

Revocable Burial Fund Provision
for SSI Related Healthcare

申请人/领取者姓名		个案当事人身份识别号码	
提出此声明者的姓名 (若与上列申请人/领取者不同, 则请填写)		与您的关系	
<p>本人明白, 医疗辅助方案允许留出某些专用款项用于殡葬目的。可以将留用专款存入可撤销账户或者不可撤销账户。(若为不可撤销账户, 请使用表格 14-540。)本人特此证明:</p> <p><input type="checkbox"/> 我已留出某些专用款项用于殡葬目的; 而且, 据本人所知, 以下情况属实且完整。本人特此指定以下款项留作殡葬专款 使用。</p> <p><input type="checkbox"/> \$ _____ 用于我本人 <input type="checkbox"/> \$ _____ 用于本人的配偶</p> <p><input type="checkbox"/> 此项专款已存入一个单独的账户。</p> <p><input type="checkbox"/> 此项专款并未存入一个单独的账户。账户余额是否将用于支付殡葬费用? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>此款项已存入:</p> <p><input type="checkbox"/> 银行账户; 账户号码: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 保险单; 保险单号码: _____ 保险单颁发日期: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 其它 (请具体说明): _____</p>			
银行、保险公司、殡葬业者或保存此类专款的其它机构或账户:			
姓名		电话号码	
街道名称与门牌号码		城市	州 邮政编码
姓名		电话号码	
街道名称与门牌号码		城市	州 邮政编码
<p>本人明白, 我必须向社会福利服务部报告以下情况:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 将此殡葬专款用于与殡葬无关的任何其它目的。 • 从此账户、保险单或专款中提款或借款。 • 向此账户或专款存款。 • 已向本人或本人配偶支付利息, 但未将付款留在此账户继续累积生息。 • 经购买或馈赠而获得的任何其它人寿保险、殡葬合约、现金, 或者开立不可撤销的殡葬账户等。 <p>本人也明白, 若将任何殡葬专款用于与殡葬无关的其它目的, 则所使用的全部金额均可被视为提款当月的可支配收入, 并会影响本人的资格条件。</p> <p>我明白, 若本人蓄意编造虚假陈述, 则会受到刑事起诉。本人特此声明, 我在此文件中所提供的情况属实; 若有不实之词, 愿受伪证罪处罚。</p>			
提出此声明者的签名 (姓, 名, 中间名缩写) 请使用墨水笔签名		日期	电话号码