



**Department of  
Veterans' Services**

**NYS Department of Veterans' Services  
2 Empire State Plaza,  
17th Floor Albany,  
NY 12223  
Teléfono: 518-486-3602 |  
Fax: 518-474-0313**

**SOLICITUD DE ANUALIDAD POR CEGUERA**

<b>1. NOMBRE DEL SOLICITANTE:</b>			
-----------------------------------	--	--	--

*APELLIDO*

*NOMBRE*

*SEGUNDO  
NOMBRE*

*Encierre en un círculo: (Veterano o cónyuge sobreviviente que no se ha vuelto a casar)*

<b>2. DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE:</b>		
--------------------------------------	--	--

*NÚMERO, CALLE*

*APARTAMENTO, APARTADO  
POSTAL*

		<b>NY</b>	
--	--	-----------	--

*CIUDAD/LOCALIDAD*

*CONDADO*

*ESTADO*

*CÓDIGO POSTAL*

<b>3. TELÉFONO:</b>		<b>4. FECHA DE NACIMIENTO:</b>	
---------------------	--	--------------------------------	--

<b>5. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SOLICITANTE:</b>			
--	--	--	--

<b>6. NOMBRE DEL VETERANO:</b> <i>(Si es distinto del Solicitante)</i>	<i>APELLIDO</i>	<i>NOMBRE</i>	<i>SEGUNDO NOMBRE</i>
---	-----------------	---------------	-----------------------

<b>7. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL VETERANO:</b>	
---	--

<b>8. FECHAS DE SERVICIO QUE CALIFICAN</b>	<b>9. ¿ESTÁ CASADO?</b> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>o</b> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
<i>DESDE</i>	<i>HASTA</i>
	<b>Si respondió "sí" , NOMBRE DEL CÓNYUGE:</b> _____

<b>10. ¿ESTÁ DOMICILIADO ACTUALMENTE EN EL ESTADO DE NUEVA YORK?</b>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>o</b> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
--	--

<b>11. ¿ES ACTUALMENTE RESIDENTE DEL ESTADO DE NUEVA YORK?</b>	<b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>o</b> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
--	--

12. NOMBRE DEL MEDICO QUE PROPORCIONA LA EVIDENCIA DE PÉRDIDA DE LA VISTA DEL VETERANO (Solo veterano): *	
13. DIRECCIÓN DEL MÉDICO (Solo veterano): *	
14. CERTIFICACIÓN POR LA COMISIÓN PARA CIEGOS Y NÚMERO DE DISCAPACITADO DE LA VISTA (Solo veterano): *	
15. NOMBRE DEL PARIENTE MÁS CERCANO DEL SOLICITANTE (amigo o familiar) ( <i>no cónyuge</i> ): REQUERIDO	
16. NÚMERO DE TELÉFONO DEL PARIENTE MÁS CERCANO:	
<p>Certifico que las declaraciones de arriba 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.</p> <p>FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____</p>	
NOMBRE DE QUIEN PREPARA:	NÚMERO DE TELÉFONO:
<p><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 el solicitante) a:</i></p>	<p><b>NYS Department of Veterans' Services c/o Blind Annuity #2 Empire State Plaza, 17th Floor Albany, NY 12223</b></p>

*\*Llene la información si es un veterano o cónyuge en el caso de que el veterano no haya hecho la solicitud antes.*

FEBRERO DE 2023

## CALIFICACIONES PARA ANUALIDAD POR CEGUERA

### DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA

Se exigen los siguientes documentos. No se harán pagos hasta que se entreguen todos los documentos.

### NO ENVÍE ORIGINALES

#### VETERANO

La solicitud de anualidad por ceguera

Certificado de baja que muestre ambas fechas de reclutamiento y baja

Informe de ceguera legal O número de registro asignado por CBVH

**Prueba de residencia:** COPIA de una factura, recibo de alquiler y otra correspondencia que indique el nombre y la dirección del solicitante en el estado de Nueva York.

#### CÓNYUGE SOBREVIVIENTE\*

La solicitud de anualidad por ceguera  
Certificado de matrimonio

Certificado de defunción del veterano

**Prueba de residencia:** COPIA de una factura, recibo de alquiler y otra correspondencia que indique el nombre y la dirección del solicitante en el estado de Nueva York.

El cónyuge debe estar casado con un veterano al momento del fallecimiento del veterano, residir en NYS y no estar casado ahora.

1. <b>CAMBIO DE NOMBRE:</b> Si el nombre del solicitante es diferente al que aparece en el certificado oficial de baja del veterano, se <b>DEBEN</b> presentar documentos que indiquen que la persona que figura en el certificado de baja es la misma persona que figura en la solicitud.
2. En el caso de un veterano de sexo <b>masculino</b> , generalmente es un documento legal que cambia su nombre.
3. En el caso de un veterano de sexo <b>femenino</b> , generalmente es un certificado de matrimonio. Si el veterano ha estado casado más de una vez, pueden ser necesarios los documentos de divorcio o un certificado de defunción para mostrar el cambio del nombre que figura en la baja al que figura en la solicitud.
4. Si no se dispone de documentos que muestren el cambio de nombre, deberá presentarse una declaración notarial en la que se explique la diferencia. Ejemplo: <i>El nombre es un apodo que se ha usado desde la infancia.</i>

**\*Si el solicitante es el cónyuge sobreviviente de un veterano que era elegible, pero no recibía el beneficio de anualidad por ceguera en el momento de su fallecimiento, el cónyuge debe llenar TODA la solicitud y entregar toda la documentación requerida para el veterano Y el cónyuge sobreviviente.**

### ¿QUÉ SE ENTIENDE POR CEGUERA LEGAL?

La ceguera legal se define como una deficiencia visual en la que la agudeza visual es igual o menor a 20/200 en el ojo que ve mejor con la mejor corrección o en la que existe una restricción del campo visual a un ángulo igual o menor a 20 grados.

Una persona con una agudeza visual de 20/200 puede ver a 20 pies lo que una persona con visión normal puede ver a 200 pies.

La ceguera de UN SOLO ojo NO califica.

### ¿QUÉ TIPO DE SERVICIO MILITAR CALIFICA?

Debe tener 90 días de servicio activo para fines diferentes al entrenamiento. Se aceptan menos de 90 días si la baja se debe a una discapacidad relacionada con el servicio. Se requiere al menos UN DÍA de servicio activo en tiempo de guerra al principio, al final o durante los siguientes periodos.

**Primera Guerra Mundial:** 6 de abril de 1917 al 11 de noviembre de 1918

**Segunda Guerra Mundial:** 7 de diciembre de 1941 al 31 de diciembre de 1946

**Guerra de Corea:** 27 de junio de 1950 al 31 de enero de 1955

**Conflicto de Vietnam:** 28 de febrero de 1961 al 7 de mayo de 1975

\***El Líbano:** 1 de junio de 1983 al 1 de diciembre de 1987 (Requiere medalla expedicionaria)

\***Granada:** 23 de octubre de 1983 al 21 de noviembre de 1983 (Requiere medalla expedicionaria)

\***Panamá:** 20 de diciembre de 1989 al 31 de enero de 1990 (Requiere medalla expedicionaria)

**Golfo Pérsico:** 2 de agosto de 1990 al fin de las hostilidades



## Prueba de residencia en el estado de Nueva York

*Envíe solo UN documento para anualidad por ceguera*

Los siguientes documentos (o similares) se pueden presentar como prueba de residencia en NYS. El documento debe mostrar SU nombre y dirección.

