

আজকের তারিখ: _____

সমাধির দাবি নম্বর: _____

সমাধি ভাতার জন্য আবেদন (Bengali)

ক. মৃত ব্যক্তি (যাঁন মারা গেছেন) সম্পর্কে তথ্য:

মৃত ব্যক্তির নাম: _____
(পদবী, নাম)

মৃত ব্যক্তির শেষ জানা ঠিকানা: _____

মৃত ব্যক্তি কতদিন ধরে সেখানে বসবাস করতেন? _____

মৃত ব্যক্তি কি নিউ ইয়র্ক সিটির গৃহহীনের আশ্রয়স্থলে ছিলেন? না হ্যাঁ

জন্মের তারিখ: _____ মৃত্যুর তারিখ: _____

সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর (জানা থাকলে): _____

মৃত্যুর কারণ (জানা থাকলে): _____

মৃত্যুর স্থান (হসপিটাল, বাড়ি, অন্যত্র, জানা থাকলে): _____

মৃত ব্যক্তিকে কি সমাধি দেওয়া হয়েছে? না হ্যাঁ

মৃত ব্যক্তিকে কি দাহ করা হয়েছে? না হ্যাঁ

মৃত ব্যক্তি কি বিবাহিত? না হ্যাঁ

হ্যাঁ হলে, স্বামী বা স্ত্রীর নাম, ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর দিন:

মৃত ব্যক্তির বয়স কি একুশ (21) বছরের কম? না হ্যাঁ

হ্যাঁ হলে, পিতামাতা বা আইনি অভিভাবকের নাম, ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর দিন:

(পরের পাতায় যান)

সমাধি ভাতার জন্য আবেদন (চলছে)

খ. মৃত ব্যক্তির অবসরপ্রাপ্ত সেনাকর্মীর স্থিতি:

মৃত ব্যক্তি কি একজন অবসরপ্রাপ্ত সেনাকর্মী? না হ্যাঁ
পরিষেবার শাখা, জানা থাকলে (সেনা, নৌসেনা, ইত্যাদি):

মৃত ব্যক্তি কি একজন অবসরপ্রাপ্ত সেনাকর্মীর স্বামী বা স্ত্রী? না হ্যাঁ
মৃত ব্যক্তি কি একজন অবসরপ্রাপ্ত সেনাকর্মীর নাবালক সন্তান? না হ্যাঁ
অবসরপ্রাপ্ত সেনাকর্মীর সমাধি বা ডেথ বেনিফিট কোনো সরকারি এজেন্সি প্রদান করেছে? না
 হ্যাঁ
হ্যাঁ হলে, পরিমাণ জানান (বিস্তারিত তথ্য প্রদান করুন):

মৃত ব্যক্তি কি অবসরপ্রাপ্ত সেনাকর্মীর কোনো সুবিধা পেয়েছেন? না হ্যাঁ
হ্যাঁ হলে, পরিমাণ জানান (বিস্তারিত তথ্য প্রদান করুন):

গ. মৃত ব্যক্তির আর্থিক ইতিহাস

মৃত ব্যক্তি কীভাবে আর্থিক সহায়তা পেতেন তা বর্ণনা
করুন: _____

মৃত ব্যক্তি কি মৃত্যুর সময় চাকরি করতেন? না হ্যাঁ (হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে বিশদ বিবরণ
প্রদান করুন)

নিয়োগকর্তার নাম: _____

ঠিকানা: _____

টেলিফোন: _____

কাজের ধরন: _____

নিয়োগকারী কি ডেথ বেনিফিট প্রদান করেছেন? না হ্যাঁ (হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে
বিশদ বিবরণ প্রদান করুন)

(পরের পাতায় যান)

সমাধি ভাতার জন্য আবেদন (চলছে)

গ. মৃত ব্যক্তির আর্থিক ইতিহাস (চলছে)

