



## 恢复名誉情况说明书

- 授权纽约州退伍军人服务部 (New York State Department of Veterans' Services, NYS DVS) 进行相关调查，恢复向因创伤后应激障碍 (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD)、创伤性脑损伤 (Traumatic Brain Injury, TBI)、军事性创伤 (Military Sexual Trauma, MST)、性取向或性别认同或性别表达而非光荣 (Other-Than-Honorable, OTH) 或期满退伍  
(有荣誉) 的退伍军人发放州退伍军人福利。
- 不变更联邦发布的退伍军人的官方退伍性质
- 只考虑退伍军人在服兵役内的行为，不包括退伍后
- NYS DVS 将协助退伍军人查阅官方军事人员档案
- NYS DVS 应采用美国国防部所颁发 Hagel、Carson 和 Kurta 备忘录中的标准，对退伍军人提供的所有证据进行“自由裁量”。如果退伍军人能够证明 PTSD、TBI、MST、性取向或性别认同或表达至少可能是退伍军人期满或 OTH 退伍的原因，则 NYS DVS 将以有利于退伍军人的方式解决。
- NYS DVS 将为被拒退伍军人提供上诉程序。重新上诉审查将由 NYS DVS 的上诉部门主管连同 NYS DVS 的总法律顾问共同主持。
- 在做出有利的决定后，退伍军人将获得一份符合退伍要求的纽约州福利清单



## 恢复州退伍军人福利说明

2019 年，纽约州签署了《恢复名誉法》(Restoration of Honor Act)，使其成为一部法律。

《恢复名誉法》授权纽约州退伍军人服务部 (NYS DVS) 进行相关调查，恢复向因创伤后应激障碍 (PTSD)、创伤性脑损伤 (TBI)、军事性创伤 (MST)、性取向或性别认同或性别表达而非光荣 (OTH) 或期满退伍 (有荣誉) 的退伍军人发放州退伍军人福利。

这不变更退伍军人的退伍文件上的官方退伍性质。这一决定仅用于确定退伍军人退伍性质，以评定退伍军人及其家人享受纽约州特定福利的资格。

NYS DVS 将在收到填妥的申请表后 90 天内做出初步决定。

如果必要，NYS DVS 将协助退伍军人查阅退伍军人的完整未删节的官方军事人员档案，必要时对其进行审查，以对退伍军人的申请表做出决定。请注意，NYS DVS 做出决定的 90 天周期仅会在 NYSDVS 收到填妥的申请表 (包括完整未删节的官方军事人员档案) 后开始。

一旦 NYSDVS 做出决定，退伍军人可在发布决定之日起 120 天内就原决定提起上诉。重新审查将由 NYSDVS 的上诉部门主管连同 NYSDVS 的总法律顾问共同主持。上诉决定将是最终裁决。

### 申请资料：

#### 必要

1. 恢复州退伍军人福利申请表
2. 完整的官方军事人员档案
3. 个人声明 (签名)，准确描述给定服役评价为何不公平，同时可以升级到更高服役评价的原因。
4. 如果适用，请求美国退伍军人事务部 (United States Department of Veterans Affairs) 出具一封信函，证明您的残疾与服役相关。

仅适用于能够证明服役期间的心理健康状况 (即 PTSD、TBI、MST) 导致非光荣退伍的退伍军人：



## Department of Veterans' Services

1. 如果您在服役期间出现残疾症状或残疾症状加重（例如创伤后应激障碍、创伤性脑损伤、军事性创伤），由此所产生的行为直接导致您非光彩退伍，提供：

- (a) 导致这些行为的残疾（残障）医学诊断证据；
- (b) 在服兵役期间出现残疾或残疾恶化的证据；
- (c) 退伍军人关于诊断出的医疗残疾（或残障）如何导致非光荣退伍的解释函并签名；
- (d) 如果适用，请求美国退伍军人事务部出具一封信函，证明您的残疾与服役相关。

可选

对退伍军人在服役期间的良好行为和品格提供担保的个人提供的支持信函。

在服兵役期间获得的任何奖章、表彰和勋章的证据。

应将申请表寄至以下地址，或发送到以下邮箱：

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

电子邮箱：inclusion@veterans.ny.gov

可将恢复名誉的福利申请相关法律问题发送到：generalcounsel@veterans.ny.gov



恢复州退伍军人福利申请表

全名: \_\_\_\_\_

邮寄地址: \_\_\_\_\_

服役分支机构: \_\_\_\_\_

服役期: \_\_\_\_\_

退伍状态: \_\_\_\_\_

恢复州退伍军人福利的原因:

创伤后应激障碍 (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD)

