

當天日期： \_\_\_\_\_

喪葬理賠編號： \_\_\_\_\_

### 喪葬津貼申請 (Traditional Chinese)

#### A. 有關亡者（死者）的資訊：

亡者姓名： \_\_\_\_\_  
(姓氏、名字)

最後確知之亡者地址： \_\_\_\_\_

亡者於該地址居住多長時間？ \_\_\_\_\_

亡者是否居住在紐約市遊民收容所？  否  是

出生日期： \_\_\_\_\_ 死亡日期： \_\_\_\_\_

社會安全號碼（如已知）： \_\_\_\_\_

死亡原因（如已知）： \_\_\_\_\_

死亡地點（醫院、住家或其他已知地點）： \_\_\_\_\_

亡者是否已下葬？  否  是

亡者是否已火化？  否  是

亡者是否已婚？  否  是

如選擇「是」，請提供亡者配偶的姓名、地址與電話號碼：

\_\_\_\_\_

亡者是否未滿二十一 (21) 歲？  否  是

如選擇「是」，請提供父母或法定監護人的姓名、地址與電話號碼：

\_\_\_\_\_

## 喪葬津貼申請 (續)

### B. 亡者的退伍軍人身分：

亡者是否為退伍軍人？  否  是

服役單位（若已知）（陸軍、海軍等）： \_\_\_\_\_

亡者是否為退伍軍人的配偶？  否  是

亡者是否為退伍軍人的未成年子女？  否  是

是否已有任何政府機構支付退伍軍人喪葬福利或身故撫卹金？  否  是

如選擇「是」，請說明具體金額（提供詳細資訊）：

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

亡者是否領取任何退伍軍人福利？  否  是

如選擇「是」，請說明具體金額（提供詳細資訊）：

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

### C. 亡者財務歷史

請說明亡者接受財務支援的方式： \_\_\_\_\_

亡者身故時是否受雇？  否  是（如選擇「是」，請提供詳細資訊）

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

雇主名稱： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

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

電話： \_\_\_\_\_

就業類型： \_\_\_\_\_

雇主是否支付身故撫恤金？  否  是（如選擇「是」，請提供詳細資訊）

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

### 喪葬津貼申請 (續)

#### C. 亡者財務歷史 (續)

亡者是否曾接受 HRA 提供的任何援助？  否  是

如選擇「是」，請提供個案號碼（如已知） \_\_\_\_\_

請勾選所有適用項： 現金援助  Medicaid/MA

補充營養援助計畫 (SNAP) (食物券)

其他 \_\_\_\_\_

亡者是否領取過社會安全局福利？  否  是

如選擇「是」，請勾選所有適用項：

社會安全補助金 (SSI) 金額：\$ \_\_\_\_\_

社會安全殘障福利 (SSD) 金額：\$ \_\_\_\_\_

社會安全老年人、遺屬與殘障保險 (OASDI) 金額：\$ \_\_\_\_\_

#### D. 亡者遺產資訊

亡者是否有遺囑？  否  是

亡者是否有遺產？  否  是

如選擇「是」，請提供遺囑或遺產負責人的姓名與聯絡資訊

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

是否有任何訴訟案件與亡者有關？  否  是

如選擇「是」，請提供詳細資訊：縣、法庭、案卷編號、遺產代表人或涉案律師的姓名及聯絡資訊 \_\_\_\_\_

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

### 喪葬津貼申請 (續)

#### E. 亡者的資產或個人財產

如果亡者亡故時有任何資產或個人財產，請勾選所有適用項，如已知也請提供價值或金額：

現金	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____	車輛	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____
不動產	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____	保險/保單	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____
退休金	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____	喪葬信託/ 預先支付的喪葬基金	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____
銀行帳戶	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____	股票、投資帳戶	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____
工會福利	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____	其他，待定訴訟或和 解金	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	\$ _____

