|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| העיר ניו יורק  תעודת רישומים חיוניים  תאריך הרישום העיר ניו יורק – המחלקה לבריאות וגהות נפשית  **תעודת פטירה** תעודה מס' **XXXXXX** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| המחלקה לבריאות וגהות נפשית  בעיר ניו יורק  13 בנובמבר, 2015, 09:49 | | | | | | | | | | | | | | **1. שמו המשפטי של הנפטר** | | | | | | | | **XXXXXXXXXXX**  (פרטי, אמצעי, משפחה) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| תעודת פטירה  (ימולא על ידי הרופא) | מקום הפטירה | | | 2א. העיר ניו יורק | | | | | | | 2ג. סוג המקום  1. 🗷 אשפוז בבי"ח  2. 🞏 חדר מיון  3. 🞏 הגיע ללא רוח חיים | | | | | | | 4. 🞏 בית אבות  5. 🞏 הוספיס  6. 🞏 ביתו של הנפטר  7. 🞏 אחר (פרט) \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | 2ד. טיפול בהוספיס ב- 30 ימים האחרונים  1. 🞏 כן  2. 🗷 לא  3. 🞏 לא ידוע | | | | | | | | | | 2ה. שם בית החולים או המוסד האחר (או כתובת)  **XXXXXXXXXX** | | | | | | | | | | | |
| 2ב. מחוז **ברוקלין** | | | | | | |
| תאריך ושעת הפטירה | | | | 3א. (חודש) | | | | | | | (יום) | | | | (שנה) | | | | | 3ב. שעה | | | | | | 🞏 בוקר | | | | | מין | | | | | התאריך האחרון בו נבדק ע"י רופא | | | | | | | | |
| XXXXXX | | | | | | | XX | | | | XXXX | | | | | XXXX | | | | | | 🗷 ערב | | | | | **זכר** | | | | | חודש  **XX** | | | | | | יום  **XX** | | שנה  **XXXX** |
| 6. אישור: אני מאשר בזאת כי הפטירה אירעה בזמן, בתאריך ובמקום המצוינים לעיל וכי, למיטב ידיעתי, פגיעה טראומטית או הרעלה לא היו אחד הגורמים למוות, וכי הפטירה לא אירעה בדרך חריגה כלשהי ונגרמה כולה בעקבות גורמים טבעיים. **ראה הוראות בצידה השני של התעודה.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| שם הרופא: **XXXXXX**  כתובת: **XXXXXXXXX** | | | | | | | | | | | | | | | | חתימה: ד"ר  חתימה מאושרת דיגיטלית  רשיון מס': **XXXXXX** תאריך: **XXXXXXXX** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| פרטים אישיים  (ימולא על ידי מנהל בית ההלוויות, או במקרה של קבורה עירונית, על ידי הרופא) | 7א. מדינת המגורים | | | | | 7ב. המחוז | | | | | | | | 7ג. עיר | | | | | 7ד. | | | | | | | | | מיקוד | | | | | | | | | | 7ה. בתחום העירוני | | | | | | | |
| **ניו יורק** | | | | | **קינגס** | | | | | | | | **ברוקלין** | | | | | **XXXXXXXXX** | | | | | | | | | **XXXXX** | | | | | | | | | | 1. 🗷 כן 2. 🞏 לא | | | | | | | |
| 8. תאריך הלידה | (חודש) | | | (יום) | | | (שנה) | | | | | 9. גיל ביום הולדת האחרון | | | | | | | | מתחת לשנה | | | | | | | | | מתחת ליום | | | | | | | | | 10. מספר בטחון סוציאלי | | | | | | |
|  | XXXXX | | | XX | | | XXXX | | | | | XX | | | | | | | | חודשים  2 | | | | ימים  3 | | | | | שעות  4 | | | | | דקות  4 | | | | | XXXXXXXXXXX | | | | | | |
