

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 12223-1200
518-486-3602

失明养老金申请

1. 申请人姓名:			
<i>(退伍军人或未再婚未亡配偶)</i>			
	<i>姓氏</i>	<i>名字</i>	<i>中间名</i>
2. 申请人地址:			
		<i>门牌号, 街道</i>	<i>公寓, 邮政信箱</i>
		纽约	
<i>城市/城镇</i>	<i>县</i>	<i>州</i>	<i>邮政编码</i>
3. 电话:		4. 出生日期:	
5. 申请人社会保险号:			
6. 退伍军人姓名:			
<i>(如非申请人本人)</i>			
	<i>姓氏</i>	<i>名字</i>	<i>中间名</i>
7. 退伍军人社会保险号:			
8. 有效服役日期		9. 婚否? 是 <input type="checkbox"/> 或否 <input type="checkbox"/>	
		如果已婚, 则配偶姓名为: _____	
<i>开始日期</i>	<i>结束日期</i>		
10. 当前是否正在接受退伍军人残障福利?			是 <input type="checkbox"/> 或否 <input type="checkbox"/>
11. 如果是: 您的退伍军人索赔编号?			
12. 退伍军人失明证明医生姓名:			
13. 医生地址:			
14. 失明和视觉障碍委员会 (COMMISSION FOR THE BLIND & VISUALLY HANDICAPPED) 提供的证明编号:			
15. 申请人最近的亲戚姓名 (朋友或亲戚) (非配偶): 必填			
16. 最近的亲戚的电话号码:			
本人保证上述内容真实完整; 本人在做出以上声明时知晓纽约州法律将作伪证或伪造声明视为轻罪。			
申请人签名:		日期:	
填表人姓名:		电话号码:	
返回: 已完成的申请表格、合法失明报告、退伍证明以及居住、结婚和死亡证明 (如果配偶申请) 至:		NYS Division of Veterans' Affairs c/o Blind Annuity #2 Empire State Plaza, 17th Floor Albany, New York 12223-1200	