



Department of Veterans' Services

NYS Department of Veterans' Services
2 Empire State Plaza,
17th Floor Albany,
NY 12223
电话: 518-486-3602 • 传真: 518-474-0313

盲人年金申请表

1. 申请人姓名: [] [] []

姓氏

名字

中间名

圈选: (退伍军人或未再婚的尚遗属)

2. 申请人地址: [] []

门牌号, 街道

公寓, 邮箱

[] [] [] []

市/镇

县

纽约

州

邮政编码

3. 电话: [] [] [] [] [] [] 4. 出生日期: [] [] [] [] [] []

5. 申请人的社会安全号码: [] [] [] [] [] [] [] [] []

6. 退伍军人姓名: [] [] [] [] [] []

(若与申请人不同)

姓氏

名字

中间名

7. 退伍军人的社会安全号码: [] [] [] [] [] [] [] [] []

8. 符合条件的服役日期 9. 您是否已婚? 是 □ 或 否 □

开始日期

结束日期

如果是, 配偶的姓名: _____

10. 您当前是否居住在纽约州? 是 □ 或 否 □

11. 您当前是否为纽约州的居民? 是 □ 或 否 □

12.提供退伍军人失明证明的 医生姓名（仅退伍军人）：*	
13.医生地址（仅退伍军人）：*	
14.经盲人和视障人士事务委员会 (Commission for the Blind and Visually Handicapped) 证明 （仅退伍军人）：*	
15.申请人的近亲 （好友或亲属）（ <i>非配偶</i> ）姓名： 必填	
16.近亲的电话号码：	
本人保证，上述陈述真实、完整；本人在做出这些声明时，了解根据纽约州法律，故意发布 虚假或欺诈性声明属于轻罪。	
申请人签名：	日期：
填表人姓名：	电话号码：
寄回：填好的申请表、法定盲人报 告、退伍证明、居住证明、婚姻和 死亡证明（如果配偶申请）至：	NYS Department of Veterans' Services c/o Blind Annuity #2 Empire State Plaza, 17th Floor Albany, NY 12223

**仅需退伍军人或首次申请退伍军人的配偶填写*

FEB 2023

盲人年金资格

所需文件

必须提供以下文件。收到所有这些文件后才会支付相关款项。

请勿邮寄原件

退伍军人

遗属*

盲人年金申请表

盲人年金申请表结婚证

显示入伍和退伍日期的退伍证明

退伍军人死亡证明

法定盲人报告或 CBVH 指定的注册号

居住证明：包含申请人姓名和位于纽约州的地址的账单、租金收据或其他信函的副本。

居住证明：包含申请人姓名和位于纽约州地址的账单、租金收据或其他信函的副本。

配偶在退伍军人去世之前必须已嫁给该退伍军人，居住在纽约州，目前未结婚。

1. 姓名变更 - 如果申请人的姓名与退伍军人官方退伍证明上显示的姓名不同，则 必须 提交文书，证明退伍证明和申请表上的个人是同一个人。
2. 男性退伍军人 通常需要提供一份变更姓名的法律文件。
3. 女性退伍军人 通常需要提供结婚证。如果退伍军人有过多次婚姻，则需要提供离婚证或死亡证明，确认从退伍时的姓名变更为申请表上的姓名。
4. 如果无法提供证明姓名变更的文书，则 必须 提交一份公证声明来说明变更。示例： <i>这个姓名是从小就一直使用的昵称。</i>

