

Date du jour : \_\_\_\_\_  
Numéro de demande  
d'allocation d'obsèques : \_\_\_\_\_

## Demande d'allocation d'obsèques (French)

### A. Informations sur le/la défunt(e) (personne décédée) :

Nom du/de la défunt(e) : \_\_\_\_\_  
(Nom de famille, prénom)

Dernière adresse connue du/de la défunt(e) : \_\_\_\_\_

Pendant combien de temps est-ce que le/la défunt(e) y a vécu ? \_\_\_\_\_

Est-ce que le/la défunt(e) vivait dans un centre d'hébergement pour les personnes sans-abri de la ville de New York ?  Non  Oui

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Date de décès : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité sociale (s'il est connu) : \_\_\_\_\_

Cause du décès (si elle est connue) : \_\_\_\_\_

Lieu du décès (hôpital, domicile, autre s'il est connu) : \_\_\_\_\_

Est-ce que le/la défunt(e) a été inhumé(e) ?  Non  Oui

Est-ce que le/la défunt(e) a été incinéré(e) ?  Non  Oui

Est-ce que le/la défunt(e) était marié(e) ?  Non  Oui

Si oui, indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du/de la conjoint(e) :

\_\_\_\_\_

Est-ce que le/la défunt(e) était âgé(e) de moins de vingt et un (21) ans ?  Non  Oui

Si oui, indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du ou des parents ou du tuteur légal :

\_\_\_\_\_

(Tourner la page)

## Demande d'allocation d'obsèques (suite)

### **B. Statut d'ancien combattant du/de la défunt(e) :**

Est-ce que le/la défunt(e) était un ancien combattant ?  Non  Oui

Corps, s'il est connu (armée de terre, marine, etc.) : \_\_\_\_\_

Est-ce que le/la défunt(e) était le/la conjoint(e) d'un ancien combattant ?  Non  Oui

Est-ce que le/la défunt(e) était l'enfant mineur d'un ancien combattant ?  Non  Oui

Est-ce que les indemnités d'obsèques ou de décès destinées aux anciens combattants ont été versées par un organisme du gouvernement ?  Non  Oui

Si oui, combien (veuillez préciser) :

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

Est-ce que le/la défunt(e) percevait des allocations d'ancien combattant ?  Non  Oui

Si oui, combien (veuillez préciser) :

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

### **C. Antécédents financiers du/de la défunt(e)**

Décrivez comment le/la défunt(e) subvenait à ses propres besoins financiers : \_\_\_\_\_

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

Est-ce que le/la défunt(e) était employé(e) au moment du décès ?  Non  Oui (Si oui, veuillez préciser)

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

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse :

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Type d'emploi : \_\_\_\_\_

Est-ce que les allocations de décès de l'employeur ont été versées ?  Non  Oui  
(Si oui, veuillez préciser)

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

**(Tourner la page)**

## Demande d'allocation d'obsèques (suite)

### C. Antécédents financiers du/de la défunt(e) (suite)

Est-ce que le/la défunt(e) percevait des allocations de la part de la HRA ?  Non  Oui

Si oui, veuillez indiquer le numéro de dossier (s'il est connu) \_\_\_\_\_

**Cochez toutes les réponses applicables :**  Aide financière en espèces (Cash Assistance)  Medicaid/Aide médicale (Medical Aid, MA)

Programme spécial de nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) (coupons alimentaires)

Autre \_\_\_\_\_

Est-ce que le/la défunt(e) percevait des allocations de la part de l'Administration de la Sécurité sociale (Social Security Administration) ?  Non  Oui

**Si oui, cochez toutes les réponses applicables :**

Revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI) Montant : \_\_\_\_\_ \$

Prestations d'invalidité de la Sécurité sociale (Social Security Disability, SSD) Montant : \_\_\_\_\_ \$

Assurance vieillesse, pour les survivants et d'invalidité de la Sécurité sociale (Old Age, Survivors, and Disability Insurance, OASDI) Montant : \_\_\_\_\_ \$

### D. Informations sur la succession du/de la défunt(e)

Est-ce que le/la défunt(e) avait rédigé un testament ?  Non  Oui

Est-ce que le/la défunt(e) avait une succession ?  Non  Oui

Si oui, veuillez indiquer le nom et les coordonnées de la personne responsable de la succession

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

Est-ce que le/la défunt(e) est concerné(e) par un procès ?  Non  Oui

Si oui, veuillez préciser : le comté, le tribunal, le numéro de dossier, le nom et les coordonnées du/de la représentant(e) de la succession ou de l'avocat(e) de l'affaire en question \_\_\_\_\_

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

**(Tourner la page)**

### Demande d'allocation d'obsèques (suite)

#### E. Biens ou propriété individuelle du/de la défunt(e)

Si le/la défunt(e) possédait des biens réels ou personnels au moment de son décès, veuillez cocher toutes les réponses applicables et indiquer la valeur ou le montant, si connu (e) :

Espèces	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	_____ \$	Véhicule(s)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	_____ \$
Biens immobiliers	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	_____ \$	Assurance/Polices	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	_____ \$
Pension	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	_____ \$	Groupe d'obsèques Fonds d'obsèques prépayé	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	_____ \$
Comptes bancaires	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	_____ \$	Titres, comptes d'investissement	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	_____ \$
Allocations syndicales	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	_____ \$	Autre, procès en cours ou règlement en souffrance	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	_____ \$

