

Islamic Society of Brevard County

Death Incident Report Form

DECEASED INFORMATION		معلومات الشخص المتوفي		
Deceased Name				إسم المتوفي
Date of Death		تاريخ الوفاة	Date of Birth	تاريخ الولادة
Place of Body		مكان الجثة	Sex	الجنس
Cause of Death		سبب الوفاة	Country of Origin	البلد الأصلي
Body Release Time	10:00	وقت الفسح عن الجثة	Burial Time	وقت الدفن
Did the Deceased have Contagious Diseases?			هل كان عند المتوفي أمراض معدية؟	
Remarks	-			ملاحظات

DEATH REPORTER INFORMATION		معلومات الشخص المبلغ عن الوفاة	
Name		الإسم	
Relationship to Deceased		نوع القرابة للمتوفي	
Address		العنوان	
Phone Number		رقم الهاتف	
Email		البريد الإلكتروني	

NEXT OF KIN INFORMATION		معلومات شخص قريب	
Relative Name		إسم شخص قريب	
Relationship to Deceased		نوع القرابة للمتوفي	
Address		العنوان	
Phone Number		رقم الهاتف	
Email		البريد الإلكتروني	

To be Filled by ISBC		معلومات تعبئ من قبل المكتب الإسلامي	
Place of Body Wash		مكان تغسيل الجثة	
Grave Location		موقع القبر	
Grave Number		رقم القبر	

I hereby, authorize ISBC to be in charge of the washing, shrouding and burial process	أوافق على تفويض إدارة المركز الإسلامي بالقيام بأعمال التغليف والتكفين والدفن حسب سنة الرسول عليه السلام
---	---

Signature: _____: التوقيع: