

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

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПОСОБИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ГРУППЫ GOLD STAR

Закон штата Нью-Йорк «О деятельности исполнительной власти», Раздел 367

1. **Полное имя заявителя:** _____
Фамилия, имя, первая буква отчества

2. **Фактический адрес заявителя:** _____
Дом, улица, квартира, почтовый ящик

Город/поселок, штат, почтовый индекс

3. **Телефон:** _____ **Адрес электронной почты:** _____

4. **Номер карты социального страхования Заявителя:** _____

5. **Родственные отношения с покойным ветераном:** _____

6. **Есть ли, кроме Вас, человек, имеющий право на получение данного пособия?**
ДА или **НЕТ**

Если да, укажите его/ее имя, адрес и номер карты социального страхования:

7. **Отбываете ли Вы или другой правомочный заявитель срок тюремного заключения?** **ДА** или **НЕТ**

8. **Полное имя покойного ветерана:** _____
Фамилия, имя, первая буква отчества

9. **Дата рождения покойного ветерана:** _____

10. **Номер карты социального страхования или личный номер покойного ветерана:**

11. **Род войск:** _____ **Воинское звание/воинский чин:** _____

12. **Номер дела Департамента США по делам ветеранов (VA) (если имеется) :** _____

13. **Место и дата смерти:** _____

Настоящим подтверждаю, что представленные выше сведения являются верными, полными и были изложены мною с осознанием того, что умышленная дача ложной или вводящей в заблуждение информации является судебнo наказуемым правонарушением согласно Разделу 210.45 Уголовного кодекса.

Подпись: _____ **Дата:** _____

Верните заполненную форму по адресу:

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