

보충 장례 수당 신청서

(뉴욕 통합법 제 354-B 조 제 17 항에 의거)

중요: 신청서 처리가 지연되지 않도록 모든 질문에 답해주시요. 내용은 모두 타이핑 또는 인쇄체로 기입하십시오. 필요한 증빙 서류를 모두 첨부하십시오.

사망 군인 관련 정보

| | | | |
|-------------------------------|--------------|---|--|
| 사망한 군인의 이름, 중간 이름, 성 (사망자) | | 사망 군인의 거주 기록: | |
| 사망 군인의 사회보장 번호 | 사망 군인의 생년월일: | 사망 원인이 복무 때문이라고 주장하십니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> | |
| 복무 시작일: | 복무 시작 장소: | | |
| 복무 조직: | 계급 또는 등급: | 복무 번호: | |
| 사망일: | 사망 장소: | | |

청구자 관련 정보

| | |
|---|--------------------------------|
| 청구자의 이름, 중간 이름, 성: | 사망 군인과의 관계: |
| 청구자의 우편 주소(번지 수, 거리 이름 또는 지방 우편물 배달 노선, 또는 사서함, 시, 주, 우편번호) | 전화번호(지역 번호 포함) (주택) (직장) |

보충 장례 수당 청구

| | | |
|--|-------------------------|-----------|
| 장례 준비를 담당하고 있는 장례식장의 명칭 및 주소: | | |
| 유골 매장 장소: | | |
| 장례식, 매장, 교통, 장지 총 비용: \$ | | |
| 사용된 자금의 제공자: | 지급된 금액: \$ | |
| 자금의 제공자가 전부 또는 일부를 상환 받았습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> | 출처: | 금액: \$ |
| 제출된 총 비용(내역서 첨부) \$ | 연방 정부에서 받은 장례 수당 \$ | |
| 청구자가 부담한 비용 \$ | 청구하고자 하는 보충 장례 수당 \$ | |

본인은 청구자가 위에 한 진술 내용이 본인이 알고 믿는 한 정확한 정보임을 인증합니다.

청구서 제출자의 서명

청구서 제출자의 성명(타이핑 또는 인쇄체로 기입)

일자

2003년 9월 29일 이후에 전장 또는 복무 중 적의 위험 또는 즉각적인 위해 장소에서 사망한 특정 군인에 대해 최고 6,000 달러의 **보충 장례 수당**이 지급됩니다.

보충 장례 수당은 뉴욕주 거주자였거나 사망 시점에 적의 포화 또는 즉각적인 위험에 처했던 복무와 관련하여 특별 급여를 받고 있던 군인에 대해 장례 및 매장 비용을 상환해드리기 위해 최고 6,000 달러가 지급됩니다.

자격 대상

매장 수당은 장례 및 매장 비용을 부담해야 할 책임이 있는 가족 구성원에게 지급됩니다. 상환액을 받을 자격이 있는 사람과 우선순위는 다음과 같습니다.

1. 해당 사망 군인의 생존 배우자 또는 동거자
2. 해당 사망 군인의 성인 자녀
3. 해당 사망 군인의 부모
4. 해당 사망 군인의 기타 친척

필요 서류:

1. 사망 증빙(사상자 보고서, 사망 증명서)
2. 사망 군인의 뉴욕주 거주 증명
3. 사망 군인과의 관계 증명(혼인 증명서, 출생 신고서)
4. 장례식장의 거래 내역서(사망 군인의 성명, 진행된 모든 장례식의 성격 및 비용, 미지급액)
5. 영수증 있는 청구서 사본
6. 연방 정부에서 지급하는 수당을 위해 작성한 신청서

수당 신청 기간에 제한이 있는지 여부:

있습니다. 신청서는 시신을 영구 매장 또는 화장한지 2년 이내에 접수되어야 합니다.

신청서를 작성하신 후 다음 주소로 보내 주십시오.

NYS Division of Veterans' Affairs

c/o Finance Unit

#2 Empire State Plaza

Albany, NY 12223