



# Division of Veterans' Services

NYS Division of Veterans'  
Services  
2 Empire State Plaza,  
17th Floor  
Albany, New York 12223  
518-486-3602

## দৃষ্টিশক্তিহীনের বার্ষিক বৃত্তির (অ্যানুইটি) জন্য আবেদন

1. আবেদনকারীর নাম: (ভেটেরান বা অবিবাহিত জীবিত স্বামী বা স্ত্রী)	পদবি	প্রথমাংশ	মাসের
2. আবেদনকারীর ঠিকানা:	সংখ্যা, রাস্তা	অ্যাপার্টমেন্ট, পিও বক্স	
শহর/টাউন	কাউন্টি	নিউইয়র্ক স্টেট	জিপ কোড
3. টেলিফোন:		4. জন্ম তারিখ:	
5. আবেদনকারীর সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর:			
6. ভেটেরান ব্যক্তির নাম: (যদি আবেদনকারীর থেকে ভিন্ন হয়)	পদবি	প্রথমাংশ	মাসের
7. ভেটেরান ব্যক্তির সোশ্যাল সিকিউরিটি নম্বর:			
8. পরিষেবায় যোগ্য হওয়ার তারিখ এই তারিখ থেকে	পর্যন্ত	9. আপনি কি বিবাহিত? হ্যাঁ <input type="checkbox"/> অথবা না <input type="checkbox"/> যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে স্বামী বা স্ত্রীর নাম:	
10. আপনি কি এখন নিউ ইয়র্ক স্টেটে বসবাস করেন?		হ্যাঁ <input type="checkbox"/> অথবা না <input type="checkbox"/>	
11. আপনি কি বর্তমানে নিউ ইয়র্ক স্টেটের একজন বাসিন্দা?		হ্যাঁ <input type="checkbox"/> অথবা না <input type="checkbox"/>	
12. ভেটেরান ব্যক্তিদের দৃষ্টিহীনতার প্রমাণ প্রদানকারী চিকিৎসকের নাম:			
13. চিকিৎসকের ঠিকানা:			

14. অঙ্ক এবং দৃষ্টিগতভাবে প্রতিবন্ধীদের জন্য কমিশনের পক্ষ থেকে শংসাপত্র নম্বর:	
15. আবেদনকারীর পরবর্তী নিকটতম আত্মীয়ের নাম (বন্ধু বা আত্মীয়) ( <i>স্বামী বা স্ত্রী নয়</i> ): <b>আবশ্যিক</b>	
16. নিকটতম আত্মীয়ের টেলিফোন নম্বর:	
আমি প্রত্যয়ন করছি যে উপরোক্ত বিবৃতিগুলি সত্য এবং সম্পূর্ণ; আর আমি এটা জেনেই এই বিবৃতিগুলি দিচ্ছি যে ইচ্ছাপূর্বক কোন মিথ্যা বা প্রতারণাপূর্ণ বিবৃতি দিলে সেটি নিউ ইয়র্ক স্টেটের আইন অনুযায়ী একটি বেআইনী কাজ হবে।	
<b>আবেদনকারীর স্বাক্ষর:</b>	<b>তারিখ:</b>
<b>প্রস্তুতকারকের নাম:</b>	<b>ফোন নম্বর:</b>
<i>রিটার্ন: সম্পূর্ণ করা আবেদনপত্র, অঙ্কের আইনি রিপোর্ট, ডিসচার্জের শংসাপত্র, আবাসন এবং বিবাহ এবং মৃত্যুর শংসাপত্রের প্রমাণপত্র (যদি স্বামী বা স্ত্রী আবেদন করে থাকেন) পাঠিয়ে দিন এই ঠিকানায়:</i>	<b>NYS Division of Veterans' Services c/o Blind Annuity #2 Empire State Plaza, 17th Floor Albany, NY 12223</b>

15ই জানু