

Dzisiejsza data: \_\_\_\_\_  
Numer roszczenia  
pogrzebowego: \_\_\_\_\_

## Wniosek o dodatek pogrzebowy (Polish)

### A. Informacje o osobie zmarłej:

Imię i nazwisko osoby zmarłej: \_\_\_\_\_  
(Nazwisko, imię)

Ostatni znany adres osoby zmarłej: \_\_\_\_\_

Jak długo osoba zmarła tam mieszkała? \_\_\_\_\_

Czy osoba zmarła przebywała w schronisku dla bezdomnych miasta Nowy Jork?  Nie  
 Tak

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Data zgonu: \_\_\_\_\_

Numer ubezpieczenia społecznego (jeśli jest znany): \_\_\_\_\_

Przyczyna śmierci (jeśli jest znana): \_\_\_\_\_

Miejsce zgonu (szpital, dom, inne, jeśli jest znane): \_\_\_\_\_

Czy osoba zmarła została pochowana?  Nie  Tak

Czy osoba zmarła została skremowana?  Nie  Tak

Czy osoba zmarła była w związku małżeńskim?  Nie  Tak

Jeśli tak, proszę podać imię i nazwisko, adres i telefon małżonka:

\_\_\_\_\_

Czy osoba zmarła była w wieku poniżej dwudziestu jeden (21) lat?  Nie  Tak

Jeśli tak, proszę podać imię i nazwisko, adres i telefon rodzica lub opiekuna prawnego:

\_\_\_\_\_

(ciąg dalszy na następnej stronie)

## Wniosek o dodatek pogrzebowy (ciąg dalszy)

### B. Status weterana osoby zmarłej:

Czy osoba zmarła była weteranem?  Nie  Tak

Oddział służby, jeśli jest znany (wojska lądowe, marynarka itd.): \_\_\_\_\_

Czy osoba zmarła była małżonkiem weterana?  Nie  Tak

Czy osoba zmarła była niepełnoletnim dzieckiem weterana?  Nie  Tak

Czy agencja rządowa wypłaciła świadczenia z tytułu śmierci weterana lub zasiłek pogrzebowy dla weteranów?  Nie  Tak

Jeśli tak, w jakiej wysokości (proszę podać):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy osoba zmarła otrzymywała świadczenia dla weteranów?  Nie  Tak

Jeśli tak, w jakiej wysokości (proszę podać):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### C. Historia finansowa osoby zmarłej

Należy opisać sposób, w jaki osoba zmarła zapewniała sobie utrzymanie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy osoba zmarła była zatrudniona w momencie śmierci?  Nie  Tak (Jeśli tak, proszę podać szczegóły)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nazwa pracodawcy: \_\_\_\_\_

Adres:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Rodzaj zatrudnienia: \_\_\_\_\_

Czy zostało wypłacone świadczenie z tytułu śmierci od pracodawcy?  Nie  Tak (Jeśli tak, proszę podać szczegóły)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ciąg dalszy na następnej stronie)

## Wniosek o dodatek pogrzebowy (ciąg dalszy)

### C. Historia finansowa osoby zmarłej (ciąg dalszy)

Czy osoba zmarła otrzymywała jakąkolwiek pomoc z Wydziału Zasobów Ludzkich (HRA)?

Nie  Tak

Jeśli tak, numer sprawy (jeśli jest znany) \_\_\_\_\_

**Zaznaczyć wszystkie stosowne pola:**  Pomoc finansowa  Medicaid/MA

Program dodatkowej pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP; zasiłek na zakup żywności)

Inne \_\_\_\_\_

Czy osoba zmarła otrzymywała świadczenia z Wydziału Ubezpieczeń Społecznych?  Nie

Tak

**Jeśli tak, należy zaznaczyć wszystkie stosowne pola:**

Zapomoga uzupełniająca (SSI) Kwota: USD \_\_\_\_\_

Świadczenia dla osób niepełnosprawnych (SSD) Kwota: USD \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie emerytalne, renta rodzinna i inwalidzka (OASDI) Kwota: USD \_\_\_\_\_

### D. Informacje o majątku osoby zmarłej

Czy osoba zmarła pozostawiła testament?  Nie  Tak

Czy osoba zmarła pozostawiła po sobie majątek?  Nie  Tak

Jeśli tak, proszę podać imię i nazwisko i dane kontaktowe osoby odpowiedzialnej za testament lub majątek

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy w odniesieniu do osoby zmarłej toczy się jakiekolwiek postępowanie sądowe?  Nie

Tak

Jeśli tak, proszę podać szczegóły: okręg, sąd, sygnatura akt, imię i nazwisko oraz dane pełnomocnika ds. majątku lub adwokata \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ciąg dalszy na następnej stronie)

## Wniosek o dodatek pogrzebowy (ciąg dalszy)

### E. Składniki majątku lub majątku osobistego osoby zmarłej

Jeśli osoba zmarła posiadała jakiekolwiek aktywa lub majątek osobisty w momencie śmierci, proszę zaznaczyć stosowne pola i podać wartość, o ile jest znana:

Środki pieniężne	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	USD ____	Pojazd(y)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	USD ____
Nierucho- mości	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	USD ____	Ubezpieczenie/ polisy	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	USD ____
Emerytura	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	USD ____	Fundusz pogrzebowy/ przedpłacony fundusz pogrzebowy	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	USD ____
Rachunki bankowe	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	USD ____	Akcje, rachunki inwestycyjne	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	USD ____
Świadczenia związkowe	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	USD ____	Inne, toczące się procesy sądowe lub ugody	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	USD ____

Czy zarządca publiczny posiada nieruchomości lub majątek należące do osoby zmarłej?  
 Nie  Tak

