

Donor's Legal Name: \_\_\_\_\_

General Instructions	2
Vital Statistics	3
Worksheet for Education and Race/Ethnicity	4
Donation Agreement	5-15
Order for Release	16

**Willed Body Donors advance our mission,  
*Discover. Teach. Heal.***

## **General Instructions**

**UCI School of Medicine  
Willed Body Program  
252 Irvine Hall  
Irvine, California 92697-3950**

All donor registration forms must be completed and signed where indicated. The UC Donation Agreement will require a signature witnessed by two people or a Notary Public. Mail the completed forms, which include the entire donor application, to the UC Irvine Willed Body Program in the envelope provided or to the address noted above. Once the forms have been reviewed and accepted by the Program, an acknowledgement will be sent to you along with a donor identification card. Please feel welcome to call the Willed Body Program at 949-824-6061 for questions or assistance in completing the forms. All information provided will remain confidential to the extent allowed by law.

### **Vital Statistics**

The information provided is of great value to teaching and research and is also required to complete certain government forms. The information will also be used for completion and processing the **death certificate** with the State of California, Office of Vital Records. All boxes must be completed to the best of your ability. If you do not have the information for an item, write "unknown" or "none" in that space. Do not leave any blank boxes. Please PRINT all information and double check for spelling errors.

### **Worksheet for Education and Race/Ethnicity**

This form is a guide when completing certain items found on the Vital Statistics form.

### **Donation Agreement**

Please sign this form in front of two witnesses or a Notary Public (if you are signing the donation agreement for yourself). If the donation is made by the authorized agent under a valid durable power of attorney for healthcare or directive that expressly authorizes the authorized agent to make an anatomical gift of all or part of the principal's body, a complete legible copy of the durable power of attorney for health care or directive must accompany this form.

### **Order for Release**

Please sign where indicated. This form is used only when a signed release is required from a hospital or other institution.

인구 동태 통계 워크시트 VITAL STATISTICS WORKSHEET

날짜 DATE \_\_\_\_\_

읽기 쉽게 정자체로 기입하십시오 - 이 정보는 사망증명서 작성에 사용됩니다 PLEASE PRINT LEGIBLY- THIS INFORMATION IS USED TO COMPLETE THE DEATH CERTIFICATE

기증자 이름 DONOR NAME \_\_\_\_\_ 이름 FIRST \_\_\_\_\_ 중간이름 MIDDLE \_\_\_\_\_ 성 LAST \_\_\_\_\_ 남성 MALE \_\_\_\_\_ 여성 FEMALE \_\_\_\_\_

달리 사용하는 이름 AKA \_\_\_\_\_ 전화번호 PHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

평소 주소 USUAL ADDRESS \_\_\_\_\_ 거리 STREET \_\_\_\_\_ 도시 CITY \_\_\_\_\_ 주/우편번호 STATE/ZIP CODE \_\_\_\_\_

거주지 카운티 COUNTY OF RESIDENCE \_\_\_\_\_ 해당 카운티 거주 햇수 No. OF YEARS IN THIS COUNTY \_\_\_\_\_

인종/민족 RACE/ETHNICITY \_\_\_\_\_ 스페인계/라틴 아메리카계 SPANISH/HISPANIC: 예 Yes  아니오 No  구체적으로 명시 Specify \_\_\_\_\_

첨부한 교육 및 인종 정체성 워크시트를 작성하십시오 PLEASE COMPLETE THE ATTACHED EDUCATION AND RACE IDENTITY WORKSHEET

생년월일 DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_ 출생한 주 STATE OF BIRTH \_\_\_\_\_ 또는 외국 OR FOREIGN COUNTRY \_\_\_\_\_

아버지의 전체 이름 FULL NAME OF FATHER \_\_\_\_\_ 아버지의 출생지 BIRTHPLACE OF FATHER \_\_\_\_\_  
이름 FIRST 중간 이름 MIDDLE 성 LAST

어머니의 전체 이름 FULL MAIDEN NAME OF MOTHER \_\_\_\_\_ 어머니의 출생지 BIRTHPLACE OF MOTHER \_\_\_\_\_  
이름 FIRST 중간 이름 MIDDLE 성 LAST

소셜 시큐리티 번호 SOCIAL SECURITY # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 미군 복무 경험 US ARMED FORCES: 예 Yes \_\_\_\_\_ 아니오 No \_\_\_\_\_ 알 수 없음 Unknown \_\_\_\_\_

혼인 여부(하나에 동그라미하십시오) MARITAL STATUS (circle one):  
결혼한 적 없음 NEVER MARRIED, 기혼 MARRIED, 사별 WIDOWED, 이혼 DIVORCED, 법적 동거동반자 REG. DOMESTIC PARTNER

생존해 있는 배우자 이름(아내의 경우, 원래 성 기입) NAME OF SURVIVING SPOUSE (If wife, enter maiden name) \_\_\_\_\_  
이름 FIRST 중간 이름 MIDDLE 성 LAST

은퇴한 경우, 은퇴하기 전 직업에 대한 고용 정보를 제공하십시오 If you are now retired, please give employment information on your occupation before retirement:

직업 USUAL OCCUPATION \_\_\_\_\_ 경력 햇수 YEARS IN OCCUPATION \_\_\_\_\_

업계 또는 비즈니스 종류 KIND OF INDUSTRY OR BUSINESS \_\_\_\_\_

교육(최종 학력 - 워크시트 참조) EDUCATION (highest level/degree completed- see worksheet) \_\_\_\_\_

주치의 이름 NAME OF PHYSICIAN \_\_\_\_\_ 전화번호 PHONE NO. \_\_\_\_\_

키 HEIGHT \_\_\_\_\_ 몸무게 WEIGHT \_\_\_\_\_ 현재 건강 상태 PRESENT STATE OF HEALTH \_\_\_\_\_

수술력: 무릎, 고관절, 어깨, 척추 또는 기타 관절? SURGICAL HISTORY: KNEE, HIP, SHOULDER, SPINE OR OTHER JOINT? \_\_\_\_\_

자궁 절제술 또는 전립선 절제술? HYSTERECTOMY or PROSTATECTOMY? \_\_\_\_\_

병력 또는 치료 DISEASE HISTORY or TREATMENT: A 형, B 형 또는 C 형 간염 HEPATITIS A, B or C, HIV/AIDS, 결핵 TUBERCULOSIS,

기타(MRSA, 크로이트펠츠 야콥병) OTHERS (MRSA, CREUTZFELDT-JAKOB)? \_\_\_\_\_

질환, 수술, 사고를 포함한 추가 건강 정보 ADDITIONAL HEALTH INFORMATION INCLUDING ILLNESSES, OPERATIONS, ACCIDENTS: \_\_\_\_\_

