



Информационный бюллетень о Законе о восстановлении почестей
(Restoration of Honor Act)

- Уполномочивает Департамент по делам ветеранов штата Нью-Йорк (New York State Department of Veterans' Services, NYS DVS) восстанавливать государственные льготы ветеранам, которых демобилизовали по причинам, отличным от почетных (Other-Than-Honorable, OTH), или по общим почетным причинам (Under Honorable Conditions) в связи с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), черепно-мозговой травмой (ЧМТ), сексуальной травмой во время военной службы (Military Sexual Trauma, MST), сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью либо гендерным самовыражением.
- Не изменяет официальный федеральный документ о демобилизации ветерана.
- Учитывает только время службы ветерана, а не поступки после службы.
- NYS DVS поможет ветеранам получить доступ к их официальному военному личному делу.
- NYS DVS должен обеспечить «либеральное рассмотрение» всех доказательств, предоставленных ветераном, используя стандарты, описанные в меморандумах Хейгела, Карсона и Курта (Hagel, Carson, and Kurta Memorandums), изданных Министерством обороны США (United States Department of Defense). Если ветеран сможет доказать, что ПТСР, ЧМТ, сексуальная травма во время военной службы, сексуальная ориентация или гендерная идентичность либо гендерное самовыражение были, по крайней мере, с такой же вероятностью, как и не были причиной демобилизации ветерана по общим либо другим причинам, то NYS DVS решит этот вопрос в пользу ветерана.
- NYS DVS предоставит ветеранам, получившим отказ, возможность подать апелляцию. *Первичное* апелляционное рассмотрение будет проведено руководством апелляционного отдела NYS DVS совместно с главным юрисконсультom NYS DVS.
- Список льгот штата Нью-Йорк, для получения которых ветеран теперь будет соответствовать требованиям к характеру демобилизации, будет доступен ему при положительном решении.



Инструкции по восстановлению государственных льгот ветеранам

В 2019 году в штате Нью-Йорк был подписан Закон о восстановлении почестей. Закон о восстановлении почестей уполномочивает NYS DVS восстанавливать государственные льготы ветеранам, которых демобилизовали по причинам ОТН или по общим почетным причинам в связи с ПТСР, ЧМТ, сексуальной травмой во время военной службы, сексуальной ориентацией, гендерной идентичностью или гендерным самовыражением, как военнотружущим с почетной отставкой.

Это не меняет официального характера отставки ветерана в его документах о демобилизации. Это определение касается исключительно характера демобилизации ветерана для целей получения права на определенные льготы штата Нью-Йорк для ветеранов и их семей.

NYS DVS примет первоначальное решение в течение 90 дней с момента получения заполненного заявления.

При необходимости NYS DVS поможет ветеранам получить полное и неотредактированное официальное личное дело ветерана, просмотр которого необходим сотрудникам NYS DVS для принятия решения по заявлению ветерана.

Обратите внимание, что 90 дней, отведенных NYS DVS на принятие решения, истекают только после того, как NYS DVS получит на руки полное заявление, включая полное и неотредактированное официальное личное дело военнотружущего.

После решения NYS DVS у ветерана будет 120 дней с даты его вынесения на обжалование первоначального решения. Рассмотрение первичной апелляции будет проводиться руководством апелляционного отдела NYS DVS совместно с главным юрисконсультантом NYS DVS. Решение апелляционной инстанции будет окончательным.



Пакет документов для подачи заявления:

Обязательные документы:

1. Заявление касательно восстановления государственных льгот ветеранам.
2. Полное официальное личное дело военнослужащего.
3. Личное заявление (подписанное) с точным описанием того, почему присвоенная вам характеристика службы была несправедливой и почему повышение до более высокой характеристики службы является целесообразным.
4. Если применимо, письмо о награждении от Департамента по делам ветеранов США (United States Department of Veterans Affairs), подтверждающее наличие у вас инвалидности, связанной со службой.

Применимо только для тех, кто доказывает, что причиной менее чем почетной демобилизации стало состояние психического здоровья во время службы (т. е. ПТСР, ЧМТ, сексуальная травма во время военной службы):

1. Если симптомы инвалидности, полученной или усугубленной во время службы в армии (например, ПТСР, ЧМТ, сексуальная травма во время военной службы), привели к тому, что вы действовали таким образом, который непосредственно привел к менее чем почетной демобилизации, предоставьте:

(a) Свидетельство медицинского диагноза инвалидности, которая привела к этим действиям.

