

**Provisión irrevocable para fondo  
funerario para atención médica  
relacionada con SSI**  
**Irrevocable Burial Fund Provision for SSI Related  
Healthcare**

Nombre del solicitante/destinatario	Nº de ID del cliente
Nombre de la persona que hace la declaración (si no es el solicitante/destinatario antes mencionado)	Relación

**Entiendo que Medicaid permite que ciertos fondos sean reservados para el funeral. Los fondos pueden ser reservados en una cuenta revocable o irrevocable. (Por favor, use el Formulario 14-539 si los fondos están depositados en una cuenta revocable). Por la presente certifico que:**

Tengo los siguientes fondos reservados en una cuenta irrevocable:

\$ \_\_\_\_\_ para mí       \$ \_\_\_\_\_ para mi cónyuge

Los fondos están depositados en:

- Cuenta tribal irrevocable\*
- Póliza de seguro de vida asignada irrevocablemente; número de póliza:\*\* \_\_\_\_\_
- Otros (especificar):\*\* \_\_\_\_\_

\*El representante tribal debe completar la sección tribal a continuación.

\*\*Proporcione a DSHS una verificación de documentos de seguro de vida asignado irrevocablemente, contratos con la funeraria u otras Disposiciones funerarias irrevocables con este formulario.

**TRIBU, COMPAÑÍA DE SEGURO PROVEEDOR DE SERVICIOS FUNERARIOS DONDE LOS FONDOS ESTÁN DEPOSITADOS:**

NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN O DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD      ESTADO      C.P.

Entiendo que debo informar lo siguiente al Departamento de Servicios Sociales y de Salud:

- Cualquier depósito adicional a la cuenta o fondo.
- Cualquier compra o regalo de otro seguro de vida, contrato funerario, dinero en efectivo, etc.

Entiendo que puedo ser procesado penalmente si voluntariamente realizo una declaración falsa. Declaro bajo pena de perjurio que la información contenida en este documento es verdadera.

FIRMA DE LA PERSONA QUE REALIZA LA DECLARACIÓN (PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO) ESCRIBIR CON TINTA	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO
---	-------	--------------------

**PARA SER COMPLETADO POR EL REPRESENTANTE TRIBAL**

Certifico que el/los individuo(s) señalado(s) anteriormente ha(n) depositado fondos en una cuenta tribal irrevocable. Los fondos reservados están:

- Basados razonablemente en los gastos anticipados de este(os) miembro(s) tribal(es).
- No disponibles para el/los miembro(s) tribal(es) para ningún propósito excepto propósitos funerarios.
- En el monto indicado anteriormente.

FIRMA DEL REPRESENTANTE TRIBAL	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO
--------------------------------	-------	--------------------