프로그램에 대해 알게된 경로 HOW DID YOU HEAR OF THE PROGRAM:

- 친구 Friend  프로그램 웹사이트 Program Website  페이스북/인스타그램/유튜브 Facebook/Instagram/YouTube  신문 Newspaper  UC 발행물/ 프리젠테이션 UC Publication/Presentation  진료실/병원 Doctor's Office/Hospital  사전 지시서 Advanced Directive  기타 Other: \_\_\_\_\_

가입된 종교 단체(옵션) RELIGIOUS AFFILIATION (optional): \_\_\_\_\_

### Worksheet for Education and Race/Ethnicity (for Reference only)

Notice to Informants (aka responsible party/survivor): The information requested is essential for determining the health problems of the population groups noted below, and your cooperation is appreciated. Completion of this work sheet in conjunction with the "Certificate of Death" is mandatory.

#### DECEDENT'S EDUCATION

Check the box that best describes the highest degree or level of school completed at the time of death.

- 0-11th grade.  
Enter highest year completed:  
\_\_\_\_\_
- 12th grade, but no diploma.
- High school graduate or GED completed. Enter either HS GRADUATE or GED:  
\_\_\_\_\_
- Some college credit, but no degree
- Associate degree (e.g., AA, AS)
- Bachelor's degree (e.g., BA, AB, BS)
- Masters degree (e.g., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
- Doctorate (e.g., PhD, EdD) or Professional degree (e.g., MD, DDS, DVM, LLB, JD)

#### WAS DECEDENT SPANISH/HISPANIC/LATINO?

- No
- Yes, Mexican, Mexican, American, or Chicano
- Yes, Central American
- Yes, South American
- Yes, Cuban
- Yes, Puerto Rican
- Yes, other Spanish/Hispanic/Latino

Specify: \_\_\_\_\_

#### DECEDENT'S RACE OR ETHNICITY

(Check one or more races to indicate what the decedent considered himself or herself to be.)

Enter up to 3 races.

- White
- Black, African American, or Negro
- American Indian or Alaska Native (North, South, and Central American Indian)  
Specify Tribe(s) \_\_\_\_\_
- Native Hawaiian
- Guamanian
- Samoan
- Other Pacific Islander  
Specify: \_\_\_\_\_
- Asian Indian
- Cambodian
- Chinese
- Filipino
- Hmong
- Japanese
- Korean
- Laotian
- Vietnamese
- Other Asian  
Specify: \_\_\_\_\_
- Other  
Specify: \_\_\_\_\_

# 캘리포니아 대학교 기증 동의서

## UNIVERSITY OF CALIFORNIA DONATION AGREEMENT

### 1. UC 해부 기증 프로그램에 대한 정보

#### INFORMATION ON THE UC ANATOMICAL DONATION PROGRAM

UC 해부 기증 프로그램(기증된 시신, 시신 기증, 월드 바디 또는 해부 재료 프로그램으로도 알려져 있으며, 본 문서에서는 “프로그램”으로 명함)은 다양한 기관과 개인이 교육 및 연구 목적으로 사용할 수 있는 인체의 기증을 받아들입니다. 본 프로그램의 목적은 다음과 같습니다.

1. 현재와 미래의 의사, 기타 보건관련 종사자들, 해부학자들, 법정관련 수사 과학자들 및 시체 안치소 기사들의 교육을 돕는다.
2. 생물학 및 과학적 맥락에서 인체의 상태를 개선하려는 의도의 절차나 제품 개발을 도모하는 과학 연구에 공헌한다.

본 프로그램은 프로그램의 현재 및 미래의 정책 및 절차에 따라 기증된 시신 및 영상을 포함하여 기증에서 파생된 모든 데이터를 사용 방식을 독점적으로 결정합니다. 프로그램은 제한된 방식으로 타기관의 상업용 제품 개발을 지원할 수 있습니다(예: 교재 또는 사용의 주요 용도가 교육 및 연구용인 기타 경우에 비식별 영상 사용). 본 기증 동의서 3 항은 UC 에 기증된 시신 사용에 대한 추가 정보를 제공합니다.

이 동의서를 작성하고 프로그램이 등록을 확인했을 때, 기증자에게 사망 시 본 프로그램에 연락할 수 있는 필수 정보가 들어있는 기증자 카드가 제공됩니다.

기증사실은 기밀로 유지됩니다. 기증자의 유해가 본 프로그램으로 들어오면, 기증자가 이 신청서에서 지정한 사람에게만 확인서를 보냅니다. 본 동의서에서 사용되는 “기증자”는 신체나 신체의 일부가 해부용 중여 대상인 개인을 의미합니다.

과학적 연구 및 교육에 대한 용도의 특성과 다양성으로 인해 화장된 유해 또는 화장 과정의 부산물은 귀환되지 않습니다. 본 동의서에 서명함으로써 귀하는 기증자 또는 기증자의 법적 대리인으로서 유해가 귀환되지 않음을 인정하며 화장된 유해를 특정인에게 귀환한다는 캘리포니아 주 보건안전법 제 7151.40(b)절의 규정을 명시적으로 포기하게 됩니다. 프로그램에서는 이 정책에 대한 예외 사항을 제공하지 않으며 잠재적 기부자가 이 정책이 가족이나 지역 사회에 미칠 영향을 고려할 것을 권장합니다.

The UC Anatomical Donation Program at (also known as the donated body, body donation, willed body or anatomical materials program, but referred to as “Program” in this document) accepts donations of human bodies for use by various institutions and individuals for education and research purposes. The Program’s goals are:

1. Assisting the education of current and future physicians, other healthcare practitioners, anatomists, forensic scientists and mortuary technicians.
2. Contributing to scientific research that will assist in development of procedures and/or products with the intent of improving the human condition in biomedical and scientific contexts.

Based on the Program’s current and future policies and procedures, the Program will exclusively determine the manner in which a donated body and any data, including images, derived from the donation will be utilized. The Program may support others in the development of commercialized products in a limited manner; for example, with the use of non-identifying images in text books or other instances where the primary benefit of the use is for education and research. Section 3 of this donation agreement provides additional information about the use of bodies donated to UC.

When this agreement has been completed and the Program has confirmed registration, the donor will be provided with a Donor Card that contains the necessary information to contact the Program at the time of death.

Donations will remain confidential. Once a donor’s remains have been accepted into the Program, acknowledgement will be sent only to the person, or persons, designated by a donor in this application. “Donor” as used in this agreement means the individual whose body or part is the subject of the anatomical gift.

Due to the nature and variability of uses for scientific research and education, cremated remains or any by-products of the cremation process WILL NOT be returned. By signing this agreement, you, as a donor or a donor’s legal representative, acknowledge that remains will not be returned and specifically waive the provisions of California Health & Safety Code Section 7151.40(b) that provides for the return of cremated remains to certain individuals. The Program will not offer exceptions to this policy and encourages potential donors to consider the impact of this policy on their families or communities.

이니셜 Initials

2. 생존자(책임있는 당사자)들을 위한 안내

INSTRUCTIONS FOR SURVIVORS (RESPONSIBLE PARTY)

1. 시간의 지연으로 유해를 본 프로그램에서 사용할 수 없게 될 수 있으므로 기증자의 사망 시 즉시 사망 사실을 본 프로그램으로 통지해 주십시오. 시신에 방부처리나 기타 다른 준비를 하지 않도록 하십시오.
  2. 본 프로그램은 기증자의 시신을 받아들이기 위한 모든 노력을 기울일 것이나 단독 재량에 따라 사망 시 기증을 거절할 수도 있습니다. 이런 상황이 일반적이지는 않지만, 시신이 기증에 적합하지 않다고 간주되는 경우 유해 처리를 위한 대안을 고려하십시오.
  3. 캘리포니아 대학교는 캘리포니아 주 전역 및 특별한 경우 인접한 주에서 기증을 받습니다. 기증자의 사망 사실을 통보 받으면, 일반적으로 지리적으로 가장 가까운 캠퍼스 프로그램 위치에서 기증자를 접수합니다. 그러나 대학은 다음의 선택권을 갖습니다.
    - a. 임의의 캘리포니아 대학교 해부 기증 프로그램 위치에서 시신을 받도록 주선.
    - b. 시신 기증 받아들이기를 거절.
  4. 본 프로그램은 출생 시 사망 등록 절차에 따라 사망 증명서 원본을 사망 장소의 카운티에 제출합니다. 기증자의 책임있는 당사자는 필요한 사망 증명서 사본을 획득해야 합니다. 프로그램에서 현지 등록처에 대한 연락처 정보를 제공할 것입니다.
  5. 제 3 자 기증(예: 의료관리에 대한 항구적 위임장에 명시된 대리인이나 사망자의 시신 처리에 대한 통제권을 보유한 자의 기증) 또한 받아들일 수 있습니다. 제 3 자 기증 신청인은 본 동의서 내의 기술된 기준을 준수한다는 사실을 명시하는 필수 서류에 서명해야 합니다.
  6. 기증자의 사망 시, 프로그램은 가족이나 친구(귀하가 아래 난에 지정한 사람)에게 확인서를 보내거나 사망 증명서를 위한 정보를 확인하거나 기타 다른 이유로 해당인에게 연락할 수 있습니다. 귀하는 수령인 지정을 거부하거나 둘 이상의 수령인을 지정할 수 있습니다. 기증자를 대신해 서명하는 경우, 본인을 지정할 수 있습니다.
1. Upon the death of a donor, please notify the Program of the death immediately, as a delay can result in rendering the remains unusable to the Program. Please ensure that body is not embalmed and is otherwise unprepared.
  2. Although every effort will be made to accept a donor's body, the Program may decline a donation at the time of death at its sole discretion. While this situation is unusual, please consider alternative arrangements for the disposition of the body should the body be deemed unsuitable for donation.
  3. The University of California accepts donations throughout the State of California and, in special circumstances, from neighboring states. Upon notification of a donor's death, donors are typically received by the campus program location that is geographically closest. However, the university shall have the option of:
    - a. arranging for the body to be accepted by any University of California Anatomical Donation Program location.
    - b. declining to accept the donation of the body.
  4. The Program will have an original certificate of death filed with the county where death occurs, in compliance with the Registrar of Births and Deaths. The donor's responsible party must obtain necessary copies of the certificate of death. The Program will provide the contact information for the local Registrar.
  5. Third-party donations (for example, donations made by an Agent named on a Durable Power of Attorney for Health Care or the person who has control over the disposition of the decedent's body) may also be accepted. Individuals making third-party donations must sign the required documentation found in this agreement specifying that they are compliant with the stated criteria.
  6. Upon a donor's death, the Program will send an acknowledgement letter to a family member or friend (the person or persons you have designated in the fields below) or may contact that person to verify information for the certificate of death or for other reasons. You may decline to designate a recipient or you may designate more than one person. If you are signing on behalf of the donor, you may designate yourself.

이름 Name \_\_\_\_\_ 관계 Relationship(s) \_\_\_\_\_

주소 Address \_\_\_\_\_

도시/주/우편번호 City/State/Zip code \_\_\_\_\_

전화번호/이메일 Phone number/E-mail \_\_\_\_\_

또는 OR

본인은 수령인을 지정하지 않기로 선택합니다 I elect not to name a recipient: \_\_\_\_\_

이니셜 Initials

3. 기증된 시신의 사용  
USE OF DONATED BODIES

전신 기증자는 다음과 같은 방식으로 사용될 수 있습니다.

