



当天日期: _____

丧葬求偿编号: _____

丧葬补贴申请 (Simplified Chinese)

A. 死者（已故者）信息:

死者姓名: _____
(姓氏、名字)

死者的最后确知地址: _____

死者在该地址居住了多长时间? _____

死者是否居住在纽约市游民收容所? 否 是

出生日期: _____ 死亡日期: _____

社会安全号码（如已知）: _____

死亡原因（如已知）: _____

死亡地点（医院、家中或其他已知地点）: _____

死者是否已安葬? 否 是

死者是否已火化? 否 是

死者是否已婚? 否 是

如选择“是”，请提供配偶的姓名、地址和电话号码:

死者是否未满二十一 (21) 岁? 否 是

如选择“是”，请提供父母或法定监护人的姓名、地址和电话号码:

丧葬补贴申请 (续)

B. 死者的退伍军人身份:

死者是否为退伍军人? 否 是

服役分支机构 (如已知) (陆军、海军等): _____

死者是否为退伍军人的配偶? 否 是

死者是否为退伍军人的未成年子女? 否 是

政府机构是否支付过退伍军人丧葬费或死亡抚恤金? 否 是

如选择“是”，金额是多少 (请提供详细信息):

死者是否领取过任何退伍军人福利? 否 是

如选择“是”，金额是多少 (请提供详细信息):

C. 死者财务记录

说明死者如何获得经济支持: _____

死者在去世时是否受雇? 否 是 (如选择“是”，请提供详细信息)

雇主名称: _____

地址: _____

电话号码: _____

就业类型: _____

雇主是否支付死亡抚恤金? 否 是 (如选择“是”，请提供详细信息)

丧葬补贴申请 (续)

C. 死者财务记录 (续)

死者是否从 HRA 接受过任何援助? 否 是

如选择“是”，请提供个案号码 (如已知) _____

请勾选所有适用项: 现金援助 Medicaid/MA

补充营养援助计划 (SNAP) (食品券)

其他 _____

死者是否领取过社会安全局福利? 否 是

如选择“是”，请勾选所有适用项:

社会安全补助金 (SSI) 金额: \$ _____

社会安全残障福利 (SSD) 金额: \$ _____

社会安全老年人、遗属和残障保险 (OASDI) 金额: \$ _____

D. 死者遗产信息

死者是否立有遗嘱? 否 是

死者是否有遗产? 否 是

如选择“是”，请提供遗嘱或遗产负责人的姓名和联系信息

死者是否牵涉任何诉讼案件? 否 是

如选择“是”，请提供详细信息: 县、法院、案卷编号、遗产代表或涉案律师的姓名及联系信息

丧葬补贴申请 (续)

E. 死者的资产或个人财产

如果死者在去世时有任何资产或个人财产，请勾选所有适用项，并注明价值或金额（如已知）：

现金	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____	汽车	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____
不动产	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____	保险/保单	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____
养老金	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____	丧葬信托/ 预付丧葬基金	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____
银行账户	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____	股票、投资账户	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____
工会福利	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____	其他，未决诉讼或和解金	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____

公定遗产管理人是否拥有死者的任何财产或资产？ 否 是

如选择“是”，请提供详细信息、价值或金额（如已知）以及公定遗产管理人的联系信息：

您可能需要提供有关死者资产的其他信息。请在下方空白处填写有关死者资产或个人财产所在地的其他详细信息：

丧葬补贴申请 (续)

F. 申请人信息

亲属 好友 组织内的朋友 授权代表

姓名: _____
(姓氏、名字)

您与死者的关系? _____

地址: _____

电话号码: _____ 电子邮件: _____

G. 负有法律责任的亲属信息

重要信息: 负有法律责任的亲属 (LRR) 系指与死者有合法婚姻关系的人士、未满二十一 (21) 岁死者的父母或法定监护人, 或者在死者去世时与其同住的人士。

您是否为负有法律责任的亲属? 否 是
如选择“否”, 请跳过以下问题并直接转到 **H** 部分。
如选择“是”, 请回答下方及下一页的问题。

- 本人是死者的配偶 (或)
 本人是死者 (未满二十一 (21) 岁) 的父母或法定监护人。

您是否有经济能力支付丧葬费用? 否 是
如选择“是”, 请跳过以下问题并直接转到 **H** 部分。
如选择“否”, 请填写以下信息:

姓名: _____

出生日期: _____ 社会安全号码: _____

地址: _____

电话号码: _____ 电子邮件: _____

丧葬补贴申请 (续)

G. 负有法律责任的亲属信息 (续)

您是否从 HRA 接受过任何援助? 否 是

如选择“是”，请提供个案号码 (如已知) _____

请勾选所有适用项: 现金援助 Medicaid/MA

补充营养援助计划 (SNAP) (食品券)

其他 _____

您是否在领取社会安全局福利? 否 是

如选择“是”，请勾选所有适用项:

社会安全补助金 (SSI) 金额: \$ _____

社会安全残障福利 (SSD) 金额: \$ _____

社会安全老年人、遗属和残障保险 (OASDI) 金额: \$ _____

H. 丧葬费用相关信息 (土葬、火化或其他丧葬费用):

是否已支付丧葬费用? 否 是

如选择“否”，是否已为死者安排丧葬事宜? 否 是

已支付的丧葬费用是否由申请人支付 否 是

如选择“否”，且他人支付了丧葬费用，请提供付款人的姓名、地址和电话号码:

姓名: _____

(姓氏、名字)

地址: _____

电话号码: _____

丧葬补贴申请 (续)

H. 丧葬费用相关信息 (土葬、火化或其他丧葬费用) (续) :
殡仪馆名称: _____
地址和电话号码: _____
丧葬总费用: \$ _____ <small>(账单或合同上的总金额)</small>
请注明以下各项费用: 火化: \$ _____ 墓地: \$ _____ 墓穴挖掘: \$ _____

签署本表格的人士授权纽约市社会服务局局长或其授权代表就本申请开展一切必要调查，并完全许可其对本申请中的任何或所有信息进行核实。

申请人 (正楷姓名)

申请人 (签名)

日期

授权代表 (正楷姓名)

授权代表 (签名)

日期

丧葬补贴申请 (续)

仅供授权代表填写

如果您不是申请人，且您被授权代为填写本申请表，则须在公证人或契约专员面前签署本表。

State of _____

County of _____

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

Notary Public or Commissioner of Deeds

您是否有医疗或心理健康疾病或残障问题？此问题是否让您难以理解本通知或完成本通知所要求的事项？此问题是否使您难以获得 HRA 提供的其他服务？我们可助您一臂之力。请致电 212-331-4640 与我们联系。您也可以在造访 HRA 办公室时寻求帮助。根据法律规定，您有权要求此类帮助。