|  |
| --- |
| העיר ניו יורקתעודת רישומים חיונייםתאריך הרישום העיר ניו יורק – המחלקה לבריאות וגהות נפשית**תעודת פטירה** תעודה מס' **XXXXXX** |
| המחלקה לבריאות וגהות נפשיתבעיר ניו יורק13 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 המקום1. 🗷 אשפוז בבי"ח2. 🞏 חדר מיון3. 🞏 הגיע ללא רוח חיים | 4. 🞏 בית אבות5. 🞏 הוספיס6. 🞏 ביתו של הנפטר7. 🞏 אחר (פרט) \_\_\_\_\_\_\_\_ | 2ד. טיפול בהוספיס ב- 30 ימים האחרונים1. 🞏 כן2. 🗷 לא3. 🞏 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 דיגיטליתרשיון 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 | חודשים2 | ימים3 | שעות4 | דקות4 | 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 פחות2. 🞏 בי"ס תיכון, ללא תעודה3. 🗷 תעודת בגרות | 4. 🞏 לימודים אקדמיים, ללא תואר5. 🞏 תואר ראשון6. 🞏 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 הפטירה1. 🗷 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 ההלוויה1. 🗷 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 | חודשXX | יוםXX | שנהXXXX |
| 22א. מוסד הקבורהXXXXXXXX | 22ב. כתובת (רחוב, מספר, עיר, מדינה, מיקודXXXXXXX |
|  |  |
| לוגוהעיר 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 | לוגוהמחלקה לבריאות וגהות נפשיתהעיר ניו יורק |
|  | **XXXXXXXXXX הוראה מס' XXXXXXXXXX** |  |  |
| שינוי או מחיקה כלשהם בתעודה זו פוסלים את תוקפה |