

NYS Division of Veterans' Affairs (纽约州退伍军人事务部门)
#2 Empire State Plaza, 17th Floor
Albany, New York 12223-1551
电话: (518) 474-6784

金星父母养老金申请

《纽约州行政法》(New York State Executive Law) 第 367 节

1. **申请人全名:** _____
姓氏, 名字, 中间名首字母

2. **申请人有效地址:** _____
门牌号, 街道, 房间号, 邮箱号

城市/城镇, 州, 邮政编码

3. **电话:** _____ **电子邮箱地址:** _____

4. **申请人社会保险号:** _____

5. **与已故退伍军人关系:** _____

6. **是否有其他个人符合接受此项福利的资格? 是 或 否**
如有, 请提供姓名、住址及社会保险号:

7. **您或其他任何合格申请人当前是否有被监禁的? 是 或 否**

8. **已故退伍军人全名:** _____
姓氏, 名字, 中间名首字母

9. **已故退伍军人出生日期:** _____

10. **已故退伍军人社会保险号或服役编号:** _____

11. **服役部队:** _____ **军级/军阶:** _____

12. **美国退伍军人事务部 (VA) 档案编号 (如有):** _____

13. **死亡地点:** _____

本人保证上述内容真实完整; 本人在做出以上声明时知晓刑法第 210.45 节将作伪证或伪造声明视为轻罪。

签名: _____ **日期:** _____

将完成的表格返回至:

NYS Division of Veterans' Affairs
c/o Blind Annuity
#2 Empire State Plaza, 17th Floor
Albany, New York 12223-1551