Est-ce que l'administrateur public détient des biens ou des actifs appartenant au/à la défunt(e) ?  Non  Oui

Si oui, veuillez donner des détails, la valeur ou le montant, si connu(e), et les coordonnées de l'administrateur public : \_\_\_\_\_

Il pourra vous être demandé de fournir des informations complémentaires concernant les biens du/de la défunt(e). Veuillez donner des détails supplémentaires concernant la location des biens ou de la propriété personnelle ci-dessous :

---

---

---

---

(Tourner la page)

## Demande d'allocation d'obsèques (suite)

### F. Informations relatives au demandeur/à la demandeuse

- Membre de la famille     Ami(e)     Ami(e) aidant à organiser  
 Représentant autorisé

Nom : \_\_\_\_\_  
(Nom de famille, prénom)

Quelle est votre relation avec le/la défunt(e) ? \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_

### G. Informations sur le parent légalement responsable

**IMPORTANT** : un parent légalement responsable (legally responsible relative, LRR) est une personne qui est mariée légalement avec le/la défunt(e) ou est le parent ou le tuteur légal d'un(e) défunt(e) de moins de 21 ans et vivant dans le même foyer que le/la défunt(e) au moment de son décès.

Êtes-vous un parent légalement responsable ?     Non     Oui

Si non, **ne répondez pas aux questions ci-dessous et passez directement à la section H.**

Si oui, veuillez répondre aux questions ci-dessous et sur la page suivante.

- Je suis le/la conjoint(e) du/de la défunt(e) (**OU**)  
 Je suis le parent ou le tuteur légal du/de la défunt(e) de moins de vingt et un (21) ans

Êtes-vous financièrement en mesure de payer les frais d'obsèques ?     Non     Oui

Si oui, **ne répondez pas aux questions ci-dessous et passez directement à la section H.**

Si non, veuillez remplir les sections suivantes :

Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Numéro de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_

**(Tourner la page)**

## Demande d'allocation d'obsèques (suite)

### G. Informations sur le parent légalement responsable (suite)

Est-ce que vous percevez des allocations de la part de la HRA ?  Non  Oui

Si oui, veuillez indiquer le numéro de dossier (s'il est connu) \_\_\_\_\_

**Cochez toutes les réponses applicables :**  Aide financière en espèces  Medicaid/MA

Programme spécial de nutrition supplémentaire (SNAP) (coupons alimentaires)

Autre \_\_\_\_\_

Est-ce que vous percevez des allocations de la part de l'Administration de la Sécurité sociale ?  Non  Oui

**Si oui, cochez toutes les réponses applicables :**

Revenu supplémentaire de sécurité (SSI) Montant : \_\_\_\_\_ \$

Prestations d'invalidité de la Sécurité sociale (SSD) Montant : \_\_\_\_\_ \$

Assurance vieillesse, pour les survivants et d'invalidité de la Sécurité sociale (OASDI) Montant : \_\_\_\_\_ \$

### H. Informations concernant les frais d'obsèques (enterrement, crémation ou autres frais funéraires) :

Est-ce que les frais d'obsèques ont été payés ?  Non  Oui

Si non, est-ce que des arrangements funéraires ont été pris pour le/la défunt(e) ?  Non  Oui

En cas de frais d'obsèques payés, est-ce que le demandeur a payé  Non  Oui

Si non, si une autre personne a payé les frais d'obsèques, veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la ou des personnes qui ont réglé la facture :

Nom :

\_\_\_\_\_

(Nom de famille, prénom)

Adresse :

\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone :

\_\_\_\_\_

**(Tourner la page)**

## Demande d'allocation d'obsèques (suite)

### H. Informations concernant les frais d'obsèques (enterrement, crémation ou autres frais funéraires) (suite) :

Nom de l'entreprise de pompes funèbres :

Adresse et téléphone :

**Coût total des frais d'obsèques :** \_\_\_\_\_ \$  
(Montant total de la facture ou du contrat)

Indiquez le coût des éléments suivants :

Crémation : \_\_\_\_\_ \$ Concession funéraire : \_\_\_\_\_ \$ Ouverture de tombe : \_\_\_\_\_ \$

Le soussigné autorise le Commissaire (Commissioner) du Département des services sociaux (Department of Social Services) de la ville de New York, ou son représentant autorisé, à se procurer tous les renseignements nécessaires en lien avec cette demande, et donne sa pleine autorisation pour que tout ou partie des informations de cette demande soient vérifiées.

\_\_\_\_\_  
Demandeur (nom en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Demandeur (signature)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Représentant autorisé (nom en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Représentant autorisé (signature)

\_\_\_\_\_  
Date

**(Tourner la page)**

## Demande d'allocation d'obsèques (suite)

### SECTION RÉSERVÉE AUX REPRÉSENTANTS AUTORISÉS

**Si vous n'êtes pas le demandeur mais que vous avez l'autorisation de remplir cette demande en son nom, vous devez signer le présent formulaire en présence d'un Notary Public ou d'un Commissaire aux actes.**

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

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

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

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

**Souffrez-vous d'un handicap, d'un problème de santé ou de santé mentale ?** Ce problème de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce qui y est demandé ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la HRA ? **Nous sommes là pour vous aider.** Appelez-nous au 212 331 4640. Vous pouvez également demander de l'aide en vous rendant dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demander ce type d'assistance en vertu de la loi.