



Burial Claims Unit
25 Chapel Street – 6th Floor
Brooklyn, NY 11201-1954
718 473 8310

Date : _____

Défunt(e) : _____

Date du décès : _____

Numéro de réclamation d'obsèques : _____

Demande d'allocation d'obsèques (French)

REMARQUE : la demande doit être sous 60 jours à compter du et soumise sous 60 jours à compter du décès de l'individu pour lequel une allocation d'obsèques est demandée.

1. Informations sur le/la défunt(e)
Nom du/de la défunt(e) : _____
Dernière adresse du/de la défunt(e) : _____
Date de naissance : _____ Date de décès : _____ Lieu du décès : _____
Cause du décès : _____
Une procédure judiciaire est-elle en cours à cause du décès ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez fournir des détails : _____
2. Frais funéraires : _____ \$
Frais des obsèques : <input type="checkbox"/> Ouverture de tombe : _____ \$ <input type="checkbox"/> Crémation : _____ \$
Payé par : _____ Coût total des obsèques : _____ \$ Paiement à ce jour : _____ \$
Nom de l'entreprise de pompes funèbres : _____ Adresse : _____
3. Statut du demandeur de l'allocation d'obsèques
<input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Ami(e) <input type="checkbox"/> Ami(e) aidant à organiser
Nom : _____ Relation : _____
Adresse : _____ Téléphone : _____
4. Survivants
Le/la défunt(e) est-il/elle survécu par : un membre de la famille légalement responsable ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Si oui, indiquez le nom, l'adresse et la date de naissance du/de la : <input type="checkbox"/> Conjoint(e) <input type="checkbox"/> Parent(e)
Date de naissance : _____ Nom : _____
Adresse : _____
Date de naissance : _____ Nom : _____
Adresse : _____
Un membre de la famille légalement responsable perçoit-il des allocations publiques de la part de l'Administration pour l'indépendance familiale, ou de l'Administration de la Sécurité sociale ?
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, indiquez la catégorie et le numéro de dossier : <input type="checkbox"/> Aide financière en espèces
<input type="checkbox"/> Assistance médicale <input type="checkbox"/> Coupons alimentaires <input type="checkbox"/> Revenu supplémentaire de sécurité : _____
Conjoint(e) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, indiquez le nom, l'adresse et la date de naissance) Date de naissance : _____
Nom : _____ Adresse : _____
Parent d'un enfant repris ci-dessus ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, indiquez le nom, l'adresse et la date de naissance)
Date de naissance : _____
Nom : _____ Adresse : _____

Demande d'allocation d'obsèques (suite)

5. Statut d'ancien combattant		
Le/la défunt(e) était-il/elle un ancien combattant ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, l'ancien combattant percevait-il des allocations d'ancien combattant ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
	Si oui, combien : _____ \$	
Le/la défunt(e) était-il/elle le/la conjoint(e) ou l'enfant mineur d'un ancien combattant ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
6. Succession		
Le/la défunt(e) avait-il/elle un testament ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Le/la défunt(e) a-t-il/elle laissé un héritage ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Si oui, veuillez fournir des détails : _____ _____		
7. Actifs		
Le/la défunt(e) possédait-il/elle l'un des actifs suivants au moment de son décès ? (Si oui, veuillez fournir leur valeur.)		
Espèces <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ \$	Comptes bancaires <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ \$	Polices d'assurance <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ \$
Propriété immobilière <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ \$	Allocations de syndicat <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ \$	Assurance obsèques <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ \$
Pension <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ \$	Automobile <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ \$	Autre <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui _____ \$
8. Antécédents		
Décrivez comment le/la défunt(e) subvenait à ses propres besoins : _____		
Le/la défunt(e) était-il/elle employé(e) au moment du décès ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous)		
Nom de l'employeur : _____		
Adresse : _____		
Type de travail : _____		
Le/la défunt(e) bénéficiait-il/elle d'une aide de la part de l'Administration des ressources humaines ou de l'Administration de la Sécurité sociale ?		
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, indiquez la catégorie et le numéro de dossier : <input type="checkbox"/> Aide financière en espèces		
<input type="checkbox"/> Assistance médicale <input type="checkbox"/> Coupons alimentaires <input type="checkbox"/> Revenu supplémentaire de sécurité : _____		
Le/la défunt(e) bénéficiait-il/elle de la Sécurité sociale ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, pour un montant mensuel de _____ \$		

Le soussigné autorise le Commissaire du Département des services sociaux/de l'Administration des ressources humaines de la ville de New York, ou son représentant agréé, à se procurer tous les renseignements nécessaires en lien avec cette demande, et donne son autorisation complète pour que toutes ou partie des informations de cette demande soient vérifiées.