মৃত ব্যক্তি কি HRA থেকে কোনো সুবিধা পেয়েছেন? না হ্যাঁ

হ্যাঁ হলে, কেস নম্বর (জানা থাকলে): _____

প্রযোজ্য সব কটিতে টিক করুন: নগদ সহায়তা Medicaid/MA

সাপ্লিমেন্টাল নিউট্রিশন অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (ফুড স্ট্যাম্প)

অন্যান্য _____

মৃত ব্যক্তি কি সামাজিক সুরক্ষা প্রশাসন (Social Security Administration) এর কোনো সুবিধা পেয়েছেন? না হ্যাঁ

হ্যাঁ হলে, প্রযোজ্য সব কটিতে টিক করুন:

সম্পূরক নিরাপত্তা আয় (Supplemental Security Income, SSI) পরিমাণ: \$ _____

সামাজিক সুরক্ষা প্রতিবন্ধকতা (Social Security Disability, SSD) পরিমাণ: \$ _____

সামাজিক সুরক্ষা বৃদ্ধ বয়স, উত্তরজীবী, এবং প্রতিবন্ধকতা বিমা (Social Security Old Age, Survivors, and Disability Insurance, OASDI) পরিমাণ: \$ _____

ঘ. মৃত ব্যক্তির এস্টেটের তথ্য

মৃত ব্যক্তির কি কোনো উইল আছে? না হ্যাঁ

মৃত ব্যক্তির কি কোনো এস্টেট আছে? না হ্যাঁ

হ্যাঁ হলে, উইল বা এস্টেটের জন্য দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তির নাম ও যোগাযোগের তথ্য

মৃত ব্যক্তির আদালতে কি কোনো মামলা আছে? না হ্যাঁ

যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে বিশদ বিবরণ দিন: কাউন্টি, আদালত, ফাইল নম্বর, এস্টেটের প্রতিনিধি বা জড়িত আইনজীবীর নাম এবং যোগাযোগের তথ্য

(পরের পাতায় যান)

সমাধি ভাতার জন্য আবেদন (চলছে)

ঙ. মৃত ব্যক্তির সম্পদ বা ব্যক্তিগত সম্পত্তি

মৃত্যুর সময় মৃত ব্যক্তির কোনো সম্পদ বা ব্যক্তিগত সম্পত্তি থাকলে, অনুগ্রহ করে প্রযোজ্য সবকটিতে টিক করুন এবং জানা থাকলে মূল্য বা পরিমাণ প্রদান করুন:

নগদ অর্থ	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ \$ _____	গাড়ি (এক বা একাধিক)	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ \$ _____
স্থাবর সম্পত্তি	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ \$ _____	বিমা/পলিসি	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ \$ _____
পেনশন	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ \$ _____	সমাধির ট্রাস্ট/ অগ্রিম প্রদত্ত সমাধি তহবিল	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ \$ _____
ব্যাঙ্ক অ্যাকাউন্ট	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ \$ _____	স্টক, বিনিয়োগের অ্যাকাউন্ট	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ \$ _____
ইউনিয়ন সুবিধাবলী	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ \$ _____	অন্যান্য, অমিমাংসিত মামলা বা নিষ্পত্তি	<input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ \$ _____

সরকারি প্রশাসকের কি মৃত ব্যক্তির কোন সম্পত্তি বা সম্পদ আছে? না হ্যাঁ

যদি হ্যাঁ হয়, জানা থাকলে অনুগ্রহ করে বিস্তারিত তথ্য, মূল্য বা পরিমাণ এবং সরকারী প্রশাসকের যোগাযোগের তথ্য দিন: _____

আপনাকে মৃত ব্যক্তির সম্পদ সম্পর্কে অতিরিক্ত তথ্য প্রদান করতে হতে পারে। সম্পদ বা ব্যক্তিগত সম্পত্তির অবস্থান সম্পর্কে অতিরিক্ত বিশদে জন্য অনুগ্রহ করে নিচের জায়গাটি ব্যবহার করুন:

(পরের পাতায় যান)

সমাধি ভাতার জন্য আবেদন (চলছে)

চ. আবেদনকারীর তথ্য	
<input type="checkbox"/> আত্মীয় <input type="checkbox"/> বন্ধু <input type="checkbox"/> সংগঠনের বন্ধু <input type="checkbox"/> অনুমোদিত প্রতিনিধি	
নাম: _____	(পদবী, নাম)
মৃত ব্যক্তির সঙ্গে আপনার সম্পর্ক কী? _____	
ঠিকানা: _____	
টেলিফোন: _____	ইমেল: _____
ছ. আইনগতভাবে দায়িত্বপ্রাপ্ত আত্মীয়ের তথ্য	
গুরুত্বপূর্ণ: একজন আইনগতভাবে দায়িত্বপ্রাপ্ত আত্মীয় (এলআরআর/LRR) হলেন একজন ব্যক্তি যিনি মৃত ব্যক্তিকে আইনসিদ্ধ ভাবে বিবাহ করেছেন বা একজন মৃত ব্যক্তির পিতা-মাতা বা আইনি অভিভাবক যার বয়স 21 একুশ বছরের কম এবং মৃত্যুর সময় মৃত ব্যক্তির সাথে একই পরিবারে বসবাস করতেন।	
আপনি কি একজন আইনগতভাবে দায়িত্বপ্রাপ্ত আত্মীয়? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ	
না হলে, প্রশ্নগুলি ছেড়ে দিয়ে বিভাগ জ এ চলে যান।	
হ্যাঁ হলে, অনুগ্রহ করে নিচের এবং পরবর্তী পৃষ্ঠার প্রশ্নগুলি সম্পূর্ণ করুন।	
<input type="checkbox"/> আমি মৃত ব্যক্তির স্বামী বা স্ত্রী (অথবা)	
<input type="checkbox"/> আমি একুশ (21) বছরের কম বয়সী মৃত ব্যক্তির পিতা-মাতা বা আইনি অভিভাবক।	
আপনি কি সৎকারের খরচ বহন করার জন্য আর্থিকভাবে সক্ষম? <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> হ্যাঁ	
হ্যাঁ হলে, প্রশ্নগুলি ছেড়ে দিয়ে বিভাগ জ এ চলে যান।	
না হলে, অনুগ্রহ করে নিম্নলিখিতটি সম্পূর্ণ করুন:	
নাম: _____	
জন্মের তারিখ: _____	সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর: _____
ঠিকানা: _____	

টেলিফোন: _____	ইমেল: _____

(পরের পাতায় যান)

সমাধি ভাতার জন্য আবেদন (চলছে)

জ. আইনগতভাবে দায়িত্বপ্রাপ্ত আত্মীয়ের তথ্য (চলছে)

আপনি কি HRA এর থেকে কোনো সহায়তা পেয়েছেন? না হ্যাঁ

হ্যাঁ হলে, কেস নম্বর (জানা থাকলে): _____

প্রযোজ্য সব কটিতে টিক করুন: নগদ সহায়তা Medicaid/MA

সাপ্লিমেন্টাল নিউট্রিশন অ্যাসিস্ট্যান্স প্রোগ্রাম (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (ফুড স্ট্যাম্প)

অন্যান্য _____

আপনি কি সামাজিক সুরক্ষা প্রশাসনের সুবিধাবলী পেয়েছেন? না হ্যাঁ

হ্যাঁ হলে, প্রযোজ্য সব কটিতে টিক করুন:

সম্পূরক নিরাপত্তা আয় (Supplemental Security Income, SSI) পরিমাণ: \$ _____

সামাজিক সুরক্ষা প্রতিবন্ধকতা (Social Security Disability, SSD) পরিমাণ: \$ _____

সামাজিক সুরক্ষা বৃদ্ধ বয়স, উত্তরজীবী, এবং প্রতিবন্ধকতাবিমা (OASDI) পরিমাণ: \$ _____

