

Dzisiejsza data: _____
Numer rozszczenia
pogrzebowego: _____

Wniosek o dodatek pogrzebowy (Polish)

A. Informacje o osobie zmarłej:

Imię i nazwisko osoby zmarłej: _____
(Nazwisko, imię)

Ostatni znany adres osoby zmarłej: _____

Jak długo osoba zmarła tam mieszkała? _____

Czy osoba zmarła przebywała w schronisku dla bezdomnych miasta Nowy Jork? Nie
 Tak

Data urodzenia: _____ Data zgonu: _____

Numer ubezpieczenia społecznego (jeśli jest znany): _____

Przyczyna śmierci (jeśli jest znana): _____

Miejsce zgonu (szpital, dom, inne, jeśli jest znane): _____

Czy osoba zmarła została pochowana? Nie Tak

Czy osoba zmarła została skremowana? Nie Tak

Czy osoba zmarła była w związku małżeńskim? Nie Tak

Jeśli tak, proszę podać imię i nazwisko, adres i telefon małżonka:

Czy osoba zmarła była w wieku poniżej dwudziestu jeden (21) lat? Nie Tak

Jeśli tak, proszę podać imię i nazwisko, adres i telefon rodzica lub opiekuna prawnego:

(ciąg dalszy na następnej stronie)

Wniosek o dodatek pogrzebowy (ciąg dalszy)

B. Status weterana osoby zmarłej:

Czy osoba zmarła była weteranem? Nie Tak

Oddział służby, jeśli jest znany (wojska lądowe, marynarka itd.): _____

Czy osoba zmarła była małżonkiem weterana? Nie Tak

Czy osoba zmarła była niepełnoletnim dzieckiem weterana? Nie Tak

Czy agencja rządowa wypłaciła świadczenia z tytułu śmierci weterana lub zasiłek pogrzebowy dla weteranów? Nie Tak

Jeśli tak, w jakiej wysokości (proszę podać):

Czy osoba zmarła otrzymywała świadczenia dla weteranów? Nie Tak

Jeśli tak, w jakiej wysokości (proszę podać):

C. Historia finansowa osoby zmarłej

Należy opisać sposób, w jaki osoba zmarła zapewniała sobie utrzymanie: _____

Czy osoba zmarła była zatrudniona w momencie śmierci? Nie Tak (Jeśli tak, proszę podać szczegóły)

Nazwa pracodawcy: _____

Adres:

Telefon: _____

Rodzaj zatrudnienia: _____

Czy zostało wypłacone świadczenie z tytułu śmierci od pracodawcy? Nie Tak (Jeśli tak, proszę podać szczegóły)

(ciąg dalszy na następnej stronie)

Wniosek o dodatek pogrzebowy (ciąg dalszy)

C. Historia finansowa osoby zmarłej (ciąg dalszy)

Czy osoba zmarła otrzymywała jakąkolwiek pomoc z Wydziału Zasobów Ludzkich (HRA)?

Nie Tak

Jeśli tak, numer sprawy (jeśli jest znany) _____

Zaznaczyć wszystkie stosowne pola: Pomoc finansowa Medicaid/MA

Program dodatkowej pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP; zasiłek na zakup żywności)

Inne _____

Czy osoba zmarła otrzymywała świadczenia z Wydziału Ubezpieczeń Społecznych? Nie

Tak

Jeśli tak, należy zaznaczyć wszystkie stosowne pola:

Zapomoga uzupełniająca (SSI) Kwota: USD _____

Świadczenia dla osób niepełnosprawnych (SSD) Kwota: USD _____

Ubezpieczenie emerytalne, renta rodzinna i inwalidzka (OASDI) Kwota: USD _____

D. Informacje o majątku osoby zmarłej

Czy osoba zmarła pozostawiła testament? Nie Tak

Czy osoba zmarła pozostawiła po sobie majątek? Nie Tak

Jeśli tak, proszę podać imię i nazwisko i dane kontaktowe osoby odpowiedzialnej za testament lub majątek

Czy w odniesieniu do osoby zmarłej toczy się jakiekolwiek postępowanie sądowe? Nie

Tak

Jeśli tak, proszę podać szczegóły: okręg, sąd, sygnatura akt, imię i nazwisko oraz dane pełnomocnika ds. majątku lub adwokata _____

(ciąg dalszy na następnej stronie)

Wniosek o dodatek pogrzebowy (ciąg dalszy)

E. Składniki majątku lub majątku osobistego osoby zmarłej

Jeśli osoba zmarła posiadała jakiekolwiek aktywa lub majątek osobisty w momencie śmierci, proszę zaznaczyć stosowne pola i podać wartość, o ile jest znana:

Środki pieniężne	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak USD ____	Pojazd(y)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak USD ____
Nierucho- mości	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak USD ____	Ubezpieczenie/ polisy	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak USD ____
Emerytura	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak USD ____	Fundusz pogrzebowy/ przedpłacony fundusz pogrzebowy	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak USD ____
Rachunki bankowe	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak USD ____	Akcje, rachunki inwestycyjne	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak USD ____
Świadczenia związkowe	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak USD ____	Inne, toczące się procesy sądowe lub ugody	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak USD ____

Czy zarządca publiczny posiada nieruchomości lub majątek należące do osoby zmarłej?
 Nie Tak

Jeśli tak, proszę podać szczegóły, wartość lub kwotę, jeśli jest znana, oraz dane kontaktowe publicznego zarządcy: _____

