

Programa de Compensación por Esterilización Forzada o Involuntaria

Formulario de Designación de Beneficiario y Fideicomiso

VCB-31-10005b (Rev. 09/2022)



***Requerido**

Se debe completar la siguiente información para asignar un fideicomiso o designar a un beneficiario como receptor de cualquier compensación para un reclamante calificado.

Sección 1: Información de la Aplicación

Se debe incluir el nombre del reclamante y el número de solicitud para agregar o cambiar fideicomisarios o beneficiarios.

*Nombre Legal Completo: _____ *Número de Solicitud: _____
Primero, Medio, Último

Sección 2: Designación de Fideicomiso o Beneficiario

_____ **DESIGNACIÓN DE FIDEICOMISO:** Un reclamante puede asignar una compensación a un fideicomiso establecido para el beneficio del/la reclamante. Toda esta sección debe completarse y el fideicomiso completamente ejecutado debe presentarse para que se pague la compensación al fideicomiso.

Nombre Legal Completo del Fideicomiso: _____

Fecha del Fideicomiso: _____
MM / DD / AAAA

Número de Identificación Fiscal: _____

Nombre del Fideicomisario(s): _____

Dirección Postal: _____
Número y Nombre de la Calle o Apartado de Correos

Dirección 2 (Apartamento o Unidad #)

Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

_____ **DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO:** Un reclamante puede designar a un beneficiario para que reciba la compensación del/la reclamante. Toda la información del beneficiario debe completarse para que se pague una compensación al beneficiario en caso de fallecimiento de un reclamante calificado.

Nombre Legal Completo del Beneficiario: _____
Primero, Medio, Último

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____
MM / DD / AAAA

Relación: _____

Dirección Postal: _____

Número y Nombre de la Calle o Apartado de Correos

Dirección 2 (Apartamento o Unidad #)

Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Sección 3: Firmas

Reclamante:

*Nombre Impreso: _____

Primero, Medio, Último

*Firma: _____ *Fecha: _____

MM / DD / AAAA

Representante Legal Autorizado (si corresponde):

Nombre Impreso: _____

Primero, Medio, Último

Firma: _____ Fecha: _____

MM / DD / AAAA

Envíe formulario completo por correo postal, correo electrónico o fax a:

California Victim Compensation Board
c/o Forced or Involuntary Sterilization Compensation Program
P.O. Box 591, Sacramento, CA 95812-0591
Correo electrónico: FISCP@victims.ca.gov | Fax: 916-491-6429

Para obtener más información o servicios de interpretación de idioma, llame al:

1-800-777-9229 | Si tiene problemas de audición, llame al Servicio de Retransmisión de California (711)
Nuestra Unidad de Servicio al Cliente atiende de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.