



Department of Veterans' Services

NYS Department of Veterans' Services
2 Empire State Plaza,
17th Floor Albany,
NY 12223

전화번호: 518-486-3602 | 팩스 번호:
518-474-0313

시각 장애인 연금 신청서

1. 신청자 이름:			
------------	--	--	--

성

이름

중간 이름

동그라미 표시: (참전 군인 또는 재혼하지 않은 생존한 배우자)

2. 신청자 주소:		
------------	--	--

도로 번호

아파트, 사서함

		NY	
--	--	----	--

시/타운

카운티

주

우편번호

3. 전화:		4. 생년월일:	
--------	--	----------	--

5. 신청자의 사회 보장 번호:	
-------------------	--

6. 참전 군인의 이름: (신청자와 다를 경우)			
	성	이름	중간 이름

7. 참전 군인의 사회 보장 번호:	
---------------------	--

8. 서비스 자격이 있는 날	9. 기혼입니까?	예 <input type="checkbox"/> 또는 아니요 <input type="checkbox"/>
시작일	종료일	예라고 답한 경우 배우자의 성명: _____

10. 현재 뉴욕주에 본적지가 있습니까?	예 <input type="checkbox"/> 또는 아니요 <input type="checkbox"/>
------------------------	--

11. 현재 뉴욕주에 거주하고 있습니까?	예 <input type="checkbox"/> 또는 아니요 <input type="checkbox"/>
------------------------	--

12. 참전 군인의 시력 상실에 대한 증빙 서류를 제공하는 의사의 이름(참전 군인 전용): *	
13. 의사의 주소(참전 군인 전용): *	
14. 시각 장애인 및 시력이 손상된 사람의 번호에 대한 위원회의 인증(참전 군인 전용): *	
15. 신청자의 가장 가까운 친척 이름 (친구 또는 친척)(배우자 아님): 필수 사항	
16. 가장 가까운 친척의 전화번호:	
본인은 위의 진술이 사실이며 완전함을 증명합니다. 그리고 본인은 의도적으로 허위 또는 사기성 진술을 하는 것은 뉴욕 주 법에 따른 경범죄라는 것을 알고 이렇게 진술합니다.	
신청자 서명:	날짜:
준비한 사람의 이름:	전화번호:
보내실 서류: 작성한 신청서, 법적 실명 신고서, 제대 증명서, 거주 증명서, 결혼 증명서 및 사망 증명서(배우자가 신청하는 경우)	NYS Department of Veterans' Services c/o Blind Annuity #2 Empire State Plaza, 17th Floor Albany, NY 12223

*이전에 신청한 적이 없는 참전 군인이거나 참전 군인의 배우자인 경우에만 작성하십시오.

FEB 2023

시각 장애인 연금 자격 요건

필요한 서류

다음 서류가 필요합니다. 모든 서류가 제공될 때까지 대금이 지불되지 않습니다.
원본은 보내지 마십시오

참전 군인

생존한 배우자*

시각 장애인 연금 신청서

시각 장애인 연금 결혼 증명 신청서

입대일 및 제대일이 모두 표시된 제대 서류

참전 군인의 사망 증명서

법적 설명 신고서 또는 CBVH 에서 할당 한
등록 번호

거주지 증명서: 신청자의 이름과 뉴욕주 주소가
표시된 청구서, 임대료 영수증 또는 기타 서신 사본.

거주지 증명서: 신청자의 이름과 뉴욕주
주소가 표시된 청구서, 임대료 영수증 또는
기타 서신 사본.

배우자는 참전 군인이 사망할 당시 참전
군인과 결혼했고, 뉴욕시에 거주했으며, 현재
결혼한 상태가 아니어야 합니다.

1. 이름 변경 - 신청자의 이름이 참전 군인의 공식 제대 서류에 표시된 이름과 다른 경우, 반드시 제대 서류에 이름이 기재된 사람이 신청서에 이름이 기재된 사람과 동일하다는 것을 증명하는 서류를 제출해야 합니다.
2. 남성 참전 군인의 경우 일반적으로 이름을 변경하는 법적 문서입니다.
3. 여성 참전 군인의 경우 일반적으로 결혼 증명서입니다. 참전 군인이 두 번 넘게 결혼한 경우, 제대 당시의 이름이 신청서에 기재된 이름으로 변경되었음을 나타내기 위해 이혼 서류나 사망 증명서가 필요할 수 있습니다.
4. 변경된 이름이 나온 서류를 사용할 수 없는 경우, 차이를 설명하는 공증을 받은 진술서를 제출해야 합니다. 예시: <i>이름은 어린 시절부터 사용해 온 별명입니다.</i>

*신청자가 자격이 있었지만 사망 당시에 시각 장애인 연금 혜택을 받지 못한 참전 군인의 생존한 배우자인 경우, 배우자는 모든 신청서를 작성하고 참전 군인과 생존한 배우자 모두에게 필요한 모든 문서를 제출해야 합니다.

법적 실명이란 무엇입니까?

법적 실명은 시력이 가장 잘 교정된 더 좋은 눈의 시력이 20/200 이하이거나 시야각이 20 도 이하로 제한되는 시력 장애로 정의됩니다.

시력이 20/200 인 사람은 보통 시력인 사람이 200 피트에서 볼 수 있는 것을 20 피트에서 볼 수 있습니다. 한쪽 눈만 실명한 경우에는 자격이 없습니다.

군 복무 자격 요건에는 어떤 것이 있습니까?

훈련 목적이 아닌 다른 목적으로 90 일 동안 현역으로 복무해야 합니다. 복무 관련 장애로 제대하는 경우 90 일 미만으로 복무한 경우도 허용됩니다. 다음 기간 동안 최소 1 일의 전시 복무를 현역으로 시작, 종료 또는 수행했어야 합니다.

1 차 세계 대전: 1917 년 4 월 6 일~1918 년 11 월 11 일

2 차 세계 대전: 1941 년 12 월 7 일~1946 년 12 월 31 일

한국 전쟁: 1950 년 6 월 27 일~1955 년 01 월 31 일

베트남 전쟁: 1961 년 2 월 28 일~1975 년 05 월 07 일

*레바논 전쟁: 1983 년 6 월 1 일~1987 년 12 월 1 일(원정 훈장 필요)

*그레나다 침공: 1983 년 10 월 23 일~1983 년 11 월 21 일(원정 훈장 필요)

*파나마 침공: 1989 년 12 월 20 일~1990 년 01 월 31 일(원정 훈장 필요)

페르시아만 전쟁: 1990 년 8 월 2 일~교전 종료

뉴욕주 거주지 증빙 서류:

시각 장애인 연금에 한 가지 서류만 제출하십시오

다음 서류(또는 이와 유사한 서류)를 뉴욕시 거주 증빙
서류로 제출할 수 있습니다.

서류에는 귀하의 이름과 주소가 기재되어 있어야 합니다.

신청서와 함께 한 가지 증빙 서류만 보내주십시오.
사본을 보내주십시오. 원본은 보내지 마십시오.

- 뉴욕주 신분증 또는 운전면허증
- 거주지 임대차 계약서(현재 날짜로부터 1년 이내에 발급된 서류)
- 현재 주택 담보 대출에 대한 증빙 서류
- 재산세나 학교세 청구서 또는 영수증(현재 연도)
- 생활 보조 또는 영양원 명세서
- 연방 또는 뉴욕주 소득세 W-2
- 연방 또는 뉴욕주 소득세나 소득 명세서
- 유권자 등록 통지 카드(가장 최근 것)
- 신청자의 이름 및 주소가 나와 있는 공과금 청구서(전화 요금, 전기 요금, 수도 요금, 케이블 요금, 쓰레기 요금과 같은 반복적인 서비스에 대해 최근에 발행된 것)
- 귀하의 이름과 현재 주소가 나와 있고 위에 나열되지 않은 증빙 서류.



Optional

수신자: 시각 장애인 연금 수혜자

제목: 시각 장애인 연금 수표를 위한 자동 입금 프로그램

NYS 참전군인관리국은 자동 입금 프로그램을 시각 장애인 연금 혜택을 받는 모든 참전 군인 및 생존한 배우자에게 확대할 권한이 있습니다.

매달 시각 장애인 연금 혜택을 은행이나 대출 기관에 자동 입금하면 비용, 시간 및 문제를 줄일 수 있습니다. 수표를 잃어버리거나 수표를 현금화하기 위해 줄을 서서 기다릴 필요가 없습니다. 계좌 입금 프로그램을 사용하면 돈이 매달 22^일경에 은행으로 입금됩니다. 22^일이 주말이면 다음주 월요일에 돈이 입금됩니다.

자동 입금 프로그램은 월별 수표 대신 무료로 제공됩니다.

*이 프로그램에 참여하려면 동봉된 등록 양식을 작성하여 신청서와 함께 다음 주소로 보내주십시오. NYS Department of Veterans' Services, Blind Annuity, 2 Empire State Plaza, 17th Floor, Albany, NY 12223-1200. 이미 혜택을 받고 있고 귀하의 은행 계좌에 직접 입금되기를 원하는 경우 작성하고 서명한 양식을 무효 수표 또는 은행 서류와 함께 위 주소로 우편으로 송부하거나 518-473-0313번으로 팩스를 보내셔도 됩니다. 아니면 dvsblindannuity@veterans.ny.gov로 이메일을 보내주십시오.

질문이 있거나 양식에 대한 도움이 필요하면 시각 장애인 연금 부서에 518-486-3602번 또는 518-474-3958번으로 전화해주십시오.



전자 결제(ePayment) 요청서

신청자 정보

전체 이름:

성 이름 중간 이름 이니셜

주소:

거리 주소 아파트/세대

시 주 카운티 우편번호

전화: 이메일:

공급업체 ID 번호(10 자리 숫자) 또는 사회 보장 번호(9 자리 숫자)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

하나만 선택
수표 또는 예금

신규 등록

전자 결제 은행 정보 변경

결제 취소

서명

본인은 본인의 답변이 본인이 아는 한 사실이며 완전함을 보증합니다.

서명: 날짜:

(위임장에 서명한 경우 변경하기 위해 POA 문서 사본을 제출하십시오)

무효 수표 사본 또는 은행 직원의 서명이 있는 은행 레터헤드 문서를 제공하십시오. 은행 문서에는 은행 라우팅/계좌 번호 및 시각 장애인 연금 수혜자의 이름이 나와 있어야 합니다.

작성하고 서명한 문서를 다음 주소로 보내주십시오.

NYSDVS-BLIND ANNUITY | 2 EMPIRE STATE PLAZA 17TH FLOOR | ALBANY, NY 12223

전화번호: 518-486-3602 | 팩스 번호: 518-474-0313 | 이메일: DVSBLINDANNUITY@VETERANS.NY.GOV