1. 프로그램은 의료 기록 검토, 병력이나 사회생활력 설문지 및/또는 혈청학 검사를 포함할 수 있는 과정을 통해 기증된 시신의 의료적 적합성을 결정합니다. 검사에는 B 형 간염, C 형 간염, 또는 시체가 의료적으로 기증에 적합하지 않다고 간주될 수 있는 기타 전염병에 대한 스크리닝을 위한 혈액 검체 채취가 포함될 수 있습니다. 검사 결과는 기증자의 지정 생존자/책임있는 당사자에게 공개되지 않지만 법률에서 요구되는 경우 캘리포니아 주의 보건복지부에 보고됩니다.
2. 기증된 시신은 본 프로그램에 의해 화학적으로 보존될 수 있으며 또는 방부처리되지 않은 상태로 해부 재료로 사용될 수 있습니다.
3. 기증된 시신은 절개, 검사, 연구, 및 영구 보존 가능성을 포함해 장기간 보존될 수 있으며 한 가지 이상의 목적으로 사용될 수 있습니다. 사지나 기관 등 시신의 일부는 전체 시신에서 절개되어 제거될 수 있습니다. 채액 및 조직은 분석 및 폐기될 수 있습니다.
4. 기증된 시신 및/또는 시신의 일부는 교육자, 학생, 연구자 또는 캘리포니아 대학교 캠퍼스 내 기타인 및 수술 도구나 의료 제품을 개발하는 이와 같은 다른 교육 기관, 연구자, 비영리 기관 및 영리 기관 등에 제공될 수 있습니다. 기증 시 기증자, 생존자 및/또는 책임있는 당사자는 시신의 사용 용도 또는 시신을 사용하는 개인이나 단체를 지정할 수 없습니다. 캘리포니아 대학교는 과학적 및 교육적 가치에 따라 사용 요청을 검토하고 사례 별로 승인합니다.
5. 프로그램은 사용의 주요 용도가 교육 및 연구용인 경우(예: 교재 또는 교육용 소프트웨어에 사용) 제한된 방식으로 상업용 제품 개발을 지원할 수 있습니다.
6. 건강 데이터 및 영상을 비롯해 등록, 기증 또는 사용 중에 파생된 기증자 데이터가 교육이나 연구 목적으로 이용될 수 있습니다. 데이터는 식별 정보를 제거해 안전하게 보관 또는 공유됩니다.
7. 본 프로그램은 시신의 취득, 보존, 보관, 운송, 처리 일체 및 관련 비용(고정 및 비고정 모두)을 승인된 연구자나 교육자(최종 사용자)로부터 회수할 자격이 있습니다.
8. 어떤 이유든 본 프로그램, 또는 본 프로그램에 기증된 해부 재료 사용을 승인받은 교육자나 연구자가 시신을 사용할 수 없다고 결정되는 경우, 해당 시신은 화장되거나 당시의 캘리포니아 법에 따른 방식으로 최종 처리됩니다. 안경, 의치, 심박조절기를 비롯해 시신과 함께 수령된 개인 소지품은 기증, 재처리 또는 재활용될 수 있습니다. 의복이나 침구 등의 기타 품목은 폐기됩니다.

Whole body donors may be used in the following manner:

1. The program will determine medical suitability of a donated body through a process that may include review of medical records, a medical or social history questionnaire and/or serology testing. Testing may include obtaining a blood sample to screen for Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, or other communicable diseases that may render the body as medically unsuitable for donation. Results of tests will not be disclosed to the donor's designated survivor/responsible party but will be reported to the California Department of Health Services if mandated by law.
2. A donated body may be chemically preserved by the Program or used in a non-embalmed state as anatomical material.
3. A donated body may be dissected, examined, studied, and preserved for a substantial period of time, including the possibility of permanent retention, and may be used for more than one purpose. Parts of the body such as limbs or organs may be removed and separated from the whole. Bodily fluids and tissues may be analyzed and destroyed.
4. A donated body and/or part of the body may be provided to educators, students, researchers or others at University of California campuses, as well as to other educational institutions, researchers, non-profit entities and entrepreneurial entities, such as those who develop surgical instruments or healthcare products. When a donation is made, donors, survivors and/or responsible parties **cannot** designate the uses to which the body will be put nor the persons or entities that will use the body. The University of California reviews requests for uses and approves them on a case by case basis according to their scientific and educational merit.
5. The Program may support the development of commercialized products in a limited manner when the primary benefit of the use is for education and research (for example, in textbooks, or educational software).
6. Donor data, including health data and images, derived during the registration, donation or use may be used for education and research purposes. Data will be de-identified and stored or shared securely.
7. The Program shall be entitled to recover all of its acquisition, preservation, storage, transportation, disposition and related costs (both fixed and non-fixed) from the approved researcher or educator (end-user).
8. If it is determined that, for any reason, a body cannot be used by the Program, or by any educator or researcher approved for use of anatomic material donated to the Program, it will be cremated or undergo a final disposition in a manner consistent with the existing California law. Personal belongings received with a body including eyeglasses, dentures or pacemakers may be donated, refurbished or recycled. Other items such as clothing or bedding will be discarded.

이니셜 Initials

#### 4. 기증된 시신의 처리

##### DISPOSITION OF DONATED BODIES

다음의 사항들이 기증자 시신에 대한 본 프로그램의 최종 처리에 적용됩니다. 본 동의서 서명함으로써, 기증자나 그 책임있는 당사자는 프로그램 및 그 대리인에게 화장 처리 또는 사망 시 승인될 수 있는 다른 합법적 방식으로 기증자의 시신을 처리할 수 있는 권한을 부여합니다.

1. 사용 도중 시신의 일부가 제거될 수 있기 때문에 이러한 부분은 다른 시점에 다른 위치에서 처리될 수 있습니다. 시신 또는 시신 일부의 사용이 완료되면, 해당 재료는 화장 처리되거나 처리 당시 효력있는 주 법에서 허용되는 다른 방식으로 처리될 수 있습니다.
2. 상황에 따라서는 시신의 일부, 조직 및 체액이 캘리포니아 주법에 따라 다른 기증자의 재료의 함께 처리될 수 있습니다.
3. 시신 전체나 일부의 처리, 또는 유해의 최종 처리에 대한 시간, 장소 또는 방식은 생존자/책임있는 당사자에게 통보되지 않습니다. 시신 일부의 화장은 해당 신체 부위의 구성물 상 처리를 위한 유해를 남기지 않을 수 있습니다.
4. 기증자 또는 기증자를 대신해 서명하는 법적으로 책임있는 당사자는 화장된 유해를 귀환한다는 캘리포니아 주 보건안전법 제 7151.40(b)절의 규정을 명시적으로 포기합니다. 과학적 연구 및 교육에 대한 용도의 특성과 다양성으로 인해 화장된 유해 또는 화장 과정의 부산물은 귀환되지 않습니다.

The following applies to the ultimate disposition of donor bodies by the Program. By signing this Agreement, a donor or his/her responsible party authorizes the Program and its agents to dispose of the donor by cremation or by another legal manner that may be approved at the time of death.

1. Because parts of the body may be removed during its use, these parts may be disposed of at different times and at different locations. Upon completion of the use of the body or any part of the body, the material may be cremated or otherwise disposed of by any means permitted under state law in effect at the time of disposition.
2. Under certain circumstances, body parts, tissue and fluids may undergo disposition with material from other donors, in accordance with California law.
3. Survivors/responsible parties will not be notified of the time, place or manner of the disposition of a body or any part of a body, or of the final disposition of the remains. The cremation of some parts of the body may not result in the creation of any remains for disposition due to the composition of those body parts.
4. The donor or legally responsible person signing on behalf of the donor expressly waives the provisions of California Health & Safety Code Section 7151.40(b) that provides for the return of cremated remains. Due to the nature and variability of uses for scientific research and education, cremated remains or any by-products of the cremation process **WILL NOT** be returned.

