

تاريخ اليوم: _____
رقم طلب الدفن: _____

طلب الحصول على بدل دفن (Arabic)

أ- معلومات عن الميت (المتوفى):

اسم المتوفى: _____
(اسم العائلة، الاسم الأول)

آخر عنوان معروف للمتوفى: _____

ما هي المدة التي عاشها المتوفى هناك؟ _____

هل كان المتوفى في مأوى للمشردين في مدينة نيويورك؟ لا نعم

تاريخ الميلاد: _____ تاريخ الوفاة: _____

رقم الضمان الاجتماعي (إذا كان معلومًا): _____

سبب الوفاة (إذا كان معلومًا): _____

مكان الوفاة (أي المستشفى، أو المنزل، أو غير ذلك إذا كان معلومًا): _____

هل دُفن المتوفى؟ لا نعم

هل تم حرق جثة المتوفى؟ لا نعم

هل كان المتوفى متزوجًا؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فقم بكتابة اسم الزوج/الزوجة وعنوانه ورقم هاتفه: _____

هل كان المتوفى تحت سن الحادية والعشرين (21)؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فقم بكتابة اسم وعنوان ورقم هاتف ولي الأمر أو الوصي القانوني: _____

طلب الحصول على بدل دفن (واصلت)

ب. حالة قدامى المحاربين للمتوفى:

كان المتوفى أحد قدامى المحاربين؟ لا نعم

الفرع الذي أدى فيه الخدمة، إذا كان معلومًا (الجيش، البحرية، إلخ.): _____

هل كان المتوفى زوج أحد قدامى المحاربين؟ لا نعم

هل كان المتوفى طفلًا/زوجة قاصرًا لأحد قدامى المحاربين؟ لا نعم

هل تم دفع مخصصات دفن أو وفاة المحارب القديم بواسطة أي وكالة حكومية؟ لا نعم
إذا كانت الإجابة نعم، فكم (يُرجى تقديم تفاصيل):

هل تلقى المتوفى أيًا من مخصصات قدامى المحاربين؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، فكم (يُرجى تقديم تفاصيل):

ج. التاريخ المالي للمتوفى

صف كيف كان المتوفى مدعومًا ماليًا: _____

هل كان المتوفى يعمل وقت الوفاة؟ لا نعم (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تقديم تفاصيل)

اسم صاحب العمل: _____

العنوان: _____

الهاتف: _____

نوع العمل: _____

هل دفع صاحب العمل مخصصات الوفاة؟ لا نعم (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى كتابة التفاصيل)

طلب الحصول على بدل دفن (واصلت)

ج. التاريخ المالي للمتوفى (تابع)

هل تلقى المتوفى أي مساعدة من إدارة الموارد البشرية HRA؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى كتابة رقم الحالة (إذا كان معلومًا) _____

ضع علامة أمام جميع ما ينطبق: المساعدات النقدية Medicaid/المساعدة الطبية

برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP (قسائم الطعام)

غير ذلك _____

هل حصل المتوفى على مخصصات إدارة الضمان الاجتماعي؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تحديد كل ما ينطبق:

المبلغ: _____ بالدولار

دخل الضمان التكميلي (SSI)

المبلغ: _____ بالدولار

إعانة الضمان الاجتماعي للإعاقة (SSD)

المبلغ: _____ بالدولار

الضمان الاجتماعي لكبار السن والناجين وتأمين الإعاقة (OASDI)

د. معلومات تركة المتوفى

هل ترك المتوفى وصية؟ لا نعم

هل ترك المتوفى تركة؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى كتابة اسم الشخص المسؤول عن الوصية أو التركة ومعلومات الاتصال به

هل هناك أي قضية في المحكمة تتعلق بالمتوفى؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تقديم تفاصيل: المقاطعة والمحكمة ورقم الملف واسم ومعلومات الاتصال الخاصة بممثل التركة أو

المحامي المعني _____

طلب الحصول على بدل دفن (واصلت)

هـ. أصول أو ممتلكات المتوفى

إذا كان لدى المتوفى أي أصول أو ممتلكات شخصية وقت الوفاة، يُرجى وضع علامة على كل ما ينطبق وكتابة القيمة أو المبلغ إذا كان معلومًا:

الأموال النقدية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	_____ دولار	المركبة (المركبات)	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	_____ دولار
عقارات	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	_____ دولار	التأمين/مستندات التأمين	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	_____ دولار
المعاش	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	_____ دولار	اتئمان دفن/ صندوق دفن مدفوع مسبقًا	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	_____ دولار
حسابات مصرفية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	_____ دولار	أسهم وحسابات استثمار	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	_____ دولار
مخصصات نقابية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	_____ دولار	دعاوى قضائية أو تسويات أخرى معلقة	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	_____ دولار

هل لدى المدير العام أي من ممتلكات أو أصول المتوفى؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى كتابة التفاصيل أو القيمة أو المبلغ إذا كانت معلومة ومعلومات الاتصال الخاصة بالمدير العام:

قد يُطلب منك تقديم معلومات إضافية حول أصول المتوفى. يُرجى استخدام المساحة أدناه لتقديم تفاصيل إضافية حول موقع الأصول أو الممتلكات الشخصية:

طلب الحصول على بدل دفن (تابع)

