

INFORMATION REQUIRED FOR THE REPORT OF DEATH (FORM DS-2060)

Please provide the following information for the deceased  
(Favor proporcione la siguiente información de la persona fallecida)

Name in full (Nombre completo): \_\_\_\_\_

Date/place of birth – City, State, Country (Fecha/lugar de nacimiento – Ciudad, Estado, País): \_\_\_\_\_

Evidence of Citizenship - Passport number and date/place of issuance (Evidencia de ciudadanía - Número de pasaporte y fecha/lugar de emisión):  
\_\_\_\_\_

Address in U.S.A., if applicable (Dirección en EE UU, si corresponde):  
\_\_\_\_\_

Permanent or temporary address abroad / in Chile (Dirección permanente o temporal en el extranjero/ en Chile): \_\_\_\_\_

Date of death Month DayYearHour  
(Fecha de defunción): (Mes) \_\_\_\_\_ (Día) \_\_\_\_\_ (Año) \_\_\_\_\_ (Hora) \_\_\_\_\_

Place of death – For example: Home, Hospital name, etc. and address (Lugar de defunción – Por ejemplo Casa, Nombre del hospital y dirección):  
\_\_\_\_\_

Cause of death (causa de defunción): \_\_\_\_\_

Disposition of Remains - name and location of cemetery; or indicate if cremated (Nombre/lugar del cementerio; o indique si hubo cremación):  
\_\_\_\_\_

Name and relationship of person responsible for the personal effects (Nombre y parentesco de la persona responsable de los bienes personales):  
\_\_\_\_\_

Traveling or residing abroad / in Chile with relatives or friends as follows (name and address)  
(Nombre y dirección de familiar o amistad que acompañaba al fallecido en el extranjero / en Chile):  
\_\_\_\_\_

Name and address of person who should receive copy of the Report of Death  
(Nombre y dirección de familiar que deba recibir copia del informe de defunción de la embajada):  
\_\_\_\_\_

Social Security Number of the deceased (Número de Seguro Social de la persona fallecida): \_\_\_\_\_

Indicate if the deceased was receiving a pension from any of the following federal agencies  
(Indique si la persona fallecida estaba recibiendo una pensión federal de alguna de estas agencias federales):

Social Security  Veteran Administration  Civil Service  Other (otra): \_\_\_\_\_

The following information should be listed for the person providing the above information  
(Anote los siguientes datos de la persona que completó este formulario):

Name (Nombre) \_\_\_\_\_ Relationship (parentesco) \_\_\_\_\_

Telephone (teléfono) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Date(Fecha de hoy) \_\_\_\_\_