



圣马特奥县验尸官办公室

验尸官 Robert J. Foucrault

50 Tower Road, San Mateo, CA 94402

电话: 650-312-5562 传真: 650-571-6258

县火化处置信息包说明

下为关于如何向圣马特奥县验尸官办公室请求处置无人认领遗体的说明。

在下列情况下，需要填写本信息包：

根据《健康和安全法》第 7104 条规定，请求圣马特奥县验尸官办公室保管无人认领遗体（包括宫内妊娠满 20 周以上的胎儿遗体）。

下列情况下，无需填写本信息包：

死者因《政府法典》第 27491 条中所列任何原因而被送交给圣马特奥县验尸官办公室。依据法律规定，此类案件此类案件应由验尸官负责保管遗体并进行死亡调查。

本信息包包含：

- 《县火化处置信息包说明》一份：
- 《县火化处置信息包附信》表一份
- 《死者及其近亲信息》表一份
- 《近亲财务报表》一份

说明：

总说明：您必须先满足特定法律要求，方可因死者贫穷或无人认领而请求验尸官保管死者遗体。本信息包中的说明和表格，旨在帮助您满足这些要求，确保您的请求能得到妥当处理，且避免不必要的延误。配合完整填写这些表格，并遵守本信息包中所附说明，将进一步确保您的请求能得到迅速处理。

放弃：签署本文件，并请求验尸官保管死者遗体，即表明您放弃对死者骨灰及个人财产进行占有的一切权利。骨灰将不会存放于您能瞻仰的地方。任何和所有个人财产，包括但不限于：房产、财务金融账户、保险理赔金，均将为圣马特奥县所有。

县火化处置信息包附信：在请求验尸官接受贫困或无人认领遗体时，本表可作附信。本表必须填写，并附于提交给验尸官的每份申请的所有其他表和文件中。

死者及其近亲信息表：本表要求您提供死者相关信息，列出死者的所有已知近亲，并记载您为寻找死者近亲来负责处置遗体而作出的努力。为满足《加州健康和安全法》第 7104 条规定要求，您必须尽力寻找死者近亲，并在找到后告知他们称，根据《加州健康和安全法》第 7100 条规定，他们不仅有权对死者遗体处置进行控制，还须承担支付处置费用的义务和责任。

当然，尽力寻找的目的，是希望能找到死者的近亲，他们将承担相应法律责任。如果找到了近亲，则无需验尸官介入。

但您必须在本表中作出清晰而翔实的注述，以记录您为寻找死者近亲所作出的努力。举例说明：

2014 年 5 月 23 日, 上午 9:23 - 我曾致电死者的房东约翰·史密斯 (+1) 650-555-1234)。史密斯称, 死者曾独居 9 年, 未曾听见死者提起过任何家人或朋友。

2014 年 5 月 23 日, 上午 9:23 - 我曾联系死者的房东约翰·史密斯 (+1) 650-555-1234)。史密斯称, 死者有个兄弟, 名叫迈克尔, 住在圣马特奥县, 可通过电话 (+1) 650-123-555) 联系他。

2014 年 5 月 23 日, 上午 9:38 - 我曾联系死者的兄弟迈克尔·琼斯, 他确认称, 他是死者唯一在世的亲属。迈克尔还称, 他自己太穷, 无力承担其兄弟的丧葬费, 所以, 我向他解释称, 他需要来医院填写一份简单的财务报表。

2014 年 5 月 25 日, 下午 2:51 - 迈克尔·琼斯在我的办公室填写了《近亲财务报表》。

《加州健康和安全法》第 7103 条部分地规定，如果任何人士有责任承担殡葬义务却拒不履行该义务，则构成犯罪。同时，该法还规定，任何未履行殡葬义务的人士，将**负责**按执行殡葬所耗**费用**的**三倍**向履行义务的人士作出支付。

如果您在尽力寻找近亲期间无法保管死者遗体，则在您尽力寻找死者近亲的任务完成之前，您可能需要安排一处存尸房来存放遗体。如果您选择由一处存尸房来存放遗体，则必须您所在机构支付遗体存放费用，而不能从死者的信托账户或其他资产中支付。

近亲财务报表：仅当找到死者近亲且其声称其无力支付处置费用时，方有必要填写本表。如果出现上述情况，您应吩咐他们前往您的办公室并填写《近亲财务报告》表。尽管您可以通过电子邮件向他们发送本表，但最好是协助他们完成填表。如果死者近亲太穷，无力支付处置费用，且其能够出示自己无力负担的证据，则可依法免除其法律责任。

当您尽力寻找死者近亲的任务完成后：

如果您已尽力寻找死者近亲而无果，或是在找到死者近亲之后，他们不愿意或无经济能力履行相关义务的，则您可以根据《健康和安全法》第 7104 条规定，请求**死者死亡时所居住的**县的验尸官接管死者遗体。

重要的是须注意，如果死者非本县居民，则依据法律规定，您不得请求圣马特奥县验尸官办公室接管无人认领的遗体。此种情形下，您必须联系死者生前所居住的县的验尸官。

遗体处置说明：

如果您要求圣马特奥县验尸官接管无人认领的遗体，则必须先采取以下措施，方可将死者尸体从您所在机构或您可能已选择临时存放遗体的存尸房移走：

- 1) 《县火化处置附信》原件必须填写，并附于提交给验尸官的其他所有文件中。
- 2) 《死者及其近亲信息》表原件必须完整填写，并由承担尽力寻找死者近亲的责任的人士签字。
- 3) 所有《近亲财务报表》表原件均须妥填，并由死者各近亲签字。
- 4) 如果死者遗体将由验尸官移送，则您必须提供可予以证明的医生的姓名及其工作地的联系方式。
- 5) 向验尸官提出遗体移送请求后，必须将整套信息包传真给或当面送交验尸官进行审查。验尸官如果批准了信息包，则其将通知您遗体移送日期。在某些情况下，这一环节可能会耗时一到两天。如果信息包未获批准，则验尸官将就您还需要采取哪些措施才能符合移送要求的问题向您作出通知。

如果您在填写死亡证明或下葬许可文件过程中有任何疑问，请拨打电话：(+1)650-573-2371 联系圣马特奥县人口统计办公室。

县火化处置信息包附信

收件人：
圣马特奥县验尸官办公室
县火葬科
50 Tower Road
San Mateo, CA 94402
(650) 312-5562 – (650) 571-6258 传真

发件人：

电话： _____

根据《加州健康和安全法》第 7104 条规定，兹向圣马特奥县验尸官申请移走以下遗体：

死者姓名： _____

遗体位置： _____

死亡日期： _____ 死亡时间： _____

本信息包包含以下表格或文件： *勾选适用内容*

- 《死者及其近亲信息》表原件
- 完整填写并经各已知近亲签字的所有《近亲财务报表》表原件。
- 经医生证名并已提交给卫生局的已填写完成《死亡证明》的，以及最初提交的《遗体处置许可》的副本 1、副本 2 和副本 3。