ঝ. সৎকারের খরচ সম্পর্কে তথ্য (সমাধি, দাহ করা বা সৎকারের অন্যান্য খরচ):

সৎকারের খরচ কি পরিশোধ করা হয়েছে? না হ্যাঁ

না হলে, মৃত ব্যক্তির জন্য কি সৎকারের বন্দোবস্ত করা হয়েছে? না হ্যাঁ

পরিশোধ করা সৎকারের খরচের জন্য, আবেদনকারী কি পরিশোধ করেছেন না হ্যাঁ

না হলে, এবং অন্য কেউ সৎকারের খরচ পরিশোধ করলে, বিল পরিশোধকারী ব্যক্তি (ব্যক্তিবর্গের) নাম, ঠিকানা এবং টেলিফোন নম্বর:

নাম:

ঠিকানা:

(পদবী, নাম)

টেলিফোন নম্বর:

(পরের পাতায় যান)

সমাধি ভাতার জন্য আবেদন (চলছে)

ঝ. সৎকারের খরচ সম্পর্কে তথ্য (সমাধি, দাহ করা বা সৎকারের অন্যান্য খরচ)
(চলবে):

ফিউনারাল হোমের নাম:

ঠিকানা এবং টেলিফোন:

সৎকারের খরচের জন্য মোট ব্যয়:

\$ _____

(বিল বা কন্ট্র্যাক্টের মোট পরিমাণ)

নিম্নলিখিতগুলির খরচ নির্দিষ্ট করুন:

শবদাহ: \$ _____ শবদাহের স্থান: \$ _____ কবর খনন: \$ _____

এই ফর্মের স্বাক্ষরকারী নিউইয়র্ক সিটি সামাজিক সেবা বিভাগের (Department of Social Services) কমিশনারকে অথবা ওনার অনুমোদিত প্রতিনিধিকে এই আবেদন সম্পর্কিত সমস্ত প্রয়োজনীয় অনুসন্ধান করার এবং এই আবেদনের যে কোনো বা সমস্ত তথ্য যাচাই করার জন্য সম্পূর্ণ অধিকার প্রদান করেছেন।

আবেদনকারী (মুদ্রিত নাম)

আবেদনকারী (স্বাক্ষর)

তারিখ

অনুমোদিত প্রতিনিধি (মুদ্রিত নাম)

অনুমোদিত প্রতিনিধি (স্বাক্ষর)

তারিখ

(পরের পাতায় যান)

সমাধি ভাতার জন্য আবেদন (চলছে)

শুধুমাত্র অনুমোদিত প্রতিনিধিদের জন্য

আপনি আবেদনকারী না হলে এবং আবেদনকারীর হয়ে এই আবেদনটি সম্পূর্ণ করার জন্য অনুমোদিত হলে আপনাকে অবশ্যই একজন নোটারি পাবলিক বা কমিশনার অফ ডীডের সামনে এই ফর্মটি স্বাক্ষর করতে হবে।

State of _____

County of _____

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

Notary Public or Commissioner of Deeds

আপনি কি শারীরিক বা মানসিকভাবে অসুস্থ বা প্রতিবন্ধী? এই অবস্থার কারণে এই বিজ্ঞপ্তি বুঝতে কি আপনার অসুবিধা হচ্ছে অথবা এই বিজ্ঞপ্তিতে যা করতে বলা আছে তা বুঝতে পারছেন না? এই অবস্থার কারণে কি HRA এর অন্য পরিষেবাগুলি পেতে আপনার সমস্যা হচ্ছে? **আমরা আপনাকে সাহায্য করতে পারি। 212-331-4640 এ আমাদের ফোন করুন। এছাড়া আপনি HRA অফিসে এসে সহায়তা চাইতে পারেন। আইন অনুযায়ী এই ধরনের সাহায্য চাওয়ার অধিকার আপনার আছে।**