



YOLO COUNTY SHERIFF'S OFFICE

140 TONY DIAZ DRIVE, WOODLAND, CA 95776

PHONE (530)406-5137 FAX (530)669-5841

Programa para Indigentes Del Condado de Yolo

El Programa para Indigentes del Condado de Yolo, esta diseñado para ayudar a familias en este momento difícil, que estan economicamente incapaces de pagar los arreglos finales. El condado a elegido la cremacion sin servicios, simplemente para hacer mas efectivo el costo. La cantidad prestada no debe considerarse como un complemento de los fondos ya disponible para la familia o para difundir arreglos finales.

Si aprobado, el prestamo sera \$995.00. Sin embargo, si el fallecido/a excede las 300 libras, se aplicaran cargos adicionales que la familia sera responsable de pagar.

Por favor de completar y devolver la aplicacion al Yolo County Sheriff~Coroner~Oficina de Administradores Publicos. **Todos los solicitantes deben de incluir prueba de ingresos del solicitante y el estado de cuenta bancario mas reciente.** Es posible que no se consideren las solicitudes incompletas o sin la documentacion requerida.

Si el solicitante a recibido donaciones, hay una poliza de Seguro, o hay algun otro beneficio que pagara para la disposicion del fallecido/a, NO APLIQUE. Y si el fallecido/a es un bebe, los dos padres deben de firmar la hoja de la portada y proporcionar prueba de ingresos o la solicitud puede ser negada.

ESTE ES SOLO UN PRESTAMO. SE ESPERA QUE USTED PAGUE AL ADMINISTRADOR PUBLICO DEL CONDADO DE YOLO HASTA QUE EL PRESTAMO SE PAGUE EN SU TOTALIDAD. UNA VEZ APROBADO, RECIBIRA UNA CARTA INFORMANDOLE LA CANTIDAD QUE DEBE Y A DONDE DEBE ENVIAR SU PAGO. SI DESPUES DE SEIS MESES, EL CONDADO NO RECIBE PAGOS, SU CUENTA PUEDE SER ENTREGADA A UNA AGENCIA DE COBRO.

NOMBRE DEL FALLECIDO/A: _____

Por favor marque la caja apropiada para el reembolso, que es la mas adecuada para sus necesidades:

_____ \$50 .00 por mes hasta que se pague por completo

_____ \$25.00 por mes hasta que se pague por completo

_____ \$10.00 por mes hasta que se pague por completo

Por favor marque la fecha de pago mas adecuada a sus necesidades. Su pago vencera en esta fecha cada mes:

_____ El 10 de cada mes

_____ El 15 de cada mes

_____ El 30 de cada mes

Nombre de Solicitante (En molde)

Firma de Solicitante

Nombre de Co-Solicitante (En molde)

Firma de Co-Solicitante

NOMBRE DEL FALLECIDO/A:_____

SOLICITUD PARA PROGRAMA DE INDIGENTES

1. Antecedentes del Fallecido/a:

Nombre del Fallecido/a_____Number de Seguro Social_____

Residencia al momento del fallecimiento_____

Fecha de Nacimiento_____Lugar de Nacimiento_____Fecha del Fallecimiento_____

Ubicacion de los restos_____Estatura del Fallecido/a_____Peso del Fallecido/a_____

Estado Civil: Casado/a () Divorciado/a () Viudo/a () Nunca Casado/a ()

Veterano/a: SI () NO () Sucursal del Servicio/Numero del Servicio._____/#_____

2. Ingresos Y Bienes:

Empleo del Fallecido/a_____Ingreso Mensual \$_____

Otro ingreso mensual: SSI: \$_____SSA: \$_____VA: \$_____

Ahorros: SI () NO () Balance: _____Cheque Bancario: SI () NO () Balance: _____

Nombre Bancario:_____Direccion Bancario:_____

3. Bienes y Propiedades:

Residencia al momento de fallecimiento:_____

El fallecido/a: Dueño/a: () Renta: () Pago al Mes \$_____

Vehiculos: SI () NO () Ubicacion actual:_____

Año_____Marca_____Modelo_____

Aseguranza de Vida: SI () NO ()

Si, Nombre de Compañia:_____

El Valor_____Number de Poliza#_____

Otros Bienes: (Efectivo, Chequera, Etc.)

NOMBRE DEL FALLECIDO/A: _____

FAMILIAR MAS CERCANO

SE DEBE DE ADJUNTAR COMPROBANTES DE INGRESOS

1. Nombre del Solicitante _____ Relacion al Fallecido/a _____
Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social# _____ Telefono# _____
Direccion _____
(Nombre de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)
Empleo del Solicitante _____ Ingreso Mensual _____
Otras fuentes de ingreso o medios de sosten: Ingreso
Mensual _____

(Seguro Social, Pension Militar, Pension de Empleo, Beneficios)
Verificacion de Ingresos _____
Adjunte talon de cheque mas reciente; prueba de AFDC; estado de banco
Numero de Dependientes: _____
Nombre de Banco del Solicitante _____ Ubicacion de Banco _____
Ahorros: SI () NO () Numero de cuenta _____ Balance _____
Chequera: SI () NO () Numero de cuenta _____ Balance _____
2. Propiedad del Solicitante:
Dueño/a: () Renta: () Pago mensual \$ _____
Direccion: _____
(Nombre de calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)
Compañia Hipotecaria _____ Saldo Debido _____
Valor Aproximado _____
Vehiculos del Solcitante _____
Marca/Modelo Año Numero de Placa
3. Otros Bienes: SI () NO ()
SI alguno, explique:

4. Algun otro familiar cercano: SI () NO: () Si, dar nombre y relacion:

Nombre Relacion

Nombre Relacion

Nombre Relacion

NOMBRE DEL FALLECIDO/A: _____

FAMILIAR MAS CERCANO

SE DEBE DE ADJUNTAR COMPROBANTES DE INGRESOS

1. Nombre del Co-Solicitante _____ Relacion al Fallecido/a _____
Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social# _____ Telefono# _____
Direccion _____
(Nombre de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)
Empleo del Co-Solicitante _____ Ingreso Mensual _____
Otras fuentes de ingreso o medios de sosten: Ingreso
Mensual _____

(Seguro Social, Pension Militar, Pension de Empleo, Beneficios)
Verificacion de Ingresos _____
Adjunte talon de cheque mas reciente; prueba de AFDC; estado de banco
Numero de Dependientes: _____
Nombre de Banco del Co-Solicitante _____ Ubicacion de Banco _____
Ahorros: SI () NO () Numero de cuenta _____ Balance _____
Chequera: SI () NO () Numero de cuenta _____ Balance _____
2. Propiedad del Co-Solicitante:
Dueño/a: () Renta: () Pago mensual \$ _____
Direccion: _____
(Nombre de calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)
Compañia Hipotecaria _____ Saldo Debido _____
Valor Aproximado _____
Vehiculos del Co- Solicitante _____
Marca/Modelo Año Numero de Placa
3. Otros Bienes: SI () NO ()
SI alguno, explique: _____