Może zaistnieć konieczność podania dodatkowych informacji o majątku osoby zmarłej. Proszę wykorzystać miejsce poniżej na podanie dodatkowych informacji o lokalizacji aktywów lub majątku osobistego:

(ciąg dalszy na następnej stronie)

Wniosek o dodatek pogrzebowy (ciąg dalszy)

F. Dane wnioskodawcy

Krewny Przyjaciel Przyjaciel z firmy Upoważniony przedstawiciel

Imię i nazwisko: _____
(Nazwisko, imię)

Jaki jest rodzaj relacji wnioskodawcy z osobą zmarłą? _____

Adres: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

G. Dane krewnego odpowiedzialnego prawnie

WAŻNE: Krewny odpowiedzialny prawnie (LRR) to osoba, która jest małżonkiem osoby zmarłej lub jej rodzicem bądź opiekunem prawnym, jeśli osoba zmarła była w wieku poniżej 21 lat oraz mieszkała z osobą zmarłą w momencie jej śmierci.

Czy jest Pan(i) krewnym odpowiedzialnym prawnie? Nie Tak

Jeśli nie, **należy pominąć poniższe pytania i przejść do sekcji H.**

Jeśli tak, proszę udzielić odpowiedzi na poniższe pytania oraz pytania znajdujące się na następnej stronie.

Jestem małżonkiem osoby zmarłej (**LUB**)

Jestem rodzicem lub opiekunem prawnym osoby zmarłej w wieku poniżej dwudziestu jeden (21) lat.

Czy jest Pan(i) w stanie pokryć koszty pogrzebu? Nie Tak

Jeśli tak, **należy pominąć poniższe pytania i przejść do sekcji H.**

Jeśli nie, proszę podać poniższe dane:

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Numer ubezpieczenia społecznego: _____

Adres: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

(ciąg dalszy na następnej stronie)

Wniosek o dodatek pogrzebowy (ciąg dalszy)

G. Dane krewnego odpowiedzialnego prawnie (ciąg dalszy)

Czy otrzymuje Pan(i) jakąkolwiek pomoc z HRA? Nie Tak

Jeśli tak, numer sprawy (jeśli jest znany) _____

Zaznaczyć wszystkie stosowne pola: Pomoc finansowa Medicaid/MA

Program dodatkowej pomocy żywnościowej (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP; zasiłek na zakup żywności)

Inne _____

Czy otrzymuje Pan(i) świadczenia z Wydziału Ubezpieczeń Społecznych? Nie Tak

Jeśli tak, należy zaznaczyć wszystkie stosowne pola:

Zapomoga uzupełniająca (SSI) Kwota: USD _____

Świadczenia dla osób niepełnosprawnych (SSD) Kwota: USD _____

Ubezpieczenie emerytalne, renta rodzinna i inwalidzka (OASDI) Kwota: USD _____

H. Informacje o kosztach pogrzebu (pochówek, kremacja lub inne koszty pogrzebowe):

Czy pokryto koszty pogrzebu? Nie Tak

Jeśli nie, czy dokonano ustaleń pogrzebowych dotyczących osoby zmarłej? Nie Tak

Czy wnioskodawca pokrył koszty pogrzebu Nie Tak

Jeśli nie i ktoś inny pokrył koszty pogrzebu, proszę podać imię i nazwisko, adres i telefon osób, które opłaciły rachunek:

Imię i nazwisko: _____
(Nazwisko, imię)

Adres:

Numer telefonu:

(ciąg dalszy na następnej stronie)

Wniosek o dodatek pogrzebowy (ciąg dalszy)

H. Informacje o kosztach pogrzebu (pochówek, kremacja lub inne koszty pogrzebowe) (ciąg dalszy):

Nazwa domu pogrzebowego:

Adres i telefon:

Łączny koszt pogrzebu: USD _____
(Łączna kwota na rachunku lub umowie)

Proszę podać koszty następujących usług:

Kremacja: USD _____ Miejsce na pochówek: USD _____

Wykopanie grobu: USD _____

Poniżej podpisana osoba upoważnia Komisarza Wydziału Ubezpieczeń Społecznych miasta Nowy Jork lub upoważnionego przedstawiciela do wszelkich niezbędnych zapytań w odniesieniu do tego wniosku i udziela pełnej zgody na weryfikację wszystkich informacji w tym wniosku.

Imię i nazwisko drukowanymi literami: _____

Podpis wnioskodawcy: _____ Data: _____

(ciąg dalszy na następnej stronie)

Wniosek o dodatek pogrzebowy (ciąg dalszy)

WYŁĄCZNIE DLA UPOWAŻNIONEGO PRZEDSTAWICIELA

Jeśli nie jest Pan(i) wnioskodawcą, a jest Pan(i) upoważniony(-a) do wypełnienia niniejszego wniosku w imieniu wnioskodawcy, musi Pan(i) podpisać niniejszy formularz przed notariuszem lub komisarzem ds. aktów prawnych.

State of _____

County of _____

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

Notary Public or Commissioner of Deeds

Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną lub cierpi na jakąś chorobę (w tym psychiczną)? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia zrozumienie niniejszego zawiadomienia lub wykonanie zawartych w nim zaleceń? Czy stan Pana/Pani zdrowia utrudnia skorzystanie z innych usług HRA? **Możemy zapewnić pomoc.** Prosimy o kontakt pod numerem 212-331-4640. Pomoc można uzyskać również podczas wizyty w biurze HRA. Zgodnie z przepisami ma Pan/Pani prawo do uzyskania takiej pomocy.