兹证明，本人已尽力寻找死者近亲，如果已经找到，我已经告知他们称，其有责任妥善处置其亲属遗体。本人根据加州法律规定，声明上述内容均属实且无误，否则，甘受伪证处罚。

(日期) 签署于 _____ (地点) _____

打印姓名及职衔

签名

仅供办公室使

_____ 负责审查的副验尸官

_____ 日

_____ 负责批准的验尸

_____ 日

死者及其近亲信息

本表应由负责遵守《健康和安全法》第 7104 条规定的人士填写。

死者背景

姓名（姓、名、中间名）： _____

已知别名： _____ 死者民族： _____

出生日期： _____ 出生时间（如果不足 24 小时）： _____

出生所在州/外国： _____

死亡日期： _____ 死亡时间： _____ 入殓日期： _____

死亡地点： _____

证明医生： _____ 电话号码： _____

死因： _____

死亡时居住地： _____ 本县居住年限： _____

死者生前住所是否位不在圣马特奥县？ 是 否

如果是，在哪个县？ _____ 您有没有给致电该县询问相关信息？ 是 否

询问结果： _____

婚姻状况： 未知 其他： _____ 死者是否为退伍军人？ 是 否

死者是否死于退伍军人机构（医院或护理机构）？ 是 否

主要职业： _____ 从业年限： _____ 业务/行业所

属类别： _____ 受教育程度（最高学历/学位）： _____

父亲姓名（姓、名、中间名）： _____

母亲姓名（姓、名、中间名）： _____

父亲出生所在州/外国： _____

母亲出生所在州/外国： _____

监护人姓名： _____ 电话号码： _____

死者姓名： _____

死者财务状况

按月领取收入的收款人或代理收款人的姓名、地址和电话号码：

月收入： 美元 _____ 收入来源： _____ 信托余额： _____ 遗嘱： 有 无

医保号： _____ 加州医保号： _____ 社保号： _____

银行名称： _____ 支行网点： _____ 账号： _____

机构个人财产清单： _____

已找到的死者亲友名单

根据《健康和安全法》第 7100 条规定，除非死者另有指示，否则，近亲应按如下先后顺序继承死者遗体处置控制权并承担殡葬责任和安葬费用：任何配偶、子女、父母、兄弟姐妹、侄子侄女/外甥外甥女、祖（外祖）父母和第一代堂表亲。

姓名： _____ 与死者关系： _____

地址： _____ 电话号码： _____

姓名： _____ 与死者关系： _____

地址： _____ 电话号码： _____

姓名： _____ 与死者关系： _____

地址： _____ 电话号码： _____

姓名： _____ 与死者关系： _____

地址： _____ 电话号码： _____

如果所列近亲声称无力支付处置费用，则其必须填写《近亲财务报表》表格。

死者姓名： _____

为找到及联系死者近亲而作出的努力

勾选已完成项

- 已探访死者存放在您机构期间签字对其遗体负责的人士
- 已联系县医院，通过过往病历获得相关信息
- 已审查死者的记录/病历
- 已向选民登记处核实
- 已探访死者朋友/访客
- 已探访社工
- 已向社会服务机构核实
- 已检查电话簿/磁盘
- 已向公定监护人核实
- 已通知公定遗产管理人
- 已向死者居住地当地医院核实信息： _____
- 如果死者住在疗养院的时间不足四个月 - 那其之前住在何处？
- 其他（为找到及联系死者近亲而作出的其他努力的相关记录文件，见第 3 页）

为找到及联系死者近亲而作出的其他努力

本栏应用于记录您为找到及联系死者近亲所作出的努力。您每次联系或尝试联系某人时，应：1) 注明日期和时间；2) 负责联系该人士的工作人员的姓名；3) 您与哪些人进行了交谈，以及，您联系或尝试联系的结果如何；4) 务必询问您的每一位联系人知道死者有其他任何亲属与否，如果有，须获取他们的姓名、与死者关系、地址和电话号码；5) 始终须向您的每一位联系人询问可能有助于您填写死亡证明的信息；6) 如需更多篇幅，可另附页。

兹证明，本人已尽力寻找死者近亲，如果已经找到，我已经告知他们称，其有责任妥善处置其亲属遗体。本人根据加州法律规定，声明上述内容均属实且无误，否则，甘受伪证处罚。

（日期）签署于 _____ （地点） _____

打印姓名及职衔

签名

近亲财务报表

死者：_____ 验尸官案件编号：_____

姓名（近亲）：_____ 与死者关系：_____

出生日期：_____ 电话号码：_____

地址：_____

近亲财务报表

本人，_____（姓名），兹证明，以下关于本人目前及可预见的未来财务状况的陈述正确无误。

1) 本人正在接收如下一项或多项计划项下的援助：*随附一份本人最近支票副本或其他形式的受援助证明*

- 附加保障收入和州补充支付计划（SSI 和 SSP）
- 抚养儿童家庭援助计划（AFDC）
- 食品券（食品券计划）
- 县救济、一般救济 (GF) 或一般援助 (GA)
- 贫困家庭临时援助/以工代赈计划（TANF/CalWorks）

2) 您是否为死者任何寿险受益人？ 是 否

- 如果勾选了上文问题 1 的方框且对问题 2 的回答为“否”，则仅需在本页底部签名，本表其余部分无需填写。
- 如果勾选了上文问题 1 的方框且对问题 2 的回答为“是”，则《近亲财务报表》的两页均须填写。

3) 本人每月总收入低于下表所示金额。圈出对应的家庭人数和每月收入的那一项。

您必须随附最近工资支票、工资单或其他收入证明。如果勾选此方框，则您必须填写《近亲财务报表》第 1 页和第 2 页。

| 家庭人数（圈出） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 每多一位 |
|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------|
| 您的每月总收入 | 1128 美元 | 1518 美元 | 1907 美元 | 2297 美元 | 2686 美元 | 3076 美元 | 3466 美元 | 3855 美元 | 390 美元 |