创伤性脑损伤 (Traumatic Brain Injury, TBI)

军事性创伤 (Military Sexual Trauma, MST)

性取向

性别表达

您是否需要帮助来查阅官方军事人员档案? (如果您选择“是”, 请填写并附上 SF-180)

是     否

签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

寄回至:

New York State Department of Veterans' Services

ATTN:Appellate Unit

2 Empire State Plaza, 17th Fl

Albany, NY 12223

电子邮箱: [inclusion@veterans.ny.gov](mailto:inclusion@veterans.ny.gov)

## 与军事记录有关的申请

可以通过 eVetRecs 在线提交退伍军人或已故退伍军人近亲的申请, 网址为: <http://www.archives.gov/veterans/military-service-records/>  
为了确保尽可能提供最好的服务, 请在填写本表格之前仔细阅读随附说明。请以正楷填写或直接输入。

### 第 1 部分 - 查阅记录所需的信息 (提供尽可能多的信息)

1. 服役期间使用的姓名 (姓氏、名字、中间名)		2. 社会安全号码		3. 出生日期		4. 出生地	
5. 已退役和现役 (为了保证高效的查阅记录, 填写以下所有信息至关重要。)							
	服役分支机构	入役日期	退伍日期	军官	士兵	服役编号 (如果未知, 填写“未知”)	
a. 现役	-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. 预备役	-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. 州立国民- 警卫队				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. 此人是否已故?  否  是 - 必须提供死亡日期 (如果退伍军人已故): \_\_\_\_\_

7. 此人是否已退伍?  否  是

### 第 2 部分 - 请求提供的信息和/或文件

1. 勾选您所请求提供的项目:

**DD 表格 214 或等效文件。** 向退伍军人发放表格的年份: \_\_\_\_\_

此表格包含确认兵役通常所需的信息。如果根据以下第 3 部分已授权, 可向退伍军人、已故退伍军人的近亲或其他个人或组织发送一份副本。通常需要未删节的 DD214 来确定福利资格。如果您请求提供已删节的副本, 则将中断以下项目: 退伍授权、退伍原因、重新入伍资格代码、退伍 (SPD/SPN) 代码, 以及 1979 年 6 月 30 日后退伍的退伍性质和损失的时间日期。  
**除非勾选此框来指定删节的副本, 否则将发送未删节的副本:**  本人请求提供删节的副本。

**医疗记录** 包括服役治疗记录、健康 (门诊) 记录和牙科记录。如果住院 (入院), 必须提供每次入院的机构名称和日期 (月和年): \_\_\_\_\_

**其他** (请注明): \_\_\_\_\_

2. 目的: (为本请求提供信息完全自愿; 然而, 所提供的信息可能有助于提供尽可能好的结果, 并可以更快获得回复。所提供的信息不会被用于做出拒绝请求的决定。)

福利 (请说明)  就业  VA 贷款计划  医疗人员  家谱  校正  个人  其他 (请说明)

请加以说明: \_\_\_\_\_

### 第 3 部分 - 寄回地址和签名

1. 请求人姓名: \_\_\_\_\_

2.  本人是上文第 1 部分中确定的军人或退伍军人。  
 本人是已故退伍军人的近亲 (必须提交死亡证明。参见情况说明书第 2a 项。)  
 \_\_\_\_\_ (与已故退伍军人的关系)

本人是退伍军人的法定监护人 (必须提交法庭任命书副本) 或授权代表 (必须提交授权书或授权书副本)  
 其他  
 \_\_\_\_\_ (注明其他类型)

3. 将信息/文件寄回至:  
 (请以正楷填写或直接输入。参见随附说明第 4 项。)

姓名 \_\_\_\_\_

街道 \_\_\_\_\_ 公寓 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_

4. 授权签名本人声明 (或证明、确认或表示), 根据美利坚合众国 (美国) 法律, 本人在第 3 部分填写的信息真实准确, 同时授权发布所请求的信息。(参见随附情况说明书第 2a 或第 3a 项。) 没有退伍军人、已故退伍军人的近亲、退伍军人的法定监护人、授权政府代理人或其他授权代表的授权签名, 仅会发布有限的信息, 除非请求的是存档。如果请求的是存档记录, 则无需签名。)

需要签名 - 请勿机打 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

日间联系电话 \_\_\_\_\_ 传真号码 \_\_\_\_\_

电子邮件地址 \_\_\_\_\_

\* 此表格可于国家档案和记录管理局 (National Archives and Records Administration, NARA) 的网站获取, 网址: <http://www.archives.gov/veterans/military-service-records/standard-form-180.html>.\*