Signature du demandeur : _____ Date : _____

État et ville de New York, comté de _____

Juré devant moi ce _____ jour de _____, 20 _____

Notaire ou Commissaire aux actes

(Une authentification par acte notarié n'est demandée que si la demande est soumise par un représentant agréé.)

Procédure de demande à l'Unité de réclamation d'obsèques

Contexte :

L'Administration des ressources humaines (HRA) fournit une assistance financière aux individus ayant besoin d'aide pour payer leurs frais d'obsèques. Ces fonds sont disponibles lorsqu'un résident pauvre de la ville de New York décède et aurait pu bénéficier du revenu supplémentaire de sécurité, de l'aide financière en espèces, ou ne laisse aucuns fonds pour couvrir ses frais d'obsèques, et qu'aucun membre de la famille légalement responsable n'est en mesure de payer ces frais d'obsèques.

Ce qui peut être couvert :

- La HRA paiera jusqu'à 900 \$ de frais d'obsèques, mais le montant total de ces frais ne doit pas dépasser 1 700 \$. Le frais de crémation, d'une tombe et de l'ouverture d'une tombe sont exclus. Toutefois, les frais d'enterrement des cendres après la crémation ne peuvent pas être exclus dans le calcul du coût total de 1 700 \$. Si la facture totale des obsèques dépasse les 1 700 \$, la HRA n'effectuera aucun paiement.
- Tout actif (qu'il ait été ou non précédemment attribué à la HRA) qui était disponible pour le/la défunt(e) ou tout montant qu'un membre de la famille légalement responsable (par ex., un(e) conjoint(e) ou le parent d'un enfant mineur) peut avoir détenu à la date du décès est considéré comme étant disponible, et tout montant payé ou dû par toute autre source sera soustrait du paiement de 900 \$ si la réclamation est considérée comme admissible pour le paiement. Tout actif ou toute ressource laissé(e) par le/la défunt(e) à la date du décès sera soustrait(e) des 900 \$ s'il est déterminé que la réclamation est admissible.

Pour effectuer une demande :

L'individu responsable des arrangements funéraires ou son représentant doit déposer une demande sous 60 (soixante) jours à compter de la date du décès, en personne, dans nos bureaux situés au 25, Chapel Street (5e étage), à Brooklyn. Lors du premier entretien, cet individu doit se présenter muni de tout document demandé en sa possession, et peut envoyer le reste des documents par la poste.

Documents demandés :

1. Un formulaire de demande d'obsèques dûment rempli et signé par le demandeur.
2. Une copie originale certifiée conforme du certificat de décès (elle sera rendue au demandeur).
3. Une copie du contrat funéraire, aussi connu sous le nom de Déclaration des biens et services funéraires sélectionnés. Le contrat doit être signé par le directeur de l'entreprise de pompes funèbres, ainsi que par la partie s'occupant des arrangements funéraires. Le numéro séquentiel de facture demandé doit apparaître sur le document.
4. Une copie de la facture du cimetière ou du crématorium, avec le détail de tous les frais.
5. Les factures originales détaillées signées par le directeur de l'entreprise de pompes funèbres et authentifiées en présence d'un notaire. La facture des obsèques doit porter la marque « Acquitté intégralement » si les frais ont été payés.
6. Les formulaires originaux de déclaration sous serment du directeur de l'entreprise de pompes funèbres, dûment remplis et signés par le directeur de l'entreprise de pompes funèbres et authentifiés en présence d'un notaire, si de l'argent reste dû à l'établissement funéraire.
7. Les informations et documents concernant les actifs ou revenus disponibles du/de la défunt(e) à la date du décès, ainsi que ceux du demandeur (s'il s'agit d'un membre de la famille légalement responsable) sont requis pour chaque dossier.
8. L'agence peut exiger d'autres documents pouvant s'avérer nécessaires afin de déterminer l'admissibilité en fonction des faits et circonstances particuliers de chaque dossier.