

오늘 날짜: _____

매장 요청 번호: _____

매장 비용 신청 (Korean)

A. 사망자(사망한 당사자) 관련 정보

사망자 이름: _____
(성, 이름)

마지막으로 알려진 사망자의 주소: _____

사망자가 해당 주소에 얼마나 오래 살았습니까? _____

사망자가 NYC 노숙자 보호소에 있었습니까? 아니요 예

생년월일: _____ 사망일: _____

사회보장 번호(알고 있는 경우): _____

사망 사유(알고 있는 경우): _____

사망 장소(예: 병원, 집, 기타(알고 있는 경우)): _____

사망자가 매장되었습니까? 아니요 예

사망자가 화장되었습니까? 아니요 예

사망자가 결혼했습니까? 아니요 예

예인 경우, 배우자의 이름, 주소, 전화번호:

사망자가 이십일(21)세 미만이었습니까? 아니요 예

예인 경우, 부모 또는 법적 후견인의 이름, 주소, 전화번호를 기입하십시오.

(다음 페이지로)

매장 비용 신청 (계속)

B. 사망자의 병역 여부

사망자가 재향군인이었습니까? 아니요 예

(알고 있는 경우) 복무 조직(육군, 해군 등): _____

사망자가 재향군인의 배우자였습니까? 아니요 예

사망자가 재향군인의 미성년 자녀였습니까? 아니요 예

정부 기관에서 재향군인 매장 또는 사망 혜택을 지급한 적 있습니까? 아니요 예

예인 경우, 혜택금 액수(상세히 기입):

예인 경우, 사망자가 재향군인 혜택을 수령하였습니까? 아니요 예

예인 경우, 혜택금 액수(상세히 기입):

C. 사망자 재무 기록

사망자가 어떤 방식으로 재정적 지원을 받았는지 설명해주시요. _____

사망 시 사망자가 직업이 있는 상태였습니까? 아니요 예 (예인 경우, 자세한 내용을 기재해주시요)

고용주 이름: _____

주소: _____

전화: _____

고용 유형: _____

고용주 사망 혜택금이 지불되었습니까? 아니요 예 (예인 경우, 자세한 내용을 기재해 주시요)

(다음 페이지로)

매장 비용 신청 (계속)

C. 사망자 재무 기록 (계속)

사망자가 HRA로부터 공공 지원을 받았습니까? 아니요 예

예인 경우, 케이스 번호(알고 있는 경우): _____

해당 사항에 모두 표시하십시오. 현금 지원 Medicaid(MA)

보조 영양 지원 프로그램(Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 푸드 스탬프

기타 _____

사망자가 사회보장국(Social Security Administration) 혜택을 받았습니까? 아니요 예

예인 경우 해당 사항에 모두 표시하십시오.

생활보조금(Supplemental Security Income, SSI) 액수: \$ _____

사회보장 장애 지원(Social Security Disability, SSD) 액수: \$ _____

사회보장 노령, 생존자, 장애 보험 (Old Age, Survivors, and Disability Insurance, OASDI) 액수: \$ _____

D. 사망자 유산 정보

사망자가 유언을 남겼습니까? 아니요 예

사망자가 유산을 남겼습니까? 아니요 예

예인 경우, 해당 유언 또는 유산에 책임이 있는 개인의 이름 및 연락처 정보를 기입하십시오.

사망자와 관련된 법정 소송 사건이 있습니까? 아니요 예

예인 경우, 세부 사항 기재: 카운티, 법원, 파일 번호, 유언 대리인 또는 관련 변호사의 이름 및 연락처 정보를 기입하십시오. _____

(다음 페이지로)

매장 비용 신청 (계속)

E. 사망자의 자산 또는 개인 재산

사망자가 사망 시 자산 또는 개인 재산을 가지고 있었다면, 해당 사항에 모두 표시하고 알고 있는 경우 액수를 기입하십시오.

현금	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 \$ _____	차량(들)	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 \$ _____
부동산	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 \$ _____	보험/증서	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 \$ _____
연금	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 \$ _____	매장 신탁/ 선물 매장 자금	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 \$ _____
은행 계좌	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 \$ _____	주식, 투자 계정	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 \$ _____
조합 혜택	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 \$ _____	기타, 보류 중인 소 송 또는 분쟁	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 \$ _____

유산 관리인이 사망자의 재산이나 자산을 보유하고 있습니까? 아니요 예

예인 경우, 상세한 사항과 알고 있는 경우 가치 또는 액수, 해당 유산 관리인의 연락처 정보를 기입하십시오. _____

사망자의 자산에 대해 추가 정보를 제공해야 할 수 있습니다. 자산 또는 개인 재산의 장소에 대해 추가적인 상세 사항을 아래 공란에 기입하십시오.