Envíe solo UNA prueba con su solicitud.  
**ENVÍE UNA COPIA. NO ENVÍE ORIGINALES.**

- Tarjeta de identificación de NYS o licencia de conducir
- Arrendamiento residencial (emitido a menos de un año de la fecha actual)
- Prueba de hipoteca actual
- Liquidación de impuestos o recibos de propiedad o escuela (para el año en curso)
- Declaración de vida asistida o centro de atención residencial
- Formulario W-2 del impuesto sobre la renta federal o del estado de Nueva York
- Declaración de impuesto sobre la renta federal o del estado de Nueva York o declaración de ingresos
- Tarjeta de notificación de registro electoral (más reciente)
- Factura de servicios públicos con el nombre y la dirección del solicitante (la más reciente emitida por un servicio recurrente, como factura de teléfono, electricidad, agua, cable o basura).
- Cualquier prueba no mencionada arriba que muestre su nombre y dirección actual.



Optional

PARA: Beneficiarios de anualidad por ceguera

Asunto: Programa de depósito directo de cheques de anualidad por ceguera

El Departamento de Servicios a los Veteranos del Estado de Nueva York (NYS Department of Veterans' Services) está autorizado a extender el programa de depósito directo a todos los veteranos y cónyuges sobrevivientes que reciben el beneficio de anualidad por ceguera.

El depósito directo del beneficio mensual de anualidad por ceguera a su banco o institución crediticia puede ahorrarle dinero, tiempo y problemas. No habrá cheques perdidos ni tendrá que hacer largas filas para cobrar el cheque. Con el programa de depósito directo, se enviará el dinero a su banco alrededor del día 22 de cada mes. Si el día 22 cae un fin de semana, el dinero se depositará el lunes siguiente.

El programa de depósito directo se ofrece sin cargo como alternativa a emitir un cheque mensual.

\*Si quiere participar en este programa, complete el formulario de inscripción adjunto y envíelo de regreso con su solicitud a: NYS Department of Veterans' Services, Blind Annuity, 2 Empire State Plaza, 17<sup>th</sup> Floor, Albany, NY 12223-1200. Si ya está recibiendo el beneficio y le gustaría que le depositaran directamente en su cuenta bancaria, puede enviar por correo el formulario completo y firmado junto con un cheque nulo o documento bancario a la dirección de arriba, enviar por fax al 518-473-0313 o enviármelo por correo electrónico a [dvsblindannuity@veterans.ny.gov](mailto:dvsblindannuity@veterans.ny.gov).

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con el formulario, llame a la Unidad de Anualidad por Ceguera al 518-486-3602 o 518-474-3958.



## Solicitud de pago electrónico

### Información del solicitante

Nombre  
completo:

Apellido

Nombre

Inicial del segundo  
nombre

Dirección:

Calle

Apartamento/unidad

Ciudad

Estado

Condado

Código postal

Teléfono:

Correo  
electrónico:

N.º de identificación de proveedor (10 dígitos)  
O N.º de Seguro Social (9 dígitos)

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

Marque una opción  
Cuenta corriente o de ahorro

Nueva inscripción

Cambiar información bancaria  
para pago electrónico

Cancelar pago

### Firma

*Certifico que, según mi leal saber y entender, la información que he dado es verdadera y exacta.*

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

(Si se firma por poder, entregue una copia del poder para hacer los cambios)

**ENTREGUE UNA COPIA DE UN CHEQUE NULO O UN DOCUMENTO CON EL MEMBRETE DEL BANCO CON LA FIRMA DE UN FUNCIONARIO DEL BANCO. EL DOCUMENTO BANCARIO DEBE TENER LOS NÚMEROS DE RUTA/CUENTA DEL BANCO Y EL NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA ANUALIDAD POR CEGUERA.**

**ENVÍE LOS DOCUMENTOS COMPLETOS Y FIRMADOS A:**

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

**Teléfono: 518-486-3602 | Fax: 518-474-0313 | Correo electrónico:  
DVSBLINDANNUITY@VETERANS.NY.GOV**