



Karta informacyjna dotycząca przywrócenia honoru

- Upoważnia Wydział ds. Weteranów stanu Nowy Jork (New York State Department of Veterans' Services, NYS DVS) do przywrócenia **stanowych świadczeń dla weteranów** tym weteranom, którzy zostali zwolnieni na podstawie innej niż „honorowe zwolnienie” lub zwolnieni ze służby z powodu zespołu stresu pourazowego (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD), urazowego uszkodzenia mózgu (Traumatic Brain Injury, TBI), wojskowego urazu seksualnego (Military Sexual Trauma, MST), orientacji seksualnej, tożsamości płciowej lub ekspresji płciowej.
- Nie zmienia oficjalnego charakteru zwolnienia ze służby weterana, przyznanego na poziomie federalnym
- Uwzględnia tylko okres służby weteranów, a nie jej przebieg
- NYS DVS pomoże weteranom w dostępie do ich oficjalnych akt personelu wojskowego
- NYS DVS zapewni „liberalne uwzględnienie”, stosując standardy opisane przez protokoły Hagla, Carsona i Kurty wydane przez Departament Obrony Stanów Zjednoczonych do wszystkich dowodów dostarczonych przez weterana. Jeżeli weteran może wykazać, że zespół stresu pourazowego, urazowe uszkodzenie mózgu, wojskowy uraz seksualny, orientacja seksualna, tożsamość płciowa lub ekspresja płciowa mogły być choćby prawdopodobną przyczyną karnego lub honorowego zwolnienia weterana ze służby wojskowej, to NYS DVS rozstrzygnie sprawę na korzyść weterana.
- NYS DVS zapewni możliwość skorzystania z procedury odwoławczej przez weterana, którego wniosek został odrzucony. Kontrola odwoławcza *de novo* będzie przeprowadzona przez kierownictwo Jednostki Odwoławczej NYS DVS wraz z radcą prawnym NYS DVS.
- Lista świadczeń stanu Nowy Jork, dla których weteran będzie wówczas spełniał wymagania dotyczące zwolnienia ze służby, będzie dostępna po otrzymaniu pozytywnej decyzji.



Instrukcje dotyczące przywrócenia świadczeń stanowych dla weterana

W 2019 r. w stanie Nowy Jork podpisano ustawę o przywróceniu honoru (Restoration of Honor Act). Ustawa o przywróceniu honoru umożliwia Wydziałowi ds. Weteranów stanu Nowy Jork (New York State Division of Veterans' Services, NYS DVS) przywrócenie stanowych świadczeń tym weteranom, którzy zostali karnie lub honorowo zwolnieni z służby z powodu zespołu stresu pourazowego (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD), urazowego uszkodzenia mózgu (Traumatic Brain Injury, TBI), wojskowego urazu seksualnego (Military Sexual Trauma, MST), orientacji seksualnej, tożsamości płciowej lub ekspresji płciowej.

Nie zmienia to oficjalnego charakteru zwolnienia weterana ze służby podanego w dokumentacji dotyczącej zwolnienia. Decyzja odnosi się wyłącznie do charakteru zwolnienia weterana ze służby w celu zakwalifikowania do określonych świadczeń dla weteranów i ich rodzin w stanie Nowy Jork.

NYS DVS przedstawi wstępną decyzję w ciągu 90 dni od otrzymania wypełnionego wniosku.

W razie potrzeby NYS DVS pomoże weteranom w uzyskaniu pełnych i niezaczernionych oficjalnych akt personalu wojskowego, których przegląd jest niezbędny do podjęcia przez NYS DVS decyzji w sprawie wniosku weterana. Należy pamiętać, że okres 90 dni na podjęcie decyzji przez NYS DVS nie rozpocznie biegu do czasu otrzymania pełnego wniosku o dołączenie oficjalnych akt członka personalu wojskowego, które będą kompletne i niezredagowane.

Po podjęciu decyzji przez NYS DVS weteran będzie miał 120 dni od daty wydania decyzji na złożenie odwołania od pierwotnej decyzji. Ta ocena *de novo* będzie przeprowadzona przez kierownictwo Jednostki Odwoławczej NYS DVS wraz z radcą prawnym NYS DVS. Decyzja odwoławcza w sprawie wniosku będzie ostateczna.



Pakiet dokumentów do wniosku:

obowiązkowe

1. Wniosek o przywrócenie świadczeń stanowych dla weterana
2. Pełne oficjalne akta personelu wojskowego
3. Oświadczenie (podpisane) dokładnie opisujące, dlaczego przyznany charakter służby był niesprawiedliwy i dlaczego należy zmienić go na wyższy charakter służby.
4. W stosownych przypadkach pismo z Wydziału ds. Weteranów Stanów Zjednoczonych potwierdzające otrzymanie uprawnień związanych ze służbą w odniesieniu do Pana/Pani niepełnosprawności.