*如果申请人符合条件，但在死亡时未领取盲人年金福利的退伍军人的遗属，则配偶必须填写申请表、提供退伍军人和遗属的所有相关文件。

什么构成法定盲人？

法定盲人定义为视力障碍，经最佳矫正后的视力较好眼睛的视力仅为 20/200 甚至更低，或视野仅为 20 度甚至更小。

一个视力 20/200 的人在 20 英尺处才能看到正常视力的人在 200 英尺处能看到的東西。

只有一只眼睛失明不符合条件。

哪些兵役符合资格？

必须服满 90 天现役，训练目的除外。如果因与服役相关的残疾而退伍，则可接受 90 天以内的服兵役。必须在以下周期的开始、结束或期间现役战时服役至少一天。

第一次世界大战：1917 年 4 月 6 日 - 1918 年 11 月 11 日

第二次世界大战：1941 年 12 月 7 日 - 1946 年 12 月 31 日

朝鲜战争：1950 年 6 月 27 日 - 1955 年 1 月 31 日

越南战争：1961 年 2 月 28 日 - 1975 年 5 月 7 日

***黎巴嫩：**1983 年 6 月 1 日至 1987 年 12 月 1 日 - (需要远征勋章)

***格林纳达：**1983 年 10 月 23 日至 1983 年 11 月 21 日 - (需要远征勋章)

***巴拿马：**1989 年 12 月 20 日 - 1990 年 1 月 31 日 - (需要远征勋章)

波斯湾：1990 年 8 月 2 日 - 战争结束



纽约州居住证明

请只为盲人年金提交一种

以下（或类似文件）可作为纽约州的居住证明提交。
文件必须包含您的姓名和地址。

请只随附申请表寄送一种证明。
请邮寄一份副本。请勿邮寄原件。

- 纽约州身份证或驾照
- 自当前日期起一年内签发的租房契约
- 当前房贷证明
- 不动产税或学区税账单或收据（近年）
- 支援性居处或疗养院声明
- 联邦或纽约州个人所得税 W-2 单
- 联邦或纽约州个人所得税或收入申报表
- 选民登记通知卡（最近期的）
- 包含申请人姓名和地址的水电费账单（为经常性服务开具的最新账单，如电话费、电费、水费、有线电视费、垃圾费）
- 以上未列出的任何包含您姓名和当前地址的证据。



Optional

收信人： 盲人年金受益人

主题： 针对盲人年金支票的直接存款计划

纽约州退伍军人服务部已获得授权，可将直接存款计划扩展到所有领取盲人年金的退伍军人和遗属。

将每月盲人年金福利直接存入银行或贷款机构可以节省金钱、时间和麻烦。您再也不会丢失支票，无需排队等待兑现支票。通过直接存款计划，我们会在每个月的 22 日左右将款项转账到您的银行。如果 22 日是周末，则这笔钱将在下周一处理。

直接存款计划免费提供，是月度支票的替代方案。

*如果您想参加此计划，请填妥随附的注册表，与申请表一起寄至：NYS Department of Veterans' Services, Blind Annuity, 2 Empire State Plaza, 17th Floor, Albany, NY 12223-1200.如果您已收到福利，并且希望将福利直接存入银行账户，则可以将填妥并签字的表格以及作废的支票或银行文件邮寄到上述地址，传真至 518-473-0313，或发送电子邮件至：dvsblindannuity@veterans.ny.gov。

若您对表格有任何疑问或需要协助，可联系盲人年金处 (Blind Annuity Unit)，电话：518-486-3602 或 518-474-3958。



电子支付 (ePayment) 请求

申请人信息

全名: _____
 姓氏 名字 中间名

地址: _____
 街道地址 公寓/单元号

城市 _____ 州 _____ 县 _____ 邮政编码 _____

电话: _____ 电子邮件: _____

供应商编号 (10 位) 或社会安全号码 (9 位)

请勾选一项
支票或储蓄卡

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

新注册

更改 ePay 银行信息

取消付款

签名

本人证明, 本人的回答是据本人所知的均准确完整的内容。

签名: _____ 日期: _____

(如果通过授权书签署, 请提供一份 POA 文件的副本以进行变更)

请提供作废支票或银行官员签名的银行信笺的副本。银行单据必须包含银行路由/账号和盲人年金的受益人姓名。

请将填妥并签名的文件寄回至:

**NYSDVS-BLIND ANNUITY | 2 EMPIRE STATE PLAZA 17TH FLOOR | ALBANY,
NY 12223**

电话: 518-486-3602 | 传真: 518-474-0313 | 电子邮箱:
DVSBLLINDANNUITY@VETERANS.NY.GOV