公定遺產管理人是否有亡者的任何財產或資產？  否  是

如選擇「是」，請提供詳細資訊，若已知也請提供價值或金額，以及公定遺產管理人的聯絡資訊：  
\_\_\_\_\_

您可能需要提供有關亡者資產的其他資訊。請在下方空白處填寫有關亡者資產或個人財產所在地點的其他詳細資訊：  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 喪葬津貼申請 (續)

#### F. 申請人資訊

親屬    朋友    組織友人    授權代表人

姓名： \_\_\_\_\_  
(姓氏、名字)

您與亡者的關係為何？ \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_      電子郵件： \_\_\_\_\_

#### G. 負有法定責任的親屬資訊

**重要訊息：**負有法定責任的親屬 (LRR) 是指與亡者合法結婚者、未滿二十一 (21) 歲亡者的父母或法定監護人，以及亡者亡故時與其同住的人士。

您是否為負有法定責任的親屬？  否  是

如選擇「否」，請跳過以下問題並直接前往 H 部分。

如選擇「是」，請回答以下問題及下一頁的問題。

我是亡者的配偶 (或)

我是未滿二十一 (21) 歲之亡者的父母或法定監護人。

您是否有經濟能力支付喪葬費用？  否  是

如選擇「是」，請跳過以下問題並直接前往 H 部分。

如選擇「否」，請填寫以下資訊：

姓名： \_\_\_\_\_

出生日期： \_\_\_\_\_ 社會安全號碼： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_      電子郵件： \_\_\_\_\_

### 喪葬津貼申請 (續)

#### G. 負有法定責任的親屬資訊 (續)

您是否曾接受 HRA 提供的任何援助？  否  是

如選擇「是」，請提供個案號碼（如已知） \_\_\_\_\_

請勾選所有適用項： 現金援助  Medicaid/MA

補充營養援助計畫 (SNAP) (食物券)

其他 \_\_\_\_\_

您是否正在領取社會安全局福利？  否  是

如選擇「是」，請勾選所有適用項：

社會安全補助金 (SSI) 金額：\$ \_\_\_\_\_

社會安全殘障福利 (SSD) 金額：\$ \_\_\_\_\_

社會安全老年人、遺屬與殘障保險 (OASDI) 金額：\$ \_\_\_\_\_

#### H. 喪葬費用 (下葬、火化或其他喪葬費用) 的相關資訊：

是否已支付喪葬費用？  否  是

如選擇「否」，是否已為亡者安排喪葬事宜？  否  是

已經支付的喪葬費用是否是由申請人支付  否  是

如選擇「否」，且其他人支付了喪葬費用，請提供支付人的姓名、地址與電話：

姓名： \_\_\_\_\_  
(姓氏、名字)

地址： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_

### 喪葬津貼申請 (續)

<b>H. 喪葬費用 (下葬、火化或其他喪葬費用) 的相關資訊 (續) :</b>
喪葬機構名稱 : _____
地址與電話 : _____
喪葬費用總支出 : \$ _____ (帳單或合約總額)
請註明以下各項支出 :
火化 : \$ _____ 墓地契據 : \$ _____ 墓地開挖 : \$ _____

簽署此表格的人士授權紐約市社會服務局局長或其授權代表進行與此申請相關的所有必要查詢，並向其授予完整權限以對此申請表的全部或任何資訊進行核實。

正楷姓名 : \_\_\_\_\_

申請人簽名 : \_\_\_\_\_ 日期 : \_\_\_\_\_

## 喪葬津貼申請 (續)

### 僅供授權代表人填寫

如果您不是申請人且申請人授權您代為填寫此申請表，則您必須在公證人或契約專員面前簽署此表。

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

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

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

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

**您是否有醫療或心理健康疾病或殘障問題？**此問題是否使您難以理解本通知或完成本通知所要求的事項？此問題是否使您難以獲得 HRA 提供的其他服務？**我們可助您一臂之力。**請致電 212-331-4640 與我們聯絡。您也可以造訪 HRA 辦公室時向我們尋求協助。根據法律，您有權尋求此類協助。