| 11. מקצוע עיקרי (העבודה שביצע הנפטר ברוב ימיו – לא לכתוב "גמלאי")  **XXXXXX** | | | | | | | | | | | | | | 11ב. סוג העסק או התעשיה  **XXXXXX** | | | | | | | | | | | | | | | | 12. שמות חיבה או שמות אחרים בהם הוכר | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. מקום הלידה (עיר ומדינה) | | | | | | | | 14. השכלה (סמן את התיבה המתאימה לרמת ההשכלה הגבוהה ביותר שהושגה בזמן הפטירה) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| פורט', גרמניה | | | | | | | | 1. 🞏בי"ס יסודי או פחות  2. 🞏 בי"ס תיכון, ללא תעודה  3. 🗷 תעודת בגרות | | | | | | | | | | | | 4. 🞏 לימודים אקדמיים, ללא תואר  5. 🞏 תואר ראשון  6. 🞏 תואר ב.א. | | | | | | | | | | | | | | | 7. 🞏 תואר מ.א.  8. 🞏 תואר דוקטורט או תואר מקצועי (רופא, עו"ד וכו') | | | | | | | | | |
| 15. שירת בצבא ארה"ב?  1. 🞏 כן 2. 🗷 לא | | | | | | 16. מצב משפחתי בזמן הפטירה  1. 🗷 נשוי 2. 🞏 חי עם בן/בת זוג 3. 🞏 גרוש 4. 🞏 פרוד 5. 🞏 רווק 6. 🞏 אלמן 7. 🞏 אחר, פרט \_\_\_\_\_\_\_\_ 8 🞏 לא יודע | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 17. שם בן/בת הזוג שנותר בחיים (לאישה, לציין את השם לפני הנישואין) (פרטי, אמצעי, משפחה)  **XXXXXXX** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. שם האב (פרטי, אמצעי, משפחה)  **XXXXXXXX** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 19. שם האם לפני הנישואין (לפני הנישואין הראשונים) (פרטי, אמצעי, משפחה)  **XXXXXX** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20א. שם המודיע  **XXXXX** | | | | | | | | | 20ב. הקשר לנפטר  **בת זוג** | | | | | | | | | | 20ג. כתובת (רחוב ומספר, מספר דירה, עיר, מיקוד)  **XXXXXXXX** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21א. צורת ההלוויה  1. 🗷 קבורה 2. 🞏 שריפת הגופה 3. 🞏 קבר 4. 🞏 קבר עירוני | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21ב. מקום ההלוויה (שם בית הקברות, או מקום אחר)  XXXXX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| מקום הקבורה (עיר, מדינה)  XXXXXX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 21ד. תאריך הקבורה | | | | | | | חודש  XX | | | | | | | | יום  XX | | | שנה  XXXX | |
| 22א. מוסד הקבורה  XXXXXXXX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 22ב. כתובת (רחוב, מספר, עיר, מדינה, מיקוד  XXXXXXX | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| לוגו  העיר ניו יורק | | | הרינו לאשר בזאת כי הדברים לעיל הינם העתק נאמן למקור של תעודה הנמצאת ברישומי המחלקה לבריאות ולגהות נפשית. המחלקה לבריאות ולגהות נפשית אינה מאשרת את אמיתות הדברים הנאמרים לעיל, מאחר ולא נדרשה חקירת העובדות על פי חוק.  אין לקבל תעתיק זה אלא אם כן הוא כולל את מאפייני הבטחון המתוארים בצד השני של התעודה. העתקת התעודה או ביצוע שינוי כלשהו בה היא עבירה על סעיף 3.19(ב) של חוק הבריאות בעיר ניו יורק, אם המטרה היא לשם הימנעות או הפרה של הוראה כלשהי בחוק הבריאות או בכל חוק אחר. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | [חתימה + חותמת]  רשם העיר  ||||||||||||||||||||||||||||||||||||||||||||  00099658Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | לוגו  המחלקה לבריאות וגהות נפשית  העיר ניו יורק | | | |
|  | | | **XXXXXXXXXX הוראה מס' XXXXXXXXXX** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| שינוי או מחיקה כלשהם בתעודה זו פוסלים את תוקפה | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |