

NYS Division of Veterans' Affairs
2 Empire State Plaza, 17th Floor
Albany, New York 12223-1200
518-486-3602

RICHIESTA DI INDENNITÀ PER CECITÀ

1. NOME DEL RICHIEDENTE:			
<i>(Veterano <input type="radio"/> coniuge sopravvissuto che non ha contratto un nuovo matrimonio)</i>			
	COGNOME	NOME	SECONDO NOME
2. INDIRIZZO DEL RICHIEDENTE:			
VIA, NUMERO			APPARTAMENTO, CASELLA POSTALE
		NY	
CITTA'	CONTEA	STATO	CAP
3. TELEFONO:		4. DATA DI NASCITA:	
5. NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE DEL RICHIEDENTE:			
6. NOME DEL VETERANO:			
<i>(se diverso da quello del richiedente)</i>		COGNOME	NOME
		SECONDO NOME	
7. NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE DEL VETERANO:			
8. PERIODO DI SERVIZIO EFFETTIVO		9. LEI È SPOSATO/A? SÌ <input type="checkbox"/> o NO <input type="checkbox"/>	
DAL	AL	Se sì, NOME DEL CONIUGE: _____	
10. AL MOMENTO PERCEPISCE UN ASSEGNO DI INVALIDITÀ? SÌ <input type="checkbox"/> o NO <input type="checkbox"/>			
11. SE SÌ: QUAL È IL NUMERO DI PRATICA V.A. (AFFARI DEI VETERANI)?			
12. NOME DEL MEDICO CHE ATTESTA LA PERDITA DEL VISUS DEL VETERANO:			
13. INDIRIZZO DEL MEDICO:			
14. CERTIFICAZIONE DELLA COMMISSIONE PER LA CECITÀ E NUMERO DEL NON VEDENTE:			
15. NOME DELLA PERSONA PIÙ PROSSIMA AL RICHIEDENTE <small>(amico o parente)</small> (non il coniuge): RICHIESTO			
16. NUMERO DI TELEFONO DELLA PERSONA PIÙ PROSSIMA:			
Si certifica che le suddette dichiarazioni sono complete e rispondenti al vero, con la consapevolezza che dichiarazioni false e fraudolente costituiscono una violazione della Legge dello Stato di New York.			
FIRMA DEL RICHIEDENTE:		DATA:	
NOME DELLA PERSONA CHE L'HA REDATTA		NUMERO DI TELEFONO:	
Restituire: richiesta compilata, dichiarazione di cecità con valore legale, certificato di congedo, attestato di residenza e certificati di matrimonio e morte (in caso di richiesta del coniuge) a:		NYS Division of Veterans' Affairs c/o Blind Annuity #2 Empire State Plaza, 17th Floor Albany, NY 12223-1200	