(다음 페이지로)

매장 비용 신청 (계속)

F. 신청자 정보	
<input type="checkbox"/> 친족 <input type="checkbox"/> 친구 <input type="checkbox"/> 직장 동료 <input type="checkbox"/> 지정 대리인	
이름: _____	(성, 이름)
사망자와 어떤 관계입니까? _____	
주소: _____	
전화: _____	이메일: _____
G. 법적 책임이 있는 가족에 대한 정보	
중요: 법적 책임이 있는 가족(Legally Responsible Relative, LRR)이란 사망자와 법적으로 결혼한 대상 또는, 사망자가 21세 미만이며 사망 시 같은 세대에 거주하고 있던 부모 또는 법적 후견인을 뜻합니다.	
법적 책임이 있는 가족입니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 아닌 경우, 아래 질문을 건너뛰고 H 섹션으로 가십시오. 예인 경우, 아래 및 다음 페이지의 질문에 답하십시오.	
<input type="checkbox"/> 사망자의 배우자입니다 (또는) <input type="checkbox"/> 이십일(21)세 미만 사망자의 부모 또는 법적 후견인입니다.	
장래 비용을 지불할 재정적 여유가 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 예인 경우, 아래 질문을 건너뛰고 H 섹션으로 가십시오. 아닌 경우, 다음을 채워 주십시오.	
이름: _____	
생년월일: _____	사회보장 번호: _____
주소: _____	

전화: _____	이메일: _____

(다음 페이지로)

매장 비용 신청 (계속)

G. 법적 책임이 있는 가족에 대한 정보 (계속)

본인이 HRA로부터 공공 지원을 받았습니까? 아니요 예

예인 경우, 케이스 번호(알고 있는 경우): _____

해당 사항에 모두 표시하십시오. 현금 지원 Medicaid(MA)

보조 영양 지원 프로그램(Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) 푸드 스탬프

기타 _____

본인이 사회보장국 혜택을 받고 있습니까? 아니요 예

예인 경우 해당 사항에 모두 표시하십시오.

생활보조금(Supplemental Security Income, SSI) 액수: \$ _____

사회보장 장애 지원(Social Security Disability, SSD) 액수: \$ _____

사회보장 노령, 생존자, 장애 보험 (Old Age, Survivors, and Disability Insurance, OASDI) 액수: \$ _____

H. 장례 비용에 대한 정보(매장, 화장 또는 기타 장례 비용)

장례 비용이 지불되었습니까? 아니요 예

아닌 경우, 사망자의 장례 일정이 예정되어 있습니까? 아니요 예

지불된 장례 비용은 신청자가 지불했습니까? 아니요 예

아닌 경우, 다른 사람이 장례 비용을 지불했다면 해당인의 이름, 주소, 전화번호를 기입하십시오.

이름:

_____ (성, 이름)

주소:

전화번호:

매장 비용 신청 (계속)

H. 장례 비용에 대한 정보(매장, 화장 또는 기타 장례 비용) (계속)

장례식장 이름:

주소 및 전화번호:

매장 비용 총액: \$ _____
(청구서 또는 계약서의 총 액수)

다음과 관련한 비용들을 기재해주시오.

화장: \$ _____ 장자: \$ _____ 무덤 개장: \$ _____

이 문서에 서명하는 사람은 그 서명을 통해, 뉴욕시 사회 복지부 위원장(Commissioner of the New York City Department of Social Services) 또는 지정 대리인에게 본 신청과 관련한 모든 필요한 조사를 할 수 있도록 권한을 부여하고, 본 신청서의 정보 일부 또는 전부를 검증할 수 있도록 하는 허가를 전적으로 부여하게 됩니다.

신청자 이름(정자체)

신청자(서명)

날짜

지정 대리인 이름(정자체)

지정 대리인(서명)

날짜

(다음 페이지로)

매장 비용 신청 (계속)

승인 대리인 전용

본인이 신청자가 아니며 신청자를 위해 본 신청서를 작성할 수 있는 승인을 받았다면, 반드시 공증인 또는 증서 위임자 앞에서 본 양식에 서명해야 합니다.

State of _____

County of _____

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

Notary Public or Commissioner of Deeds

의학적 또는 정신적 질환 및 장애가 있으십니까? 이러한 상태로 인해 이 통지서를 이해하거나 이 통지서의 요청 사항을 수행하기 어려우십니까? 위의 상태로 인해 HRA에서 다른 서비스를 받을 수 없습니까? 저희가 도와 드리겠습니다. 212-331-4640 번으로 전화해 주십시오. HRA 사무소를 방문하실 때 도움을 요청하실 수도 있습니다. 여러분은 법에 따라 이러한 도움을 요청할 권리가 있습니다.