

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

시각 장애인 연금 신청서

1. 신청자 성명:			
<i>(재향군인 또는 미재훈 생존 배우자)</i>			
	<i>성</i>	<i>이름</i>	<i>중간 이니셜</i>
2. 신청자 주소:			
			<i>아파트, 사서함</i>
		NY	
<i>도시/타운</i>	<i>카운티</i>	<i>주</i>	<i>우편번호</i>
3. 전화번호:		4. 생년월일:	
5. 신청자 소셜시큐리티 번호:			
6. 재향군인 성명:			
<i>(신청자와 다를 경우)</i>			
	<i>성</i>	<i>이름</i>	<i>중간 이니셜</i>
7. 재향군인 소셜시큐리티 번호:			
8. 복무 기간		9. 혼인 여부 예 <input type="checkbox"/> 또는 아니요 <input type="checkbox"/>	
		'예'일 경우 배우자 성명: _____	
<i>시작일</i>	<i>종료일</i>		
10. 현재 VA 장애 급여를 받고 계십니까?			예 <input type="checkbox"/> 또는 아니요 <input type="checkbox"/>
11. '예'일 경우: VA 청구 번호:			
12. 재향군인 시력 상실의 증거를 제출할 수 있는 의사의 성명:			
13. 의사의 주소:			
14. 협회에서 부여한 시각 장애인 인증 번호:			
15. 신청자와 가까운 사람의 이름(친구 또는 친척) (배우자 제외): 필수			
16. 가까운 사람의 전화번호:			
<p>본인은 위에 기재된 내용이 정확하고 온전함을 인증합니다. 고의로 허위 정보를 기재하는 행위는 뉴욕주 법률에 따라 경범죄에 해당됨을 알고 이 진술을 합니다.</p>			
신청자 서명:		일자:	
작성자 성명		전화번호:	
<p><i>보낼 곳: 이 신청서를 작성하신 후 법적 시각 장애 보고서, 퇴원 증명서, 거주 증명서, 혼인 및 사망 증명서(배우자가 신청하는 경우)와 함께 다음 주소로 보내 주십시오.</i></p>		<p align="center">NYS Division of Veterans' Affairs c/o Blind Annuity #2 Empire State Plaza, 17th Floor Albany, NY 12223-1200</p>	