

_____ آج کی تاریخ:

_____ تدفین کا دعویٰ نمبر:

تدفین کے الاؤنس کی درخواست (Urdu)

الف۔ میت (وہ شخص جو مر گیا) کے بارے میں معلومات:

میت کا نام: _____

(آخری نام، پہلا نام)

_____ میت کا آخری معلوم پتہ:

_____ میت کتنے عرصے سے وہاں رہائش پذیر تھا؟

کیا میت NYC کے بے گھر کی پناہ گاہ میں تھا؟ نہیں ہاں

_____ تاریخ پیدائش: _____ تاریخ وفات:

_____ سوشل سیکورٹی نمبر (اگر معلوم ہو):

_____ موت کی وجہ (اگر معلوم ہو):

_____ موت کی جگہ (اسپتال، گھر، دیگر اگر معلوم ہو):

_____ کیا میت کو دفن کیا گیا ہے؟ نہیں ہاں

_____ کیا میت کو جلایا گیا ہے؟ نہیں ہاں

_____ کیا میت شادی شدہ تھا؟ نہیں ہاں

_____ اگر ہاں، تو شریک حیات کا نام، پتہ اور ٹیلیفون نمبر فراہم کریں:

_____ کیا میت اکیس (21) سال سے کم عمر کا تھا؟ نہیں ہاں

_____ اگر ہاں تو، والدین یا قانونی سرپرست کا نام، پتہ اور ٹیلیفون نمبر فراہم کریں:

تدفین کے الاؤنس کی درخواست (جاری)

ب. میت کی سابق فوجی کی حیثیت:

کیا میت سابق فوجی تھا؟ ہاں نہیں

سروس کی شاخ، اگر معلوم ہو (آرمی، بحریہ، وغیرہ): _____

کیا میت سابق فوجی کا شریک حیات تھا؟ ہاں نہیں

کیا میت سابق فوجی کا نابالغ بچہ تھا؟ ہاں نہیں

کیا کسی سرکاری ایجنسی کی طرف سے سابق فوجی کی تدفین یا موت کے بعد ملنے والی مراعات ادا کی گئی ہیں؟ ہاں نہیں

اگر ہاں تو کتنی (تفصیلات فراہم کریں): _____

کیا میت کو سابق فوجی کی کوئی مراعات حاصل ہوئی؟ ہاں نہیں

اگر ہاں تو کتنی (تفصیلات فراہم کریں): _____

ج. میت کی مالی سرگزشت

بیان کریں کہ میت کی کس طرح مالی مدد کی گئی تھی: _____

کیا میت موت کے وقت کہیں ملازم تھا؟ ہاں نہیں (اگر ہاں تو براہ کرم تفصیلات فراہم کریں)

آجر کا نام: _____

پتہ: _____

ٹیلیفون: _____

ملازمت کی قسم: _____

کیا آجر نے وفات سے متعلق مراعات ادا کیں؟ ہاں نہیں (اگر ہاں تو براہ کرم تفصیلات فراہم کریں)

تدفین کے الاؤنس کی درخواست (جاری)

د. میت کی مالی سرگزشت (جاری)

کیا میت کو HRA کی طرف سے کوئی امداد ملی؟ نہیں ہاں

اگر ہاں، تو کیس نمبر (اگر معلوم ہو) _____

ان سبھی کو نشان زد کریں جو لاگو ہوتے ہیں: نقد اعانت Medicaid/MA

تکملاتی تغذیاتی اعانت کا پروگرام (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (فوڈ اسٹامپس)

دیگر _____

کیا میت کو سوشل سیکیورٹی انتظامیہ کی مراعات حاصل ہوئیں؟ نہیں ہاں

اگر ہاں، تو لاگو ہونے والے تمام کو نشان زد کریں:

سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم (Supplemental Security Income, SSI) رقم: \$ _____

سوشل سیکیورٹی معذوری (Social Security Disability, SSD) رقم: \$ _____

سوشل سیکیورٹی بڑھاپا، بچ جانے والے اور معذوری انشورنس (OASDI) رقم: \$ _____

ہ. میت کے اسٹیٹ کی معلومات

کیا میت کی کوئی خواہش تھی؟ نہیں ہاں

کیا میت کا کوئی اسٹیٹ ہے؟ نہیں ہاں

اگر ہاں، تو اس شخص یا شخص کی خواہش اور جائیداد کے ذمہ دار فرد کا نام اور رابطہ کی معلومات

