الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria

Ministry of Foreign Affairs
& National Community Abroad
Consulate General of Algeria in New York

وزارة الشؤون الخارجية
والجالية الوطنية بالخارج
القنصلية العامة للجزائر بنيويورك

إستمارة طلب تسجيل وفاة
DESCRIPTIVE FORM FOR REPORT OF DEATH

المعلومات الشخصية عن المتوفي(ة)
Personal information about the deceased

Last name in Arabic اللقب بالعربية	:	**First name in Arabic** الاسم بالعربية	:
Last name in Latin اللقب باللاتينية	:	**First name in Latin** الاسم باللاتينية	:
Date of birth تاريخ الميلاد	: السنة yyyy / الشهر mm / اليوم dd	**Place of birth** مكان الميلاد	:
Gender الجنس	: **Male** ذكر ☐ **Female** أنثى ☐	**Profession** المهنة	:
Current address in USA العنوان الحالي بأمريكا	: **City** المدينة :	**State** الولاية :	**Zip code** الرمز البريدي :
Marital status الحالة العائلية	: ☐ **Single** أعزب ☐ **Married** متزوج	☐ **Divorced** مطلق	☐ **widow (er)** أرمل
Father's full name in Arabic إسم ولقب الأب بالعربية	:	**Mother's full name in Arabic** إسم ولقب الأم بالعربية	:
Father's full name in Latin إسم ولقب الأب باللاتينية	:	**Mother's full name in Latin** إسم ولقب الأم باللاتينية	:

معلومات عن الوفاة والمخبر
Information about the death and the informant

Date of death تاريخ الوفاة	: السنة yyyy / الشهر mm / اليوم dd	**Time of death** ساعة الوفاة	: HH : MM
Place of death مكان الوفاة	: **City** المدينة :	**State** الولاية :	**Zip code** الرمز البريدي :
The body will be transferred to Algeria سيتم نقل الجثة إلى الجزائر	: **Yes** نعم ☐ **Non** لا ☐	**If No, provide the place of disposition** إذا كانت الإجابة "لا"، فاذكر مكان الدفن	:
Informant's full name إسم ولقب المخبر	:	**Relationship to the deceased** العلاقة بالشخص المتوفى(ة)	:
Phone Number رقم الهاتف	:	**E-mail** البريد الإلكتروني	:

Report date تاريخ التقرير : السنة yyyy / الشهر mm / اليوم dd

Informant's signature
توقيع المخبر

X