(b) Доказательства того, что ваша инвалидность возникла или усугубилась во время военной службы.

(c) Подписанное ветераном объяснение того, как диагностированная медицинская инвалидность привела к менее чем почетной демобилизации.

(d) Если применимо, письмо о награждении от Департамента по делам ветеранов США, подтверждающее наличие у вас инвалидности, связанной со службой.

Необязательные документы:

Подтверждающие письма от лиц, которые могут искренне поручиться за хорошие поступки и поведение ветерана в армии.

Подтверждение наличия медалей, благодарностей и наград, полученных во время службы в армии.



**Department of
Veterans' Services**

Заявления следует направлять по следующему адресу или электронной почте:

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

Электронная почта: inclusion@veterans.ny.gov

Юридические вопросы, касающиеся применения льгот согласно Закону о
восстановлении почестей, можно направлять по адресу generalcounsel@veterans.ny.gov.



Заявление касательно восстановления государственных льгот ветеранам

Полное имя: _____

Почтовый адрес: _____

Род войск: _____

Период службы: _____

Статус демобилизации: _____

Причина восстановления государственных льгот для ветеранов:

- Посттравматическое стрессовое расстройство (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD)
- Черепно-мозговая травма (Traumatic Brain Injury, TBI)
- Сексуальная травма во время военной службы (Military Sexual Trauma, MST)
- Сексуальная ориентация
- Гендерное самовыражение

Вам нужна помощь в получении доступа к своему официальному военному личному делу? (Если да, заполните и приложите форму SF-180.)

- Да Нет

Подпись: _____ Дата: _____

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

Электронная почта: inclusion@veterans.ny.gov

ЗАПРОС, ОТНОСЯЩИЙСЯ К ДОКУМЕНТАМ О ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ

Запросы от ветеранов или ближайших родственников покойного ветерана могут быть поданы в режиме онлайн с помощью eVetRecs по адресу <http://www.archives.gov/veterans/military-service-records/>.

Для обеспечения наилучшего обслуживания внимательно изучите прилагаемые инструкции перед заполнением данной формы.
ЗАПОЛНЯЙТЕ РАЗБОРЧИВЫМ ПОЧЕРКОМ ИЛИ ВВЕДИТЕ ТЕКСТ НИЖЕ.

РАЗДЕЛ I: ИНФОРМАЦИЯ, НЕОБХОДИМАЯ ДЛЯ ПОИСКА ДОКУМЕНТОВ.

(Предоставьте как можно больше информации.)

| | | | | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------|----------------------|--------------------------|--|--|
| 1. ИМЯ ВО ВРЕМЯ СЛУЖБЫ (фамилия, имя, второе имя полностью) | 2. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ | 3. ДАТА РОЖДЕНИЯ | 4. МЕСТО РОЖДЕНИЯ | | | |
| 5. СЛУЖБА В ПРОШЛОМ И НАСТОЯЩЕМ (для эффективного поиска документов важно, чтобы ВСЕ виды службы были указаны ниже). | | | | | | |
| | РОД ВОЙСК | ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ НА СЛУЖБУ | ДАТА УХОДА СО СЛУЖБЫ | ОФИЦЕР | ПРЕБЫВАЕТ НА ДЕЙСТВИТЕЛЬНОЙ/СРОЧНОЙ СЛУЖБЕ | ЛИЧНЫЙ НОМЕР (Если неизвестен, укажите Unknown [неизвестно]) |
| a. НА СЛУЖБЕ | - | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. В РЕЗЕРВЕ | - | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. НАЦИОНАЛЬНАЯ ГВАРДИЯ ШТАТА | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

6. ЭТОТ ЧЕЛОВЕК УМЕР? НЕТ ДА (НЕОБХОДИМО указать дату смерти, если ветеран скончался): _____

7. УШЕЛ ЛИ ЭТОТ ЧЕЛОВЕК С ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ? НЕТ ДА

РАЗДЕЛ II: ЗАПРАШИВАЕМАЯ ИНФОРМАЦИЯ И (ИЛИ) ДОКУМЕНТЫ.