이니셜 Initials                     

#### 5. 기증 철회 방법에 대한 정보

##### INFORMATION ON HOW TO REVOKE A DONATION

기증은 캘리포니아 주 보건안전법에 따라 철회할 수 있습니다. 기증을 철회하는 과정은 본인의 시신을 기증(본인 기증)하는 개인과 타자(권한을 부여 받은 자)에 의한 기증에 대해 다릅니다. 이니셜을 기재하여 기증을 철회하는 방법에 대한 내용을 읽고 이해하였음을 인정하십시오.

##### 1. 본인 기증

기증자는 사망 전 언제든지 해부 기증을 철회할 수 있습니다. *사망 후에는 생존자/책임있는 당사자가 이 기증을 철회할 수 없으며 생존자/책임있는 당사자는 증여에 대한 어떤 조건도 변경할 수 없습니다.* 본 동의서에 서명함으로써 기증자는 캘리포니아 대학교가 사망 시 시신의 사용 및 처리에 대한 독점적 통제권을 보유하도록 한다는 의도를 나타냅니다.

##### 2. 권한을 부여 받은 타자에 의한 기증

사자를 제외하고 캘리포니아 주 보건안전법 제 7150.40 절에 따라 기증할 합법적 권리를 보유하는 권한을 부여 받은 자는 기증자 준비를 위해 절개 또는 침습적 절차를 시작하기 전에 프로그램이 철회 사실을 인지한 경우에만 해부 기증을 철회할 수 있습니다.

Donations may be revoked in accordance with the California Health and Safety Code. The process to revoke a donation is different for a person donating his/her own body (self-donation) and for a donation made by another (authorized person). Please read and acknowledge your understanding of how to revoke a donation by affixing your initials.

##### 1. Self-Donation

A donor may revoke an anatomical donation at any time prior to death. *After death, this donation cannot be revoked by survivors/responsible parties and survivors/responsible parties cannot change any term or condition of the gift.* By signing this agreement, a donor intends for the University of California to have the exclusive right to control the use and disposition of their body upon death.

##### 2. Donation made by another authorized person

An authorized person, other than the decedent, who has the legal right to make a donation according to California Health and Safety Code 7150.40, may revoke an anatomical donation only if, before an incision is made or an invasive procedure has begun to prepare the donor, the Program is made aware of the revocation.

이니셜 Initials



본인이 서명하는 경우 6 항을 작성해 주십시오. 기증자를 대신해 서명하는 경우 7 항으로 이동하십시오. 기증자나 의료관리에 대한 항구적 위임장을 보유한 대리인만 기증자의 사망 전에 서명할 수 있다는 사실을 유의하십시오.

**PLEASE COMPLETE SECTION 6 IF YOU ARE SIGNING FOR YOURSELF. IF YOU ARE SIGNING ON BEHALF OF THE DONOR, PROCEED TO SECTION 7. PLEASE NOTE THAT ONLY THE DONOR OR AGENT WITH DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTHCARE MAY SIGN PRIOR TO THE DEATH OF THE DONOR.**

6. 본인이 서명하는 경우 이 항을 작성해 주십시오.

**PLEASE COMPLETE THIS SECTION WHEN SIGNING FOR YOURSELF.**

본인, [ ] (는)은 이에 본 문서에 명시된 조건에 따라 본인 사망 시 본인의 시신을 캘리포니아 대학교에 기증합니다. 본인은 18 세 이상입니다. 본인은 본 문서의 기술적이고 선언적인 조건을 본인의 것으로 채택하며 본인의 사망 시 시신 처리에 대한 본인의 지시로 삼습니다. 본인은 이 기증 동의서에 포함된 모든 정보를 읽고 고려했습니다. 본인은 본 동의서의 각 항에 이니셜을 기재하여 해당 정보에 대한 본인의 이해와 이 동의서에 따른 본인의 시신 기증 의사를 표시했습니다.

đã hiểu các thông tin và mong muốn hiến tặng thi hài của tôi theo Thỏa thuận này.

I, [ ], hereby donate my body upon my death to the University of California pursuant to the terms and conditions set forth herein. I am at least 18 years of age. I adopt these descriptive and declarative terms and conditions as my own and make them my instructions for the disposition of my body upon my death. I have read and considered all of the information contained in this Donation Agreement. I have initialed each section of the Agreement indicating my understanding of the information and my desire to donate my body pursuant to this Agreement.

서명 Signature

날짜 Date

이름(정자체) Print Name

주소 Address

도시/주/우편번호 City/State/Zip

전화번호/이메일 Phone/E-mail

두 명의 증인이나 공증이 필요함

**TWO WITNESSES OR NOTARIZATION REQUIRED**

본 동의서는 두 명의 증인(적어도 한 명은 “이해관계가 없는 증인”)이 서명해야 하며, 또는 본인이 직접 본 기증 동의서에 서명하는 경우 증인을 대신해 공증인의 공증을 받을 수 있습니다.

This agreement must be either signed by two witnesses, with at least one as a “disinterested witness”, OR may be notarized by a notary public in lieu of witnesses if you are signing this donation agreement for yourself.

**1. 증인  
WITNESSES**

“이해관계가 없는 증인”이란 배우자, 자녀, 부모, 형제자매, 손자, 손녀, 조부모, 또는 기증자의 보호자나 해당인에게 특별한 관심과 걱정을 보이는 다른 성인 이외의 증인을 의미합니다.

아래 서명하는 우리는 기증자가 본 문서에 서명하는 것을 목격하였습니다.

“Disinterested witness” means a witness other than the spouse, child, parent, sibling, grandchild, grandparent, or guardian of donor, or another adult who exhibited special care and concern for the individual.

We, the undersigned, have witnessed the signing of this document by the donor.

증인 서명 Signature of Witness

이해관계가 없는 증인 서명 Signature of Disinterested Witness

이름(정자체) Print Name

이름(정자체) Print Name

주소 Address

주소 Address

도시/주/우편번호 City/State/Zip

도시/주/우편번호 City/State/Zip

**2. 공증  
NOTARIZATION**

**공증인 확인 증명서**

**CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC**

캘리포니아 주 State of California  
카운티 County \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 본인 \_\_\_\_\_ 면전에  
(담당자 이름 및 직함 기재)

직접 출석한 \_\_\_\_\_ (는)은 만족스러운 증거를 토대로 법률문서에 이름이 서명된 당사자임을 본인에게 입증했으며 자신에게 인가된 역량에 따라 동일 문서에 서명했으며 법률문서 상의 자신의 서명을 통해 개인 또는 해당인이 대행하는 단체가 법률문서를 작성한 것임을 시인했습니다.

