

**NYS Division of Veterans' Affairs (재향군인업무부)**  
**2 Empire State Plaza, 17<sup>th</sup> 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, 17<sup>th</sup> Floor**  
**Albany, New York 12223-1551**