

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