본인은 캘리포니아 주법에 따라 위증죄로 처벌될 수 있다는 전제 하에 상술한 단락이 사실이며 틀림이 없음을 증명합니다.

증인 자필 서명 및 공식 직인.

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_  
(insert name and title of the officer)

personally appeared \_\_\_\_\_, who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

서명 Signature \_\_\_\_\_  
(공증인 서명) (Signature of Notary Officer)

(직인) (Seal)

7. 귀하가 배우자, 법적 동거동반자, 의료관리에 대한 항구적 위임장에 명시된 대리인 또는 사망자의 시신 처리에 대한 통제권을 보유한 자인 경우 이 항을 작성하십시오.

**PLEASE COMPLETE THIS SECTION IF YOU ARE THE SPOUSE, REGISTERED DOMESTIC PARTNER, AGENT NAMED IN THE DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTHCARE OR THE PERSON WHO HAS CONTROL OVER THE DISPOSITION OF THE DECEDENT'S BODY.**

본인은 본 문서에 제시된 정책을 읽었으며 충분히 이해했습니다. 본 항에 의거한 \_\_\_\_\_ (사망자 이름)의 법적으로 책임있는 당사자로서 본인은 사망자의 유해를 캘리포니아 대학교에 기증하고자 합니다. 본인은 본 문서에 제시된 모든 조건을 수락하며 사망자가 자신의 시신 기증을 원하지 않을 것임을 나타내는 어떤 명시적인 상반된 정보를 알지 못합니다.

\_\_\_\_ 본인은 사망한 기증자의 배우자입니다.

\_\_\_\_ 본인은 사망한 기증자의 법적 동거동반자입니다.

\_\_\_\_ 본인은 의료관리에 대한 위임장을 보유한 기증자의 대리인으로 유언집인법 제 4.7 조(제 4600 절로 시작)에 의거해 처리에 대한 권리 및 의무를 가지고 있거나 또는 의료관리 사전 지시서에서 기증자의 시신 처리를 통제하도록 지정되었습니다. 의료관리에 대한 항구적 위임장 또는 사전 지시서 사본을 첨부해야 합니다.

\_\_\_\_ 본인은 사망한 기증자의 공시 청구인이며 이 주장을 뒷받침하는첨부 진술서를 작성하였습니다.

I have read and fully understood the policies set forth in this document. As the legally responsible party under this section for \_\_\_\_\_ (name of deceased) I wish to donate his/her remains to the University of California. I accept all terms and conditions set forth in this document and I know of no express, contrary information indicating that the decedent would not want to donate his/her body.

\_\_\_\_ I am the spouse of the deceased donor.

\_\_\_\_ I am the registered domestic partner of the deceased donor.

\_\_\_\_ I am the agent for the donor with power of attorney for health care and I have the right and duty of disposition under Division 4.7 (commencing with Section 4600) of the Probate Code or, I have been designated to control the donor's disposition in an Advance Health Care Directive. A copy of the Durable Power of Attorney for Healthcare or Directive must be attached.

\_\_\_\_ I am the declared claimant of the deceased donor and have completed the attached affidavit in support of this claim.

서명 Signature

고인과의 관계 Relationship to Decedent 날짜 Date

이름(정자체) Print Name

주소 Address

도시/주/우편번호 City/State/Zip

전화번호/이메일 Phone/E-mail

**두 명의 증인이 필요함**  
**TWO WITNESSES REQUIRED**

본 동의서는 두 명의 증인이 서명해야 하며 적어도 한 명은 “이해관계가 없는 증인”이어야 합니다.  
This agreement must be signed by two witnesses, with at least one as a “disinterested witness”.

**1. 증인**  
**WITNESSES**

“이해관계가 없는 증인”이란 배우자, 자녀, 부모, 형제자매, 손자, 손녀, 조부모, 또는 기증자의 보호자나 해당인에게 특별한 관심과 걱정을 보이는 다른 성인 이외의 증인을 의미합니다.

아래 서명하는 우리는 기증자가 본 문서에 서명하는 것을 목격하였습니다.

“Disinterested witness” means a witness other than the spouse, child, parent, sibling, grandchild, grandparent, or guardian of donor, or another adult who exhibited special care and concern for the individual.

We, the undersigned, have witnessed the signing of this document by the donor.

증인 서명 Signature of Witness

이해관계가 없는 증인 서명 Signature of Disinterested Witness

이름(정자체) Print Name

이름(정자체) Print Name

주소 Address

주소 Address

도시/주/우편번호 City/State/Zip

도시/주/우편번호 City/State/Zip

8. 시신 유해 처리 통제에 대한 청구를 뒷받침하는 진술서(보건안전법 제 7100 절에 따름). 사망자 시신의 처리에 대한 통제권을 보유한 경우 이 항을 작성하십시오.

**AFFIDAVIT IN SUPPORT OF CLAIM TO CONTROL DISPOSITION OF BODILY REMAINS (Pursuant to Health and Safety Code Section 7100). PLEASE COMPLETE THIS SECTION IF YOU ARE THE PERSON WHO HAS CONTROL OVER THE DISPOSITION OF THE DECEDENT’S BODY.**

사망자 이름 Name of Decedent

청구인 이름 Name of Claimant

청구인 주소 Address of Claimant

전화번호 Phone Number

사망자와의 관계 Relationship to Decedent

본인은 다음과 같은 이유로 사망자의 시신 유해 처리에 대한 통제권을 주장합니다. (해당되는 것에 모두 표시하십시오)

- 사망자가 유언 또는 기타 문서에 자신의 시신 처리를 통제하도록 본인을 지명하였습니다.(문서 사본 첨부).
- 본인은 사망자의 (다음 중 하나에 동그라미하십시오) 자녀, 부모, 조부모 또는 가장 가까운 기타 친인척입니다. (귀하가 사망자의 자녀인 경우, 귀하는 시신 처리를 결정하기 위해 사망자 자녀들 과반수의 동의를 얻어야 합니다. 아래에 서명함으로써, 귀하는 사망자 자녀의 과반수의 동의를 얻었거나 사망자 시신 처리에 관한 결정을 사망자의 다른 자녀 모두에게 통보하기 위해 합당한 노력을 기울였음을 나타냅니다.)

I claim the right to control the disposition of the Decedent's bodily remains because: (check all that apply)

- The Decedent named me to control the disposition of his or her body in a will or other document (attach a copy of the document).
- I am the Decedent's (circle one) *child, parent, grandparent or nearest other relative*. (If you are the Decedent's child, you must have the approval of the majority of the Decedent's children to arrange the disposition of the body. By signing below, you represent that you have the approval of the majority of the Decedent's children, or that you have made reasonable efforts to notify all of the Decedent's other children of your arranging the disposition of the Decedent's body).

