

NYS Division of Veterans' Affairs  
#2 Empire State Plaza, 17<sup>th</sup> Floor  
Albany, New York 12223-1551  
Teléfono: (518) 474-6784

**AFIRMACIÓN para ANUALIDAD PARA PADRES GOLD STAR**

*Ley Ejecutiva del Estado de Nueva York, Sección 367*

1. **Nombre completo del solicitante:** \_\_\_\_\_  
Apellido, primer nombre, inicial segundo nombre
2. **Dirección actual del solicitante:** \_\_\_\_\_  
Número, calle, número de apartamento, número de apartado postal  
\_\_\_\_\_  
Ciudad/pueblo, estado, código postal
3. **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_
4. **Número de Seguro Social del solicitante:** \_\_\_\_\_
5. **Relación con el veterano fallecido:** \_\_\_\_\_
6. **¿Hay alguna otra persona elegible para recibir este beneficio?**      **SÍ o NO**  
Si es así, proporcione el nombre, dirección y Número de Seguro Social:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. **¿Usted o algún otro solicitante elegible se encuentra encarcelado actualmente?**  
**SÍ o NO**
8. **Nombre completo del veterano fallecido:** \_\_\_\_\_  
Apellido, primer nombre, inicial segundo nombre
9. **Fecha de nacimiento del veterano fallecido:** \_\_\_\_\_
10. **Número de Seguro Social o número de servicio del veterano fallecido:** \_\_\_\_\_
11. **Rama de servicio:** \_\_\_\_\_ **Grado/rango:** \_\_\_\_\_
12. **Número de expediente del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) de EE. UU.**  
**(si está disponible):** \_\_\_\_\_
13. **Lugar y fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y completas, y hago estas declaraciones con el conocimiento de que emitir una declaración falsa o fraudulenta deliberadamente es un delito menor según la sección 210.45 Ley Penal.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Envíe el formulario completo a:

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