کیا میت سے متعلق کوئی عدالتی مقدمہ ہے؟ نہیں ہاں

اگر ہاں، تو براہ کرم تفصیلات فراہم کریں: کاؤنٹی، عدالت، فائل نمبر، نام اور رابطے سے متعلق املاک کے نمائندے یا

اٹارنی کی معلومات _____

تدفین کے الاؤنس کی درخواست (جاری)

و۔ میت کے اثاثے یا ذاتی ملکیت

اگر مرنے کے وقت میت کے پاس کوئی اثاثہ یا ذاتی ملکیت تھی، تو براہ کرم ان تمام چیزوں کو نشان زد کریں اور اگر معلوم ہو تو قیمت یا رقم فراہم کریں:

_____ \$	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	_____ \$	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	نقد
_____ \$	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	_____ \$	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	گازٹی (گاڑیاں)
_____ \$	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	_____ \$	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	انٹرنس/پالیسیاں
_____ \$	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	_____ \$	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	تدفین ٹرسٹ/ پری پیڈ تدفین فنڈ
_____ \$	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	_____ \$	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	بینک اکاؤنٹس
_____ \$	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	_____ \$	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	اسٹاکس، سرمایہ کاری اکاؤنٹس:
_____ \$	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	_____ \$	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	دیگر، زیر التوا قانونی چارہ جوئی یا تصفیے
				یونین مراعات

کیا پبلک ایڈمنسٹریٹر کے پاس میت کی کوئی ملکیت یا اثاثہ ہے؟ ہاں نہیں

اگر ہاں، تو براہ کرم تفصیلات، قیمت یا رقم اگر معلوم ہو تو پبلک ایڈمنسٹریٹر کی اور رابطہ کی معلومات فراہم کریں۔

آپ سے میت کے اثاثوں کے بارے میں اضافی معلومات فراہم کرنے کو کہا جا سکتا ہے۔ اثاثوں یا ذاتی ملکیت کے مقام کے بارے میں اضافی تفصیلات کے لئے براہ کرم نیچے کی جگہ استعمال کریں:

تدفین کے الاؤنس کی درخواست (جاری)

ز۔ درخواست دہندہ کی معلومات
<input type="checkbox"/> رشتہ دار <input type="checkbox"/> دوست <input type="checkbox"/> کمپنی کا دوست <input type="checkbox"/> مجاز نمائندہ
نام: _____ (آخری نام، پہلا نام)
میت سے آپ کا کیسا رشتہ ہے؟ _____
پتہ: _____
ٹیلیفون: _____ ای میل کریں: _____
ح۔ قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ دار کی معلومات
اہم: قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ دار (legally responsible relative, LRR) وہ شخص ہوتا ہے جس نے قانونی طور پر میت سے یا اس کے والدین یا قانونی سرپرست سے شادی کی ہو جس کی عمر 21 اکیس سال سے کم ہو اور موت کے وقت اسی گھر میں رہتا ہو۔
کیا آپ قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ دار ہیں؟ <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> ہاں اگر نہیں، تو ذیل میں دینے گئے سوالات کو چھوڑیں اور سیکشن ط پر جائیں۔ اگر ہاں، تو براہ کرم نیچے اور مندرجہ ذیل صفحے پر سوالات کو مکمل کریں۔ <input type="checkbox"/> میں میت کا/کی شریک حیات ہوں (یا) <input type="checkbox"/> میں اکیس (21) سال سے کم عمر کا باپ/ماں یا قانونی سرپرست ہوں۔
کیا آپ مالی طور پر تدفین کے اخراجات ادا کرنے کے قابل ہیں؟ <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> ہاں اگر ہاں تو، ذیل میں دینے گئے سوالات کو چھوڑیں اور سیکشن ط پر جائیں۔ اگر نہیں، تو براہ کرم درج ذیل کو مکمل کریں: نام: _____ تاریخ پیدائش: _____ سوشل سیکیورٹی نمبر: _____ پتہ: _____ ٹیلیفون: _____ ای میل کریں: _____

تدفین کے الاؤنس کی درخواست (جاری)

ز۔ قانونی طور پر ذمہ دار رشتہ دار کی معلومات (جاری)

