



Division of Veterans' Services

NYS Division of Veterans'
Services

2 Empire State Plaza,

17th Floor
Albany, New York 12223

518 486 3602

DEMANDE D'ALLOCATION POUR CÉCITÉ

1. Nom complet du demandeur :			
<i>(Ancien combattant ou conjoint survivant non remarié)</i>	<i>NOM DE FAMILLE</i>	<i>PRÉNOM</i>	<i>DEUXIÈME PRÉNOM</i>
2. ADRESSE DU DEMANDEUR :			
	<i>NUMÉRO, RUE</i>		<i>APPARTEMENT, BOÎTE POSTALE</i>
		NY	
<i>VILLE</i>	<i>COMTÉ</i>	<i>ÉTAT</i>	<i>CODE POSTAL</i>
3. TÉLÉPHONE :		4. DATE DE NAISSANCE :	
5. NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU DEMANDEUR :			
6. NOM DE L'ANCIEN COMBATTANT :			
<i>(si différent du demandeur)</i>	<i>NOM DE FAMILLE</i>	<i>PRÉNOM</i>	<i>DEUXIÈME PRÉNOM</i>
7. NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ANCIEN COMBATTANT :			
8. DATES DE SERVICE ÉLIGIBLE	9. ÊTES-VOUS MARIÉ(E) ? OUI <input type="checkbox"/> ou NON <input type="checkbox"/>		
<i>DE</i>	<i>À</i>	Si oui, NOM DE L'ÉPOUX(SE) : _____	
10. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT DOMICILIÉ DANS L'ÉTAT DE NEW YORK ?	OUI <input type="checkbox"/> ou NON <input type="checkbox"/>		
11. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT RÉSIDENT DE L'ÉTAT DE NEW YORK ?	OUI <input type="checkbox"/> ou NON <input type="checkbox"/>		
12. NOM DU MÉDECIN AYANT FOURNI LA PREUVE DE PERTE DE VUE DES ANCIENS COMBATTANTS :			
13. ADRESSE DU MÉDECIN :			

14. NUMÉRO D'ATTESTATION PAR LA COMMISSION DES AVEUGLES ET DES DÉFICIENTS VISUELS (COMMISSION FOR THE BLIND & VISUALLY HANDICAPPED) :	
15. NOM D'UN PROCHE DU DEMANDEUR (ami ou membre de la famille) (<i>Pas le conjoint</i>) : OBLIGATOIRE	
16. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU PROCHE :	
<p>Je certifie que les déclarations ci-dessus sont vraies et complètes ; et je fais ces déclarations en sachant qu'une fausse déclaration faite délibérément constitue un délit en vertu de la législation de l'État de New York.</p> <p>SIGNATURE DU DEMANDEUR : DATE</p>	
NOM DU PRÉPARATEUR :	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :
<p><i>À nous retourner : Formulaire rempli, rapport de cécité légale, certificat de décharge, justificatif de domicile et acte de mariage ou de décès (si la demande est faite par le conjoint) à :</i></p>	<p style="text-align: center;"><i>NYS Division of Veterans' Services c/o Blind Annuity #2 Empire state Plaza, 17th Floor Albany, NY 12223</i></p>

APR 19