

安全收入津贴 (SSI) 相关医疗保健之不可撤销
殡葬费用条款
Irrevocable 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																		
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。（若此项专款已经未存入一个可撤销账户，则请使用表格 14-539。）本人特此证明： 我已留出下列专用款项，并已将这些款项存入一个不可撤销账户。 <table><tr><td>☐</td><td>\$</td><td>用于我</td><td>☐</td><td>\$</td><td>用于本人的配偶</td></tr><tr><td></td><td></td><td>本人</td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 此款项已存入： <table><tr><td>☐</td><td>不可撤销的部落账户*</td></tr><tr><td>☐</td><td>以不可撤销方式过户的人寿保险单； 保险单号码： **</td></tr><tr><td>☐</td><td>其它（请具体说明）： **</td></tr></table> *部落代表必须填妥以下应由部落填写的部分。 **在提交此表格时，请同时向向社会福利服务部(DSHS)提交以不可撤销方式过户的人寿保险单证明文件、殡仪馆合约或者 其它不可撤销之殡葬基金条款。			☐	\$	用于我	☐	\$	用于本人的配偶			本人				☐	不可撤销的部落账户*	☐	以不可撤销方式过户的人寿保险单； 保险单号码： **	☐	其它（请具体说明）： **
☐	\$	用于我	☐	\$	用于本人的配偶															
		本人																		
☐	不可撤销的部落账户*																			
☐	以不可撤销方式过户的人寿保险单； 保险单号码： **																			
☐	其它（请具体说明）： **																			
保存此类专款的部落、保险公司或殡葬业者：																				
姓名或名称		电话号码																		
街道地址或邮件地址		城市 州 邮政编码																		
本人明白，我必须向社会福利服务部报告以下情况： • 向此账户或专款的续存款项。 • 经购买或馈赠而获得的任何其它人寿保险、殡葬合约、现金等。 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。																				
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																		
由部落代表填写																				
本人特此证明，上述人士曾将款项存入一个不可撤销的部落账户。留作专用之款项符合以下情况： • 根据此位部落成员的预期费用开支，留作专用之款项金额合理。 • 除了殡葬费用以外，留作专用之款项无法用于此位部落成员的任何其它开支。 • 留作专用之款项金额如上所述。																				
部落代表签名		日期 电话号码																		