

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

SOLICITUD DE ANUALIDAD POR CEGUERA

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE:				
<i>(Veterano <input type="radio"/> cónyuge sobreviviente que no se ha vuelto a casar)</i>		<i>APELLIDO</i>	<i>PRIMER NOMBRE</i>	<i>SEGUNDO NOMBRE</i>
2. DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE:				
		<i>NÚMERO, CALLE</i>	<i>APARTAMENTO, APARTADO POSTAL</i>	
			NY	
<i>CIUDAD/PUEBLO</i>	<i>CONDADO</i>	<i>ESTADO</i>	<i>CÓDIGO POSTAL</i>	
3. TELÉFONO:		4. FECHA DE NACIMIENTO:		
5. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SOLICITANTE:				
6. NOMBRE DEL VETERANO:				
<i>(si es distinto al Solicitante)</i>		<i>APELLIDO</i>	<i>PRIMER NOMBRE</i>	<i>SEGUNDO NOMBRE</i>
7. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL VETERANO:				
8. FECHAS DE SERVICIO QUE CALIFICAN		9. ¿USTED ESTÁ CASADO? SÍ <input type="checkbox"/> o NO <input type="checkbox"/>		
		Si respondió "sí", NOMBRE DEL CÓNYUGE: _____		
<i>DESDE</i>	<i>HASTA</i>			
10. ¿ACTUALMENTE RECIBE BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD DE VA?		SÍ <input type="checkbox"/> o NO <input type="checkbox"/>		
11. SI RESPONDIÓ "SÍ": ¿CUÁL ES SU NÚMERO DE RECLAMO DE VA?				
12. NOMBRE DEL MÉDICO QUE PROPORCIONA LA EVIDENCIA DE PÉRDIDA DE LA VISTA DEL VETERANO:				
13. DIRECCIÓN DEL MÉDICO:				
14. CERTIFICACIÓN POR LA COMISIÓN PARA CIEGOS Y NÚMERO DE DISCAPACITADO DE LA VISTA:				
15. NOMBRE DEL PARIENTE MÁS CERCANO DEL SOLICITANTE <i>(familiar o amigo)</i> (No el cónyuge): REQUERIDO				
16. NÚMERO DE TELÉFONO DEL PARIENTE MÁS CERCANO:				
Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y completas, y hago estas declaraciones con el conocimiento de que emitir deliberadamente una declaración falsa o fraudulenta es un delito menor según la Ley del Estado de Nueva York.				
FIRMA DEL SOLICITANTE:		FECHA:		
NOMBRE DE QUIEN PREPARA		NÚMERO DE TELÉFONO:		
<i>Enviar de regreso: solicitud completa, informe de ceguera legal, certificado de baja, prueba de residencia y certificados de matrimonio y fallecimiento (si es el cónyuge quien aplica) a:</i>		NYS Division of Veterans' Affairs c/o Blind Annuity #2 Empire State Plaza, 17 th Floor Albany, NY 12223-1200		