4) 本人的收入不够支付本人和及本人家人生活基本必需的费用，也不够支付殡葬费用。如果勾选此方框，则必须填写《近亲财务报表》第 1 页和第 2 页。

本人根据加州法律规定，声明上述内容均属实且无误，否则，甘受伪证处罚。本人已清楚，根据加州法律规定，本人作为死者的近亲，有责任承担死者的殡葬义务，且应在有经济能力承担的情况下承担其殡葬费用。本人亦清楚，圣马特奥县验尸官办公室将核实本人的财务状况，如果验尸官确定本人能够承担殡葬费用但却未在合理时限内履行该义务，则其可能会向圣马特奥县地方检察官对我提出轻罪指控，而本人可能需向圣马特奥县验尸官办公室支付圣马特奥县执行殡葬所耗费用三 (3) 倍的金额。

（日期）签署于_____（地点）_____

打印姓名及职衔

签名

近亲财务报表

死者：_____ 验尸官案件编号：_____

近亲：_____ 与死者关系：_____

| | | | |
|----------------------------------|----|--|----|
| 5) 本人月收入 (如果每月不同, 则为月均收入) | | 8) a) <input type="checkbox"/> 本人无法支付任何殡葬费用 | |
| a) 本人的月薪总额为: | 美元 | b) <input type="checkbox"/> 我只有能力支付如下金额: | 美元 |
| b) 我的工资薪金扣除金额为: | | 9) 本人对以下财产拥有直接、间接或实益拥有权益: | |
| (1) | 美元 | a) 现金 | 美元 |
| (2) | 美元 | b) 支票、储蓄、信用合作社、银行 | |
| c) 本人每月实发工资为 (a-b) | 美元 | (1) | 美元 |
| d) 本人每个月所取得的其他收入: | | (2) | 美元 |
| (1) | 美元 | c) 轿车、其他车辆、船只 (品牌型号及年份) | |
| e) 本人的每月总收入为: | 美元 | (1) | 美元 |
| 6) 本人的每月开支包括: | | (2) | 美元 |
| a) 租金、房贷、维修费用 | 美元 | (3) | 美元 |
| b) 食品和日用品 | 美元 | d) 其他个人财产 (珠宝、家具等) | |
| e) 衣物 | 美元 | (1) | 美元 |
| f) 洗衣和清洁 | 美元 | (2) | 美元 |
| g) 医疗费用和牙科费用 | 美元 | (3) | 美元 |
| h) 保险 (寿险和健康险) | 美元 | 其他个人财产总计: | 美元 |
| i) 上学和儿童保育 | 美元 | 10) 支持本申请的其他事实: (描述异常医疗需求、近期家庭紧急情况支出或其他异常支出, 以帮助验尸官和法官了解您的预算。如需更多篇幅, 可写在本页背面。) | |
| j) 水电气费用和话费 | 美元 | | |
| k) 交通费和汽车费用 | 美元 | | |
| l) 分期付款 | | | |
| (1) | 美元 | | |
| (2) | 美元 | | |
| (3) | 美元 | | |
| m) 工资划转和收益代扣令 | 美元 | | |
| n) 其他支出 (请注明) | | | |
| (1) | 美元 | | |
| (2) | 美元 | | |
| o) 每月总开支 (6a 至 6l) | 美元 | | |
| 7) 每月收入减去支出 (5e 减去 6m) | 美元 | | |

本人根据加州法律规定, 声明上述内容均属实且无误, 否则, 甘受伪证处罚。本人已清楚, 根据加州法律规定, 本人作为死者的近亲, 有责任承担死者的殡葬义务, 且应在有经济能力承担的情况下承担其殡葬费用。本人亦清楚, 圣马特奥县验官办公室将核实本人的财务状况, 如果验尸官确定本人可以承担殡葬费用但却未在合理时限内履行该义务, 则其可能会向圣马特奥县地方检察官对本人提出轻罪指控, 而本人可能需要向圣马特奥县验尸官办公室支付圣马特奥县执行殡葬所耗费用三 (3) 倍的金额。

(日期) 签署于_____ (地点) _____

打印姓名及职衔

签名