و. معلومات مقدم الطلب
<input type="checkbox"/> قريب <input type="checkbox"/> صديق <input type="checkbox"/> صديق تنظيمي <input type="checkbox"/> ممثل مفوض
الاسم: _____ (اسم العائلة، الاسم الأول)
ما هي علاقتك بالمتوفى؟ _____
العنوان: _____
رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____
ز. معلومات القريب المسؤول قانونياً
مهم: أحد الأقارب المسؤول قانونياً هو الشخص المتزوج قانونياً من المتوفى أو ولي الأمر أو الوصي القانوني للمتوفى الذي يقل عمره عن 21 عاماً وكان يعيش في نفس المنزل مع المتوفى وقت الوفاة.
هل أنت قريب مسؤول قانونياً؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إذا كان الإجابة لا، فتخطَّ الأسئلة أدناه وانتقل إلى القسم ح.
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى إكمال الأسئلة أدناه وفي الصفحة التالية.
<input type="checkbox"/> أنا زوج/زوجة المتوفى (أو)
<input type="checkbox"/> أنا ولي الأمر أو الوصي القانوني لمتوفى عمره أقل من واحد وعشرين عاماً (21).
هل أنت قادر مالياً على دفع تكاليف الجنازة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إذا كانت الإجابة نعم، فتخطَّ الأسئلة أدناه وانتقل إلى القسم ح.
إذا كانت الإجابة لا، يُرجى إكمال ما يلي:
الاسم: _____
تاريخ الميلاد: _____ رقم الضمان الاجتماعي: _____
العنوان: _____
الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

طلب الحصول على بدل دفن (تابع)

ز. معلومات القريب المسؤول قانونياً (تابع)

هل تتلقى أي مساعدة من إدارة الموارد البشرية HRA؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى كتابة رقم الحالة (إذا كان معلوماً) _____

ضع علامة أمام جميع ما ينطبق: المساعدات النقدية Medicaid/المساعدة الطبية

برنامج المساعدات الغذائية التكميلية SNAP (قسائم الطعام)

غير ذلك

هل تتلقى مخصصات من إدارة الضمان الاجتماعي؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى تحديد كل ما ينطبق:

دخل الضمان التكميلي (SSI)

إعانة الضمان الاجتماعي للإعاقة (SSD)

الضمان الاجتماعي لكبار السن والناجين وتأمين الإعاقة (OASDI)

المبلغ: _____ بالدولار

المبلغ: _____ بالدولار

المبلغ: _____ بالدولار

ح. معلومات عن تكاليف الجنازة (الدفن أو الحرق أو تكاليف الجنازة الأخرى):

هل تم دفع تكاليف الجنازة؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة لا فهل تم إجراء ترتيبات الجنازة للمتوفى؟ لا نعم

هل دفع مقدم الطلب تكاليف الجنازة المدفوعة؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة لا، ودفع شخص آخر تكاليف الجنازة، فقم بكتابة اسم وعنوان وهاتف الشخص (الأشخاص) الذي دفع الفاتورة:

الاسم:

(اسم العائلة، الاسم الأول)

العنوان:

رقم الهاتف:

طلب الحصول على بدل دفن (تابع)

ح. معلومات عن تكاليف الجنازة (الدفن أو الحرق أو تكاليف الجنازة الأخرى) (تابع):	
اسم دار الجنائز:	_____
العنوان والهاتف:	_____
التكلفة الإجمالية لنفقات الجنازة: _____ دولارًا (المبلغ الإجمالي في الفاتورة أو العقد)	_____
حدد تكلفة ما يلي:	_____
الحرق: _____ دولار أرض الدفن: _____ دولار فتح المقبرة: _____ دولار	_____

يفوض الشخص الذي يوقع هذا النموذج مفوض إدارة الخدمات الاجتماعية في مدينة نيويورك أو ممثله المفوض بإجراء جميع الاستفسارات اللازمة فيما يتعلق بهذا الطلب ويعطيهم الإذن الكامل بالتحقق من أي أو كل المعلومات الواردة في هذا الطلب.

اسم مُقدم الطلب (بأحرف واضحة)	_____
توقيع مُقدم الطلب	_____
التاريخ	_____
اسم الممثل المُفوض (بأحرف واضحة)	_____
توقيع الممثل المُفوض	_____
التاريخ	_____

طلب الحصول على بدل دفن (تابع)

خاص بالممثل المفوض فقط

إذا لم تكن مقدم الطلب وأذن لك بإكمال هذا الطلب نيابةً عن مقدم الطلب، يجب عليك توقيع هذا النموذج أمام كاتب العدل أو مأمور الوثائق.

State of _____

County of _____

Sworn to before me this _____ day of _____, 20 _____

Notary Public or Commissioner of Deeds

هل تعاني من إعاقة أو حالة طبية أو حالة صحية عقلية؟ هل تجعل هذه الحالة من الصعب عليك فهم هذا الإشعار أو تنفيذ ما يطلبه؟ هل تجعل هذه الحالة من الصعب عليك الحصول على الخدمات الأخرى المتوفرة لدى إدارة HRA؟ يمكننا مساعدتك. اتصل بنا على الرقم 212-331-4640. يمكنك طلب المساعدة أيضًا عند زيارتك لأحد مكاتب إدارة HRA. يحق لك طلب الحصول على هذا النوع من المساعدة بمقتضى القانون.