DESIGNACIÓN LEGAL DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR LAS ÓRDENES DE ARRESTO DEL DIFUNTO

**PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN - REDACCIÓN DE ÓRDENES**

Contacto de la agencia

Nombre del empleado

Vale #

Hecho por

Fecha

Reemplazo #

Fecha

Teléfono de la agencia #

Nombre del beneficiario

Aprobado por

Fecha

Diario #

Fecha

# Instrucciones para el empleado

1. Complete la parte de Designación de beneficiario de este formulario. Este formulario debe estar mecanografiado o impreso de manera legible con tinta.
2. Proporcione el nombre legal completo de la persona designada (por ejemplo, "Mary Lynn Smith" o "Al patrimonio de Jane Smith"). El nombre de la persona designada no puede ser "Sra. John E. Smith".
3. No se aceptarán tachaduras ni correcciones en el nombre de la persona designada. Si se comete un error, complete un nuevo formulario.
4. Informe a su personal de recursos humanos/nómina cuando cambie la dirección de la persona designada.
5. Firme este formulario con tinta y envíelo al personal de recursos humanos/nómina de su agencia.
6. La persona designada puede ser cambiada en cualquier momento completando otro formulario y enviándolo al personal de recursos humanos/nómina de su agencia. Se le solicita que actualice a la persona designada cada año calendario.

Vendedor #

**Designación de beneficiarios para las órdenes finales del difunto**

Toda la información es **obligatoria**.

Nombre de la persona designada

Primero Medio Último

Dirección postal

Calle o apartado de correos Ciudad Estado Código postal

Número de Seguro Social Fecha de nacimiento

Mi firma en este documento indica:

1. Entiendo que este es un documento legalmente vinculante.
2. Por la presente revoco cualquier designación previa presentada por mí.
3. Si la persona designada mencionada anteriormente no puede ser contactada dentro de los sesenta días posteriores a la fecha de mi muerte, esta designación será nula y la orden se volverá a emitir a mi patrimonio.
4. Esta designación permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que sea revocada por mí, por escrito.

Nombre del empleado

Primero Medio Último

Número de Seguro Social

Firma del empleado

Fecha

De conformidad con [§2-18-412, MCA, por](http://data.opi.mt.gov/bills/mca/2/18/2-18-412.htm)  la presente designo a la siguiente persona que, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, tendrá derecho a mi muerte a recibir todas las garantías estatales, excluyendo el pago de beneficios por fallecimiento y el reembolso de las contribuciones de jubilación de los empleados, pagaderos a mí como resultado de mi empleo en el Estado de Montana si hubiera sobrevivido.

# Instrucciones para el empleador

Aprobado por

Revise la información anterior para verificar que el empleado la complete correctamente y reafirme al empleado que este es un **documento legalmente vinculante**. Coloque el documento en el archivo del empleado. Pida a sus empleados que revisen periódicamente su designación.

1. A la muerte del empleado, complete la siguiente información. El Oficial Certificador debe ser el jefe de la agencia o el oficial de personal. ***Siga cuidadosamente la lista de verificación para empleados fallecidos disponible en el*** [***sitio web***](http://mine.mt.gov/content/documentation/sabhrs/hr/deceasedemployeechecklist.doc) ***de MINE.***
2. Envíe dos copias de este formulario a la Oficina de Servicios de Información de Recursos Humanos de SHRD y conserve el original en el archivo del empleado.

Fecha

1. Si la muerte ocurre después de que se haya emitido la orden pero antes de que se haya negociado, recupere la orden (si es posible) y preséntela a la Oficina de Servicios de Información de Recursos Humanos de SHRD.

Fecha de fallecimiento Firma del Oficial Certificador Fecha