

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



**Division of
Veterans' Services**

طلب تحصيل المعاش السنوي للأكفاء

			1. اسم مقدم الطلب:
--	--	--	--------------------

الأوسط

الأول

الأخير

(زوجة المحارب القديم المعني أو أرملة
التي لم تتزوج بعده)

		2. عنوان مقدم الطلب:
--	--	----------------------

الشقة، رقم صندوق البريد

الرقم، والشارع

	نيويورك		
--	---------	--	--

الرمز البريدي

الولاية

المقاطعة

المدينة أو البلدة

	4. تاريخ الميلاد:		3. الهاتف:
--	-------------------	--	------------

			5. رقم الضمان الاجتماعي لمقدم الطلب:
--	--	--	--------------------------------------

			6. اسم المحارب القديم المعني:
--	--	--	-------------------------------

الأوسط	الأول	الأخير	(إن لم يكن هو نفسه مقدم الطلب)
--------	-------	--------	--------------------------------

			7. رقم الضمان الاجتماعي للمحارب القديم المعني:
--	--	--	------------------------------------------------

	9. هل أنت متزوج؟ نعم <input type="checkbox"/> أم لا <input type="checkbox"/>		8. تواريخ الخدمة المستحقة:
--	------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------

إذا كانت الإجابة بـ «نعم»، فيجب بيان اسم الزوجة: _____

إلى

من

	10. هل لديك منزل في الوقت الراهن في ولاية نيويورك؟ نعم <input type="checkbox"/> أم لا <input type="checkbox"/>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	11. هل أنت مقيم في الوقت الراهن في ولاية نيويورك؟ نعم <input type="checkbox"/> أم لا <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	12. اسم الطبيب الذي أصدر مستند إثبات فقد البصر لدى المحارب القديم المعني:
--	---------------------------------------------------------------------------

	13. عنوان الطبيب:
--	-------------------

	14. رقم الشهادة الصادرة من هيئة شؤون الأكمفاء وذوي الاحتياجات البصرية الخاصة (Commission for the Blind & Visually Handicapped):
	15. اسم أحد أقارب مقدم الطلب من الدرجة الأولى (صديقًا أو قريبًا) (وليس زوجته): هذه الخانة لازمة
	16. رقم هاتف القريب من الدرجة الأولى:
أقرُّ بأن البيانات الواردة في هذا الطلب صحيحة ومكتملة؛ وأقرُّ بأنني قد أدليت بذلك، على دراية تامة مني بأن الإدلاء بأي بيان فيه كذب أو احتيال متعمد يدخل ضمن الجرح وفق ما تقضي به القوانين النافذة في ولاية نيويورك.	
التاريخ:	توقيع مقدم الطلب:
رقم الهاتف:	اسم القائم على إعداد الطلب:
NYS Division of Veterans' Services c/o Blind Annuity #2 Empire state Plaza, 17 th Floor Albany, NY 12223	بيانات إعادة الطلب: يجب إعادة هذا الطلب بعد إكماله، وإرفاقه بالتقرير القانوني بشأن حالة فقد البصر (Report of Legal Blindness)، وشهادة التسريح، ومستند إثبات محل الإقامة، وشهادتي الزواج والوفاة (إذا كانت الزوجة هي من تقدم بالطلب) إلى هذا العنوان:

19 أبريل (نيسان)