

SPECIAL ASSISTANCE BURIAL EXCLUSION DESIGNATION FORM

(THIS PAGE COMPLETED BY COUNTY CASEWORKER)

Applicant/Beneficiary: _____

Date: _____

County Caseworker: _____

Last 4 of SSN: _____

Special Assistance Program policies allow applicants/beneficiaries (a/b) a burial fund exclusion of up to \$1,500 of otherwise countable liquid resources *if they are solely designated for burial expenses.*

Burial Exclusion Rules

- Always ask the a/b if there are resources that are intended to be used for burial purposes. **Any designation of burial funds MUST be discussed with and agreed upon by the a/b.**
- Use the \$1500 burial exclusion to reduce countable resources when the a/b has excess liquid resources in:
 1. A revocable burial contract for his/her burial expenses,
 2. CV of life insurance on his/her own life, or
 3. Cash/bank accounts.
- The funds must be clearly designated as being set aside for burial.
- The funds must be kept separate from non-burial resources.
- **Do not** use burial exclusion if a/b has irrevocable burial arrangements valued at \$1500 or more. Irrevocable contracts are not a countable resource *but are applied to and use up the burial exclusion.*

**** Review and apply all applicable Special Assistance burial exclusion policy in SA-3200 V.B. ****

Date of Designation (date of discussion with & agreement by A/B)	Resource Type	Resource Description (include name of financial institution, insurance company, location, account or policy number, etc.)	Resource Value	Amount Designated for Burial

Notes: _____

The a/b must agree to report to the Department of Social Services:

- _____ Any use of burial funds not related to burial of a/b (includes withdrawal or borrowing from funds)
- _____ Any deposits to the burial funds (do not include interest payments allowed to remain in the fund)
- _____ Any interest paid to the a/b directly from the burial fund
- _____ Any future purchase or gift of life insurance, burial contracts, etc. to pay for burial

IF THE FUNDS TO BE DESIGNATED ARE CASH/FUNDS HELD IN A BANK ACCOUNT:

- Obtain a/b's **written statement** as to whether they intend to use the funds for burial expenses (see *Burial Exclusion Designation Form – Appendix A* on next page).
- Inform a/b that cash funds intended for burial expenses *must not be commingled with other funds.*
- For applications, the funds must be separated and proof provided within 45/60 day processing time.
- For beneficiaries, proof must be provided prior to the effective date of termination.

ASISTENCIA ESPECIAL
FORMA DE DESIGNACIÓN DE EXCLUSIÓN DE ENTIERRO
APÉNDICE A

(para ser completado por el solicitante/beneficiario)

Solicitante/Beneficiario: _____ Últimos 4 números del SSN: _____
(nombre imprimido)

Tengo la intención de utilizar los siguientes fondos específica y exclusivamente para mis gastos entierro/funerarios:

Descripción del/los recurso(s) - (incluir la cantidad a destinar)

Entiendo que debo presentarme ante el Departamento de Servicios Sociales:

- cualquier uso de los fondos para el entierro para un propósito no relacionado con mi entierro (esto incluye retiros o préstamos de los fondos)
- cualquier depósito al fondo o fondos funerarios mencionados anteriormente
- cualquier interés pagado a mí directamente del fondo o fondos para el entierro
- cualquier compra o regalo futura de seguro de vida, contratos funerarios, etc. para pagar mi entierro

Entiendo que debo proporcionar a mi trabajador social de Asistencia Especial, dentro del plazo que se me ha explicado, una prueba de que los fondos designados se han separado de otros fondos que no sean para gastos funerarios (si corresponde).

Entiendo que cualquier uso de los fondos funerarios designados anteriormente para un propósito distinto al de mi entierro eliminará cualquier exclusión sobre dichos fondos de mi total de recursos computables. (Esto incluye retiros de los fondos, préstamos con cargo a los mismos o la mezcla de los fondos con otros fondos que no sean para entierros).

Entiendo que dicha eliminación de la exclusión podría resultar en un pago excesivo que deberá ser reembolsado al Programa de Asistencia Especial y/o podría resultar en la pérdida de mi elegibilidad continua para los beneficios de Asistencia Especial si me hace exceder el límite de recursos de Asistencia Especial.

☐ Entiendo la información anterior y designo el/los recurso(s) mencionado(s) anteriormente para mi entierro gastos.

☐ NO deseo destinar recursos para entierro.

Firma del solicitante/beneficiario: _____ Fecha: _____

FOR COUNTY USE ONLY

Received by Caseworker: _____
(Caseworker Name)

Date: _____