

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 :

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.

Nom en caractères d'imprimerie : _____

Signature du demandeur : _____ 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.