본인은 본인의 사망자 시신 처리에 대한 결정에 이의를 제기할 사람을 알지 못합니다.

본인은 사망자의 유해 처리에 대한 통제권을 다른 사람에게 제공하는 사망자의 서면 또는 구두 지시, 또는 사망자와 장례 서비스 업체와의 계약을 알지 못합니다.

본인은 보건안전법 제 7100 절을 알고 있고 그 사본을 받았으며 그 안에 있는 조항을 준수할 것에 동의합니다.

본인은 캘리포니아 주법에 따라 위증죄로 처벌될 수 있다는 전제 하에 상술한 진술이 사실이며 틀림이 없음을 언명합니다.

I am not aware of any person who objects to my arranging the disposition of the body of the Decedent.

I am not aware of any written or oral instruction by the Decedent, or any contract for funeral services by the decedent, that give control of the disposition of the Decedent's remains to any other person.

I am aware of and have received a copy of Health and Safety Code Section 7100 and agree to comply with the provisions therein.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

서명 Signature \_\_\_\_\_ 날짜 Date \_\_\_\_\_

**보건안전법 HEALTH AND SAFETY CODE**

**제7100절 SECTION 7100**

7100. (a) 제 7100.1 절에 따라 사망자가 달리 지시하지 않는 한, 사망자의 유해 처리, 매장 장소 및 조건, 제공할 장례 상품 및 서비스 주선을 통제할 수 있는 권리 및 유해 처리 의무와 유해 처리에 따른 합리적인 비용에 대한 책임은 다음의 순서에 따른 지명인에게 귀속된다.

(1) 유언검인법 제 4.7 조(제 4600 절로 시작)에 의거해 처리에 대한 권리 및 의무를 가지고 있는 의료관리에 대한 위임장에 따른 대리인. 단 대리인은 다음 둘 중 하나의 경우에만 처리 비용에 대한 지불 의무가 있다.

(A) 대리인이 처리 비용 지불에 대해 구체적으로 합의한 경우.

(B) 구체적인 합의 부재 시, 대리인이 비용이 발생하는 처리에 대한 결정을 내리는 경우. 이 경우 대리인은 대리인의 결정에 따라 발생하는 합리적인 비용에 대해서만 사망자의 자산 또는 기타 적절한 자금이 부족한 범위 내에서 지불 의무가 있다.

(2) 의사결정 능력이 있는 생존 배우자.

(3) 생존해 있고 의사결정 능력이 있고 유일한 사망자의 성인 자녀, 또는 의사결정 능력이 있는 사망자의 성인 자녀가 두 명 이상인 경우 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 성인 자녀의 과반수. 그러나, 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 다른 성인 자녀 모두에게 지시를 통보하기 위해 합당한 노력을 기울였고 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 모든 성인 자녀의 과반수가 해당 지시에 대해 이의가 있음을 알지 못하는 경우, 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 모든 성인 자녀의 과반수 미만에게 본 절의 권리 및 의무가 귀속된다.

(4) 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 사망자의 부모. 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 부모 중 한 명이 부재하는 경우, 부재하는 의사결정 능력이 있는 생존 부모를 찾기 위해 합당한 노력을 기울이고 해당 노력이 실패한 후에 의사결정 능력이 있는 나머지 부모에게 본 절의 권리 및 의무가 귀속된다.

(5) 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 유일한 사망자의 성인 형제자매, 또는 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 사망자의 성인 형제자매가 두 명 이상인 경우 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 성인 형제자매의 과반수. 그러나, 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 다른 성인 형제자매 모두에게 지시를 통보하기 위해 합당한 노력을 기울였고 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 모든 성인 형제자매의 과반수가 해당 지시에 대해 이의가 있음을 알지 못하는 경우, 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 모든 성인 형제자매의 과반수 미만에게 본 절의 권리 및 의무가 귀속된다.

(6) 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 다음 단계 친족 관계의 성인이나 성인들 각자, 또는 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 동일한 친족 관계의 성인이 두 명 이상인 경우, 해당인들의 과반수. 해당인이 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 동일한 친족 관계의 성인 모두에게 지시를 통보하기 위해 합당한 노력을 기울였고 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 동일한 친족 관계 성인의 과반수가 해당 지시에 대해 이의가 있음을 알지 못하는 경우, 생존해 있고 의사결정 능력이 있는 동일한 친족 관계의 모든 성인의 과반수 미만에게 본 절의 권리 및 의무가 귀속된다.

(7) 사망자의 재산이 충분한 경우 유산 관리인.

(b) (1) (a)호에 따라 통제권이 귀속된 사람이 사망자의 사망과 관련하여 1 급 또는 2 급 살인, 또는 고의적 살인으로 기소되었고 해당 기소가 장해지도사나 묘지당국에게 알려진 경우, 해당 통제권은 포기되어 (a)호에 따라 다음 친족에게 양도된다.

(2) 해당인에 대한 공소가 철회되거나 해당인이 혐의를 벗으면, 통제권은 해당인에게 반환된다.

(3) 본 호의 조항에도 불구하고, 사망자의 사망과 관련하여 1 급 또는 2 급 살인, 또는 고의적 살인으로 기소된 사람에게 (2)항에 따라 통제권이 반환되지 않은 경우 해당인은 장해지도사나 묘지당국이 그 혐의에 대해 알고 있는 한 해당인이 존재하지 않는 것처럼 적용되는 (a)호에 의거해 처리를 통제할 권리가 없다.

(c) 다음의 두 사항이 모두 해당될 때 장해지도사 또는 묘지당국은 유해의 처리를 통제하고 본 장에 따라 처리에 대한 통상적인 비용의 회수를 처리하기 위한 완전한 권한을 가진다.

(1) 다음 중 하나가 적용되는 경우:

(A) 장해지도사 또는 묘지당국이 (a)호를 포함해 (1)-(6)항에 기술된 것과 같은 사람이 존재하지 않는다는 사실을 알고 있는 경우.

(B) (a)호를 포함해 (1)-(6)항에 기술된 것과 같은 사람을 합리적인 조사 후 찾을 수 없거나 합리적인 방법으로 연락을 취할 수 없는 경우.

(2) 유산 관리인이 해당 사실에 대한 서면 통지를 받은 후 7 일 내에 유해 처리에 대한 책임을 지지 못하는 경우. 서면 통지는 직접, US 우편, 팩스 전송, 또는 전신으로 전달될 수 있다.