کیا آپ کو HRA سے کوئی مدد ملتی ہے؟ نہیں ہاں

اگر ہاں، تو کیس نمبر (اگر معلوم ہو) _____

ان سبھی کو نشان زد کریں جو لاگو ہوتے ہیں: نقد اعانت Medicaid/MA

تکملاتی تغذیاتی اعانت کا پروگرام (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (فوڈ اسٹامپس)

دیگر _____

کیا آپ کو سوشل سیکیورٹی ایڈمنسٹریشن کی مرعات حاصل ہو رہی ہیں؟ نہیں ہاں

اگر ہاں، تو لاگو ہونے والے تمام کو نشان زد کریں:

سپلیمنٹل سیکیورٹی انکم (Supplemental Security Income, SSI) رقم: \$ _____

سوشل سیکیورٹی معذوری (Social Security Disability, SSD) رقم: \$ _____

سوشل سیکیورٹی بڑھاپا، بچ جانے والے اور معذوری انشورنس (OASDI) رقم: \$ _____

ح۔ تدفین کے بارے میں معلومات (تدفین، میت کو جلانے یا دیگر آخری رسومات کے اخراجات):

کیا تدفین کے اخراجات ادا کر دیئے ہیں؟ نہیں ہاں

اگر نہیں، تو کیا میت کے لئے آخری رسومات کا انتظام کر دیا گیا ہے؟ نہیں ہاں

بامعاوضہ تدفین کے اخراجات کے لئے، کیا درخواست دہندہ نے ادائیگی کی نہیں ہاں

اگر نہیں، بلکہ کسی اور نے تدفین کے اخراجات ادا کیے تو، اس شخص کا نام، پتہ اور ٹیلیفون فراہم کریں جس نے بل ادا کیا ہو:

نام:

_____ (آخری نام، پہلا نام)

پتہ:

_____ ٹیلیفون نمبر:

تدفین کے الاؤنس کی درخواست (جاری)

ح. تدفین کے اخراجات کے بارے میں معلومات (تدفین، میت کو جلانے یا دیگر آخری رسومات کے اخراجات) (جاری):	
تجہیز و تکفین کی جگہ کا نام:	
پتہ اور ٹیلیفون:	
تدفین کے کل اخراجات: \$ _____ (بل یا معاہدے پر کل رقم)	
درج ذیل کا خرچ بیان کریں:	
میت سوزی: \$ _____	تدفین سے متعلق پلاٹ کا وثیقہ: \$ _____
قبر کی کھدائی: \$ _____	

اس فارم پر دستخط کرنے والا فرد نیویارک سٹی محکمہ برائے سماجی خدمات کے کمشنر یا ان کے/کی مجاز نمائندہ کو اس درخواست کے سلسلے میں سبھی لازمی استفسارات کرنے کی اجازت دیتا ہے اور انہیں اس درخواست میں موجود کسی یا سبھی معلومات کی توثیق کرنے کی اپنی پوری اجازت دیتا ہے۔

درخواست دہندہ (جلی حروف میں نام)

درخواست دہندہ (دستخط)

تاریخ

مجاز نمائندہ (جلی حروف میں نام)

مجاز نمائندہ (دستخط)

تاریخ

تدفین کے الاؤنس کی درخواست (جاری)

صرف مجاز نمائندوں کے لئے

اگر آپ درخواست دہندہ نہیں ہیں بلکہ آپ درخواست دہندہ کے لئے یہ درخواست مکمل کرنے کے مجاز شخص ہیں تو آپ لازمی طور پر اس فارم پر نوٹری پبلک یا کمشنر برائے وثیفہ جات کے سامنے دستخط کریں۔

State of _____

County of _____

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

Notary Public or Commissioner of Deeds

کیا آپ کو طبی یا ذہنی صحت کی کیفیت یا معذوری لاحق ہے؟ کیا اس کیفیت کی وجہ سے آپ کے لیے اس نوٹس کو سمجھنا یا اس نوٹس میں جو کچھ کرنے کو کہا جا رہا ہے اسے انجام دینا مشکل ہوتا ہے؟ کیا اس کیفیت کی وجہ سے آپ کے لیے HRA میں دیگر خدمات حاصل کرنا مشکل ہوتا ہے؟ ہم آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ ہمیں 212-331-4640 پر کال کریں۔ آپ HRA دفتر جا کر بھی مدد کی درخواست کر سکتے ہیں۔ آپ کو قانون کے تحت اس قسم کی مدد طلب کرنے کا حق ہے۔