sobreviven al funcionario hijos naturales, ilegítimos, adoptados o nacidos después de fallecer, así como hijastros. Deben incluirse todos los hijos sobrevivientes, independientemente de la edad o condición de dependencia al momento de fallecer el funcionario. Adjunte copias certificadas de las actas de nacimiento, documentos de adopción, resultados de pruebas de ADN o cualquier otra prueba de la relación de padre e hijo, según corresponda.
--	--

11. NOMBRE (Apellido, Primer, Inicial)	Fecha de Nacimiento	Núm. de Seguro Social	Si mayor de 18, asistía a la escuela al momento de fallecer el padre (la madre)	Estado Civil, independientemente de la edad
			Tiempo Completo <input checked="" type="radio"/> Tiempo Parcial <input checked="" type="radio"/> N/A <input checked="" type="radio"/>	Casado <input checked="" type="radio"/> Soltero <input checked="" type="radio"/>

Dirección (si es distinta a la del renglón 7) y Número de Teléfono	NOMBRE Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE (LA MADRE) O TUTOR LEGAL
--	---

--	--

PARTE II CONTINUACIÓN

11. NOMBRE (Apellido, Primer, Inicial)	Fecha de Nacimiento	Núm. de Seguro Social	Si mayor de 18, asistía a la escuela al momento de fallecer el padre (la madre)	Estado Civil, independientemente de la edad
			Tiempo Completo 9 Tiempo Parcial 9 N/A 9	Casado 9 Soltero 9
Dirección (si es distinta a la del renglón 7) y Número de Teléfono			NOMBRE Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE (LA MADRE) O TUTOR LEGAL	
11. NOMBRE (Apellido, Primer, Inicial)	Fecha de Nacimiento	Núm. de Seguro Social	Si mayor de 18, asistía a la escuela al momento de fallecer el padre (la madre)	Estado Civil, independientemente de la edad
			Tiempo Completo 9 Tiempo Parcial 9 N/A 9	Casado 9 Soltero 9
Dirección (si es distinta a la del renglón 7) y Número de Teléfono			NOMBRE Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE (LA MADRE) O TUTOR LEGAL	
11. NOMBRE (Apellido, Primer, Inicial)	Fecha de Nacimiento	Núm. de Seguro Social	Si mayor de 18, asistía a la escuela al momento de fallecer el padre (la madre)	Estado Civil, independientemente de la edad
			Tiempo Completo 9 Tiempo Parcial 9 N/A 9	Casado 9 Soltero 9
Dirección (si es distinta a la del renglón 7) y Número de Teléfono			NOMBRE Y NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE (LA MADRE) O TUTOR LEGAL	

Favor de adjuntar otra hoja si hay más hijos.

PARTE III	<p>DECLARACIONES Y RECLAMACIÓN: Se requiere que todos los reclamantes completen esta parte. El propósito de esta reclamación es determinar la elegibilidad de los sobrevivientes y hacer cumplir sus derechos a beneficios de conformidad con la Ley Omnibus de Control de Delitos y Calles Seguras de 1968 (Omnibus Crime Control and Safe Streets Act), según enmendada (42 U.S.C. 3796). La presentación de esta reclamación no constituye una decisión del Departamento de Justicia de otorgar o no otorgar beneficios a los reclamantes.</p> <p align="center">Esta reclamación puede ser preparada por otra persona en nombre de los reclamantes; a saber, uno de los padres, un tutor legal u otro representante legal o representante debidamente nombrado por los reclamantes. Debe adjuntarse prueba de la debida autoridad para representar a los reclamantes.</p>
------------------	--

A. DECLARACIÓN SOBRE OTRAS RECLAMACIONES PRESENTADAS ANTE EL GOBIERNO DE LOS ESTADOS UNIDOS Y/O EL DISTRITO DE COLUMBIA:
 ¿Se ha presentado una reclamación de beneficios bajo:
 (1) La Ley Federal de Compensación a Trabajadores por Accidentes en el Trabajo, Sección 8191 título 5 del Código de EE.UU.? **SÍ 9 NO 9**
 (2) La Ley de Jubilación y Discapacidad de D.C. del 1 de septiembre de 1916, Sección 4-622? **SÍ 9 NO 9**

B. DECLARACIÓN DE NECESIDAD FINANCIERA: Si, como resultado de este fallecimiento, se ha presentado una vicisitud financiera inmediata puede efectuarse un pago provisional de \$3000. Si está experimentando vicisitudes financieras inmediatas, sírvase adjuntar una declaración de las circunstancias financieras y dicha necesidad. Esta declaración debe incluir todas las responsabilidades financieras, todos los beneficios a los que tiene derecho y los beneficios que ha recibido hasta la fecha. Si se reciben todos los documentos necesarios para completar esta reclamación, es posible que no sea necesario efectuar un pago provisional.

El Departamento de Justicia usará este formulario para determinar la elegibilidad de un reclamante a un pago de beneficios por fallecimiento. La información podrá divulgarse a ciertas agencias federales, estatales y locales para verificar la elegibilidad para recibir beneficios. Tenemos que tener Números de Seguro Social para procesar los pagos.

Certifico que la información proporcionada es correcta y completa a mi mejor saber y entender. Certifico además que no estoy consciente de ningún otro posible reclamante a estos beneficios de PSOB que no sean los arriba indicados. No estoy consciente de ningún hecho o circunstancia que pudiera ocasionar que cualquiera de las personas arriba indicadas sea inelegible para este beneficio. Entiendo que cualquier declaración falsa o incompleta, así como el no divulgar completamente la información pertinente relacionada con esta reclamación, puede constituir motivo para negar el pago de los beneficios o resultar en enjuiciamiento por declaraciones falsas de conformidad con 18 U.S.C. § 1001.

Toda la información proporcionada se tomará en consideración al revisar la reclamación y está sujeta a investigación.

FIRMA DEL RECLAMANTE O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO (Si es el representante, proporcione una declaración jurada del reclamante otorgándole poder judicial)	FECHA
	CORREO ELECTRÓNICO (Si tiene)
Teléfono de la Casa: (Incluyendo el Código de Área)	Teléfono del Trabajo (Incluyendo el Código de Área)
Teléfono de Alternativa (Incluyendo el Código de Área)	

Carga de Información Pública

Aviso de la Ley de Reducción del Papeleo. 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 90 minutos 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 7th Street, NW, Washington, D.C. 20531 y a Office of Information and Regulatory Affairs, Office of Management and Budget, Washington, D.C. 20530.