Jeśli tak, proszę podać szczegóły, wartość lub kwotę, jeśli jest znana, oraz dane kontaktowe publicznego zarządcy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Może zaistnieć konieczność podania dodatkowych informacji o majątku osoby zmarłej. Proszę wykorzystać miejsce poniżej na podanie dodatkowych informacji o lokalizacji aktywów lub majątku osobistego:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ciąg dalszy na następnej stronie)

## Wniosek o dodatek pogrzebowy (ciąg dalszy)

### F. Dane wnioskodawcy

Krewny    Przyjaciel    Przyjaciel z firmy    Upoważniony przedstawiciel

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_  
(Nazwisko, imię)

Jaki jest rodzaj relacji wnioskodawcy z osobą zmarłą? \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### G. Dane krewnego odpowiedzialnego prawnie

**WAŻNE:** Krewny odpowiedzialny prawnie (LRR) to osoba, która jest małżonkiem osoby zmarłej lub jej rodzicem bądź opiekunem prawnym, jeśli osoba zmarła była w wieku poniżej 21 lat oraz mieszkała z osobą zmarłą w momencie jej śmierci.

Czy jest Pan(i) krewnym odpowiedzialnym prawnie?    Nie    Tak

Jeśli nie, **należy pominąć poniższe pytania i przejść do sekcji H.**

Jeśli tak, proszę udzielić odpowiedzi na poniższe pytania oraz pytania znajdujące się na następnej stronie.

Jestem małżonkiem osoby zmarłej (**LUB**)

Jestem rodzicem lub opiekunem prawnym osoby zmarłej w wieku poniżej dwudziestu jeden (21) lat.

Czy jest Pan(i) w stanie pokryć koszty pogrzebu?    Nie    Tak

Jeśli tak, **należy pominąć poniższe pytania i przejść do sekcji H.**

Jeśli nie, proszę podać poniższe dane:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Numer ubezpieczenia społecznego: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

(ciąg dalszy na następnej stronie)

## Wniosek o dodatek pogrzebowy (ciąg dalszy)

### G. Dane krewnego odpowiedzialnego prawnie (ciąg dalszy)

Czy otrzymuje Pan(i) jakąkolwiek pomoc z HRA?  Nie  Tak

Jeśli tak, numer sprawy (jeśli jest znany) \_\_\_\_\_

**Zaznaczyć wszystkie stosowne pola:**  Pomoc finansowa  Medicaid/MA

Program dodatkowej pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP; zasiłek na zakup żywności)

Inne \_\_\_\_\_

Czy otrzymuje Pan(i) świadczenia z Wydziału Ubezpieczeń Społecznych?  Nie  Tak

**Jeśli tak, należy zaznaczyć wszystkie stosowne pola:**

Zapomoga uzupełniająca (SSI) Kwota: USD \_\_\_\_\_

Świadczenia dla osób niepełnosprawnych (SSD) Kwota: USD \_\_\_\_\_

Ubezpieczenie emerytalne, renta rodzinna i inwalidzka (OASDI) Kwota: USD \_\_\_\_\_

### H. Informacje o kosztach pogrzebu (pochówek, kremacja lub inne koszty pogrzebowe):

Czy pokryto koszty pogrzebu?  Nie  Tak

Jeśli nie, czy dokonano ustaleń pogrzebowych dotyczących osoby zmarłej?  Nie  Tak

Czy wnioskodawca pokrył koszty pogrzebu  Nie  Tak

Jeśli nie i ktoś inny pokrył koszty pogrzebu, proszę podać imię i nazwisko, adres i telefon osób, które opłaciły rachunek:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_  
(Nazwisko, imię)

Adres: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_

(ciąg dalszy na następnej stronie)

## Wniosek o dodatek pogrzebowy (ciąg dalszy)

### H. Informacje o kosztach pogrzebu (pochówek, kremacja lub inne koszty pogrzebowe) (ciąg dalszy):

Nazwa domu pogrzebowego:

Adres i telefon:

**Łączny koszt pogrzebu: USD** \_\_\_\_\_  
(Łączna kwota na rachunku lub umowie)

Proszę podać koszty następujących usług:

Kremacja: USD \_\_\_\_\_ Miejsce na pochówek: USD \_\_\_\_\_

Wykopanie grobu: USD \_\_\_\_\_

Poniżej podpisana osoba upoważnia Komisarza Wydziału Ubezpieczeń Społecznych miasta Nowy Jork lub upoważnionego przedstawiciela do wszelkich niezbędnych zapytań w odniesieniu do tego wniosku i udziela pełnej zgody na weryfikację wszystkich informacji w tym wniosku.

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko wnioskodawcy (drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Wnioskodawca (podpis)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko upoważnionego przedstawiciela  
(drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Upoważniony przedstawiciel (podpis)

\_\_\_\_\_  
Data

(ciąg dalszy na następnej stronie)

## Wniosek o dodatek pogrzebowy (ciąg dalszy)

### WYŁĄCZNIE DLA UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA

Jeśli nie jest Pan(i) wnioskodawcą, a jest Pan(i) upoważniony(-a) do wypełnienia niniejszego wniosku w imieniu wnioskodawcy, musi Pan(i) podpisać niniejszy formularz przed notariuszem lub komisarzem ds. aktów prawnych.

State of \_\_\_\_\_

County of \_\_\_\_\_

Sworn to before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notary Public or Commissioner of Deeds

**Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną lub cierpi na jakąś chorobę (w tym psychiczną)?** Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego zawiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług HRA? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy o kontakt pod numerem 212-331-4640. Pomoc można uzyskać również podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z przepisami ma Pan/Pani prawo do uzyskania takiej pomocy.