(d) 최종 처리의 합리적인 비용에 대한 책임은 사망자의 자선에 따라 동일한 친족 관계에 있는 사망자의 모든 친족에게 공동으로 그리고 개별적으로 양도된다. 그러나, 한 개인이 제 7155.5 절 (a)호에 의거해 전신 증여를 수락하는 경우, 해당인이 증여 조건에 따라 사망자 자신의 최종 처리에 대한 합리적인 비용에 대한 책임을 진다.

(e) 본 절은 사망자 또는 처리를 통제할 권리를 가진 사람의 명시된 지시가 충실하고 신속하게 수행될 수 있도록 시행되고 해석되어야 한다.

(f) 장해지도사 또는 묘지당국은 사망자 또는 처리를 통제할 권리를 가진 사람의 지시를 수행하는 사람에게 어떠한 책임도 지지 아니한다.

(g) 본 절의 목적상 "성인"이라 함은 18 세 이상인 사람을, "자녀"는 사망자의 친생 자녀나 입양 자녀를, "의사결정 능력이 있는" 개인은 법원에서 금치산 선고를 받지 않았거나 금치산 선고 후 법원에 의해 의사결정 능력이 있는 것으로 선고된 개인을 의미한다.

7100. (a) The right to control the disposition of the remains of a deceased person, the location and conditions of interment, and arrangements for funeral goods and services to be provided, unless other directions have been given by the decedent pursuant to Section 7100.1, vests in, and the duty of disposition and the liability for the reasonable cost of disposition of the remains devolves upon, the following in the order named:

(1) An agent under a power of attorney for health care who has the right and duty of disposition under Division 4.7 (commencing with Section 4600) of the Probate Code, except that the agent is liable for the costs of disposition only in either of the following cases:

(A) Where the agent makes a specific agreement to pay the costs of disposition.

(B) Where, in the absence of a specific agreement, the agent makes decisions concerning disposition that incur costs, in which case the agent is liable only for the reasonable costs incurred as a result of the agent's decisions, to the extent that the decedent's estate or other appropriate fund is insufficient.

(2) The competent surviving spouse.

(3) The sole surviving competent adult child of the decedent, or if there is more than one competent adult child of the decedent, the majority of the surviving competent adult children. However, less than the majority of the surviving competent adult children shall be vested with the rights and duties of this section if they have used reasonable efforts to notify all other surviving competent adult children of their instructions and are not aware of any opposition to those instructions by the majority of all surviving competent adult children.

(4) The surviving competent parent or parents of the decedent. If one of the surviving competent parents is absent, the remaining competent parent shall be vested with the rights and duties of this section after reasonable efforts have been unsuccessful in locating the absent surviving competent parent.

(5) The sole surviving competent adult sibling of the decedent, or if there is more than one surviving competent adult sibling of the decedent, the majority of the surviving competent adult siblings. However, less than the majority of the surviving competent adult siblings shall be vested with the rights and duties of this section if they have used reasonable efforts to notify all other surviving competent adult siblings of their instructions and are not aware of any opposition to those instructions by the majority of all surviving competent adult siblings.

(6) The surviving competent adult person or persons respectively in the next degrees of kinship, or if there is more than one surviving competent adult person of the same degree of kinship, the majority of those persons. Less than the majority of surviving competent adult persons of the same degree of kinship shall be vested with the rights and duties of this section if those persons have used reasonable efforts to notify all other surviving competent adult persons of the same degree of kinship of their instructions and are not aware of any opposition to those instructions by the majority of all surviving competent adult persons of the same degree of kinship.

(7) The public administrator when the deceased has sufficient assets.

(b) (1) If any person to whom the right of control has vested pursuant to subdivision (a) has been charged with first or second degree murder or voluntary manslaughter in connection with the decedent's death and those charges are known to the funeral director or cemetery authority, the right of control is relinquished and passed on to the next of kin in accordance with subdivision (a).

(2) If the charges against the person are dropped, or if the person is acquitted of the charges, the right of control is returned to the person.

(3) Notwithstanding this subdivision, no person who has been charged with first or second degree murder or voluntary manslaughter in connection with the decedent's death to whom the right of control has not been returned pursuant to paragraph (2) shall have any right to control disposition pursuant to subdivision (a) which shall be applied, to the extent the funeral director or cemetery authority know about the charges, as if that person did not exist.

(c) A funeral director or cemetery authority shall have complete authority to control the disposition of the remains, and to proceed under this chapter to recover usual and customary charges for the disposition, when both of the following apply:

(1) Either of the following applies:

(A) The funeral director or cemetery authority has knowledge that none of the persons described in paragraphs (1) to (6), inclusive, of subdivision (a) exists.

(B) None of the persons described in paragraphs (1) to (6), inclusive, of subdivision (a) can be found after reasonable inquiry, or contacted by reasonable means.

(2) The public administrator fails to assume responsibility for disposition of the remains within seven days after having been given written notice of the facts. Written notice may be delivered by hand, U.S. mail, facsimile transmission, or telegraph.

(d) The liability for the reasonable cost of final disposition devolves jointly and severally upon all kin of the decedent in the same degree of kinship and upon the estate of the decedent. However, if a person accepts the gift of an entire body under subdivision (a) of Section 7155.5, that person, subject to the terms of the gift, shall be liable for the reasonable cost of final disposition of the decedent.

(e) This section shall be administered and construed to the end that the expressed instructions of the decedent or the person entitled to control the disposition shall be faithfully and promptly performed.

(f) A funeral director or cemetery authority shall not be liable to any person or persons for carrying out the instructions of the decedent or the person entitled to control the disposition.

(g) For purposes of this section, "adult" means an individual who has attained 18 years of age, "child" means a natural or adopted child of the decedent, and "competent" means an individual who has not been declared incompetent by a court of law or who has been declared competent by a court of law following a declaration of incompetence.

252 Irvine Hall, Irvine, CA 92697-3950 ; Phone 949-824-6061 ; Fax 949-824-2114 ; som.uci.edu/willedbody

\_\_\_\_\_  
Donor's Legal First Name

\_\_\_\_\_  
Middle

\_\_\_\_\_  
Last

I certify that pursuant to Section 7100, Health & Safety Code, State of California, it is my legal right to select a disposition service. Therefore, please release the body of the above deceased to the custody of the UCI School of Medicine Willed Body Program.

**Donor OR Agent with DPOA for HealthCare Must Sign:**

*Please sign where indicated. This form is used only when a signed release is required from a hospital or other institution to obtain custody of the body.*

Signature: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

(Write Donor or Agent)

Print Full Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_