Ma zastosowanie jedynie w przypadku osób, które mogą wykazać, że karne zwolnienie ze służby było spowodowane stanem zdrowia psychicznego (tj. zespół stresu pourazowego, urazowe uszkodzenie mózgu, wojskowy uraz seksualny) podczas służby:

1. Jeśli objawy niepełnosprawności wystąpiły lub zaostrzyły się podczas służby wojskowej (np. pourazowe zaburzenia stresu, urazowe uszkodzenie mózgu, wojskowe uraz seksualny), co spowodowało zachowanie, które doprowadziło bezpośrednio do Pana/Pani karnego zwolnienia ze służby, prosimy przedstawić:
 - (a) dowód diagnozy medycznej niepełnosprawności, która spowodowała takie zachowania;
 - (b) dowód, że niepełnosprawność powstała lub pogorszyła się podczas służby wojskowej;
 - (c) podpisane przez weterana wyjaśnienie, w jaki sposób zdiagnozowana niepełnosprawność spowodowała karne zwolnienie ze służby;
 - (d) w stosownych przypadkach pismo z Wydziału ds. Weteranów Stanów Zjednoczonych potwierdzające otrzymanie uprawnień związanych ze służbą w odniesieniu do Pana/Pani niepełnosprawności.

Opcjonalnie

Pisma uzupełniające od osób, które mogą szczerze poświadczyć dobre zachowanie i charakter weterana w wojsku.

Dowody otrzymania medali, pochwał i odznaczeń zdobytych podczas służby wojskowej.

Wnioski należy wysyłać na następujący adres pocztowy lub e-mail:

New York State Department of Veterans' Services
ATTN: Appellate Unit
2 Empire State Plaza, 17th Fl
Albany, NY 12223

E-mail: inclusion@veterans.ny.gov

Pytania natury prawnej dotyczące wniosku o świadczenia na mocy ustawy o przywróceniu honoru mogą być wysyłane na adres generalcounsel@veterans.ny.gov



Instrukcje dotyczące przywrócenia świadczeń stanowych dla weterana

Imię i nazwisko: _____

Adres do korespondencji: _____

Oddział służby: _____

Okres służby: _____

Status zwolnienia ze służby: _____

Powód przywrócenia świadczeń stanowych dla weterana:

- Zespół stresu pourazowego (PTSD)
- Traumatyczne obrażenie mózgu (TBI)
- Wojskowy uraz seksualny (MST)
- Orientacja seksualna
- Ekspresja płciowa

Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy w uzyskaniu dostępu do oficjalnych akt członka personelu wojskowego? (W przypadku wybrania opcji „Tak” należy wypełnić i dołączyć dokument SF-180)

- Tak Nie

Podpis: _____

Data _____

Wysłać do:

New York State Department of Veterans' Services

ATTN: Appellate Unit

2 Empire State Plaza, 17th Fl

Albany, NY 12223

WNIOSEK DOTYCZĄCY DOKUMENTACJI WOJSKOWEJ

Wnioski weteranów lub najbliższego krewnego zmarłego weterana można składać przez Internet, korzystając z eVetRecs na stronie

<http://www.archives.gov/veterans/military-service-records/>

Aby zapewnić jak najlepszą obsługę, przed wypełnieniem niniejszego formularza należy dokładnie zapoznać się z dołączoną instrukcją. PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI LUB WPISAC MASZYNOWO PONIŻEJ.

CZĘŚĆ I – INFORMACJE POTRZEBNE DO ZLOKALIZOWANIA DOKUMENTACJI

(Prosimy podać możliwie jak najwięcej informacji).

1. IMIĘ I NAZWISKO UŻYWANE W TRAKCIE SŁUŻBY (nazwisko, imię, pełne drugie imię)	2. NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO	3. DATA URODZENIA	4. MIEJSCE URODZENIA
--	---------------------------------------	-------------------	----------------------

5. SŁUŻBA, WCZEŚNIEJSZA I OBECNA (W celu skutecznego znalezienia dokumentów należy poniżej opisać CAŁĄ służbę).

	ODDZIAŁ SŁUŻBY	DATA ROZPOCZĘCIA	DATA ZWOLNIENIA	OFICER	POWOŁANIE DO SŁUŻBY	NUMER SŁUŻBY (Jeśli nieznan, prosimy wpisać „nieznany”)
a. CZYNNĄ SŁUŻBĄ	-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. W REZERWIE	-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. STANOWA GWARDIA NARODOWA	-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. CZY TA OSOBA ZMARŁA? NIE TAK - **NALEŻY** przedstawić akt zgonu, jeśli weteran zmarł:

7. CZY TA OSOBA **ZAKOŃCZYŁA** SŁUŻBĘ WOJSKOWĄ? NIE TAK

CZĘŚĆ II – WYMAGANE INFORMACJE I/LUB DOKUMENTY

1. ZAZNACZYĆ POZYCJE, O KTÓRE PAN/PANI PROSI:

- Formularz DD 214 lub odpowiednik.** Rok/lata, kiedy formularze zostały wydane weteranowi: _____
Formularz zawiera informacje zwykle potrzebne do weryfikacji służby wojskowej. Kopię można wysłać weteranowi, najbliższemu krewnemu zmarłego weterana lub innym osobom lub organizacjom, jeśli uzyskały na to zezwolenie w części III poniżej. **NIEUSUNIĘTY dokument DD214 jest zazwyczaj wymagany w celu określenia uprawnień do świadczeń.** W przypadku wniosku o wydanie USUNIĘTEJ kopii następujące elementy zostaną zaciemnione: uprawnienie do odejścia ze służby, powód odejścia ze służby, kod uprawnienia do ponownego zaciągnięcia się do służby, kod odejścia ze służby (SPD/SPN) oraz, w przypadku odejścia ze służby po 30 czerwca 1979 r., charakter odejścia i daty utraconego czasu.
Zostanie wysłana NIEUSUNIĘTA kopia, CHYBA ŻE POPROSI PAN/PANI O USUNIĘTĄ KOPIĘ, zaznaczając poniższe pole: Proszę o USUNIĘTĄ kopię.
- Dokumentacja medyczna** obejmuje dokumentację leczenia w czasie służby, dokumentację opieki ambulatoryjnej i dokumentację stomatologiczną. **W PRZYPADKU HOSPITALIZACJI (jako pacjent) MUSI** być podana NAZWA PLACÓWKI oraz DATA (miesiąc i rok) dla KAŻDEJ hospitalizacji: _____

Inne (Prosimy określić):

2. **CEL:** (Podanie informacji na temat celu wniosku jest **dobrowolne**; może jednak pomóc w zapewnieniu możliwie najlepszej odpowiedzi i uzyskaniu szybszej odpowiedzi. Podane informacje nie będą w żaden sposób wykorzystywane do podjęcia decyzji o odrzuceniu wniosku).

- Świadczenia (prosimy wyjaśnić) Zatrudnienie Programy pożyczkowe na rzecz weteranów Medyczne Genealogiczne Więzienne Osobiste
 Inne (prosimy wyjaśnić)

Prosimy wyjaśnić tutaj: _____

CZĘŚĆ III – ADRES ZWROTNY I PODPIS

1. IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY: _____

2. Jestem ŻOŁNIERZEM LUB WETERANEM określonym w Części I powyżej.
 Jestem NAJBLIŻSZYM KREWNYM ZMARŁEGO WETERANA (**NALEŻY** przedstawić akt zgonu. Zob. pkt 2a arkusza instrukcji).

- Jestem OPIEKUNEM PRAWNYM WETERANA (**NALEŻY** przedstawić kopię powołania przez sąd) lub UPOWAŻNIONYM PRZEDSTAWICIELEM (**NALEŻY** przedstawić kopię umocowania lub pełnomocnictwa)
 INNE

(Pokrewieństwo wobec zmarłego weterana)

(Prosimy określić rodzaj pozycji Inne)

3. INFORMACJE/DOKUMENTY WYSLAĆ DO:

(Wypełnić drukowanymi literami lub komputerowo) Zob. pkt 4 w załączonej instrukcji).

Imię i nazwisko

Ulica

Miasto

Stan

Kod pocztowy

* Niniejszy formularz jest dostępny na stronie

<http://www.archives.gov/veterans/military-service-records/standard-form-180.html>

Archiwów Narodowych (National Archives) oraz na stronie Administracji Rejestrow (Records Administration, NARA). *

4. **PODPIS UPOWAŻNIAJĄCY:** Oświadczam (lub poświadczam, potwierdzam lub stwierdzam) pod groźbą karą za składanie fałszywych zeznań zgodnie z prawem Stanów Zjednoczonych Ameryki, że informacje zawarte w niniejszej Części III są zgodne z prawdą i prawidłowe oraz że upoważniam do udostępniania wymaganych informacji. (Zob. pkt 2a lub 3a dołączonego arkusza instrukcji). Bez podpisu upoważniającego weterana, najbliższego krewnego zmarłego weterana, prawnego opiekuna weterana, upoważnionego przedstawiciela rządu lub innego upoważnionego przedstawiciela mogą być udostępniane tylko ograniczone informacje, chyba że wniosek złożono w celach archiwizacji. Podpis nie jest wymagany, jeśli wniosek złożono w celach archiwizacji.)

Wymagany podpis - Nie wpisywać drukowanymi literami

Data

Numer telefonu do kontaktu w dzień

Numer faksu

Adres e-mail