

NYS Division of Veterans' Affairs (재향군인업무부)
2 Empire State Plaza, 17th Floor
Albany, New York 12223-1551
전화번호: (518) 474-6784

골드스타 부모 연금 신청서

뉴욕주 행정법 제 367 조

1. **신청자 성명:** _____
성, 이름, 중간 이니셜
 2. **신청자의 실제 주소:** _____
번지 수, 거리 이름, 아파트 번호, 사서함 번호

도시/타운, 주, 우편번호
 3. **전화번호:** _____ **이메일 주소:** _____
 4. **신청자의 사회보장 번호:** _____
 5. **사망한 재향군인과의 관계:** _____
 6. **그 밖의 다른 사람이 이 급여를 받을 자격이 있습니까?** 예 또는 아니요
그러할 경우 그 사람의 성명, 주소, 사회보장 번호:

 7. **본인 또는 다른 유자격 신청자가 현재 투옥된 상태입니까?** 예 또는 아니요
 8. **사망한 재향 군인의 성명:** _____
성, 이름, 중간 이니셜
 9. **사망한 재향군인의 생년월일:** _____
 10. **사망한 재향군인의 사회보장 번호 또는 복무 번호:** _____
 11. **복무 조직: 등급/계급:** _____
 12. **미국 재향군인업무부(VA) 파일 번호(있을 경우):** _____
 13. **사망 장소 및 일자:** _____
- 본인은 위에 기재된 내용이 정확하고 온전함을 인증합니다. 고의로 허위 또는 기만하는 정보를 기재하는 행위는 형법 제 210.45 조에 따라 경범죄에 해당됨을 알고 이 진술을 합니다.
- 서명: _____ 일자: _____

양식을 작성하신 후 아래 주소로 보내 주십시오:

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