



贫困丧葬报销申请表

请填写本申请表的所有字段，以避免出现任何延迟处理的情况。
请随附所有必需的证明文件。

请将填妥的表格和所有证明文件的副本寄回至：

NYS Department of Veterans' Services

2 Empire State Plaza, Floor 17,

Albany, N.Y. 12223

或通过电子邮件将填妥的表格和所有证明文件的副本发送至：

IndBurialReimbursements@veterans.ny.gov

如需帮助以填写此表格，请联系退伍军人服务部帮助热线，电话：
1.888.838.7697

第 1 部分：关于已故退伍军人（死亡）的信息

名字、中间名、姓氏

出生日期（如果已知）：

死亡日期（如果已知）：

社会安全号码（如果已知）： 埋葬地点：

第 2 部分：关于索赔机构的信息

退伍军人服务机构名称：

退伍军人服务组织联系人姓名：

机构邮寄地址：

机构电话号码：

机构电子邮箱：

第 3 节：证明死者贫困状况的信息

死者的收入来源/每月金额：

死亡时可用的现金：

银行名称/账号：

社会安全死亡福利：

死者是否拥有房地产？ 是 否

如果回答“是”，请说明房地产的性质和位置。

无能力家庭成员和/或朋友是否会为葬礼和/或安葬提供资金？

如果回答“是”，请列出每笔出资的总金额（美金）。

第 4 节：所需文件

请确保随申请表一同提交下方所有文件：

一份证明死者退伍军人身份的文件（如死者的国防部表格 214 (Department of Defense Form 214) 或其他退伍文件）。

退伍军人死亡所在县签发的死亡证明。

一份证明索赔人退伍军人服务组织收到了退伍军人死亡所在县（或纽约市）的请求，要求退伍军人服务组织聘请殡葬公司来提供殡葬服务的文件。

确认索赔退伍军人服务组织为退伍军人的葬礼和/或安葬费用支付的金额以及服务日期的发票。（**请注意：**根据《2015 年法律》(Laws of 2015) 第 579 章/《2016 年法律》(Laws of 2016) 第 29 章的规定，每次丧葬的报销总额不得超过 \$2,000。

确认根据《社会服务法》(Social Services Law) 第 141 条、美国退伍军人事务部的任何丧葬福利计划或任何其他州或联邦计划对索赔机构退伍军人服务组织报销的金额的文件，或一份公证声明，确认任何州或联邦计划之前并未报销过本次葬礼和安葬的费用。

第 5 部分：证词

本人宣誓或确认，据本人所知、所悉和所信，本人在本申请表上提供的信息属实。
本人理解，签署本申请表后，本人（以及本人所代表的退伍军人服务组织）同意纽约州为核实或证实本人提供的信息而进行的任何调查。

签名

正楷姓名

申请日期