1. ОТМЕТЬТЕ СООТВЕТСТВУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ, КОТОРЫЕ ВЫ ЗАПРАШИВАЕТЕ:

Форма DD-214 или ее эквивалент. Год (-ы), в котором форма (-ы) была (-и) выдана (-ы) ветерану: _____

Эта форма содержит информацию, обычно необходимую для подтверждения военной службы. Копия может быть направлена ветерану, ближайшим родственникам умершего ветерана, другим лицам или организациям, если это разрешено в разделе III. Для определения права на получение пособий обычно требуется НЕУДАЛЕННАЯ форма DD-214. Если вы запросите УДАЛЕННУЮ копию, то следующие пункты будут отсутствовать: полномочия на демобилизацию, причина демобилизации, код права на повторное зачисление, код демобилизации (SPD/SPN) и, для демобилизации после 30 июня 1979 года, характер демобилизации и даты отсутствия.

НЕУДАЛЕННАЯ копия будет отправлена, ЕСЛИ ВЫ НЕ УКАЖЕТЕ, ЧТО ЗАПРАШИВАЕТЕ УДАЛЕННУЮ КОПИЮ, отметив это поле:

Я запрашиваю УДАЛЕННУЮ копию.

Медицинские документы, включая документацию о предоставлении услуг, медицинские (амбулаторные) и стоматологические карты. В СЛУЧАЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (стационарного лечения) НЕОБХОДИМО указать НАЗВАНИЕ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ и ДАТУ (месяц и год) КАЖДОЙ госпитализации: _____

Другое (укажите): _____

2. ЦЕЛЬ: (предоставление информации о цели запроса является строго добровольным; однако это может помочь предоставить наилучший возможный и быстрый ответ. Предоставленная информация ни в коем случае не будет использована для принятия решения об отказе в удовлетворении запроса).

Льготы Трудоустройство Кредитные программы VA Медицинское обслуживание Генеалогия Исправление Личные цели Другое (предоставьте объяснение)

Поле для объяснений: _____

РАЗДЕЛ III: ОБРАТНЫЙ АДРЕС И ПОДПИСЬ.

1. ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЛИЦА, ПОДАЮЩЕГО ЗАПРОС: _____

2. Я являюсь ВОЕННОСЛУЖАЩИМ ИЛИ ВЕТЕРАНОМ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ, указанным выше в разделе I.
 Я являюсь БЛИЖАЙШИМ РОДСТВЕННИКОМ ПОКОЙНОГО ВЕТЕРАНА (НЕОБХОДИМО предоставить свидетельство о смерти. См. пункт 2а на странице с инструкциями.)

Я являюсь ЗАКОННЫМ ОПЕКУНОМ ВЕТЕРАНА (НЕОБХОДИМО предоставить копию судебного назначения) или ЕГО УПОЛНОМОЧЕННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ (НЕОБХОДИМО предоставить копию письма о подтверждении полномочий либо доверенности).
 ДРУГОЕ

(Кем приходится покойному ветерану)

(Укажите ответ для пункта «Другое»)

3. ОТПРАВЛЯТЬ ИНФОРМАЦИЮ И ДОКУМЕНТЫ НЕОБХОДИМО: (Заполните от руки печатными буквами или напечатайте. См. пункт 4 в сопроводительных инструкциях.)

Полное имя

Улица

Номер

Город

Штат

Почтовый индекс

* Эта форма доступна по адресу <http://www.archives.gov/veterans/military-service-records/standard-form-180.html> на веб-сайте Национального управления архивов и документации (National Archives and Records Administration, NARA). *

4. ПОДТВЕРЖДАЮЩАЯ ПОДПИСЬ: я заявляю (или удостоверяю, подтверждаю либо утверждаю) под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством Соединенных Штатов Америки, что информация в данном разделе III является верной и правильной и что я разрешаю выдачу запрашиваемой информации. (См. пункты 2a или 3a в сопроводительных инструкциях. Без подтверждающей подписи ветерана, ближайшего родственника покойного ветерана, законного опекуна ветерана, уполномоченного агента правительства или другого уполномоченного представителя может быть выдана только ограниченная информация, если запрос не касается архивных документов. Для такого запроса подпись не требуется.)

Поле для подписи (обязательно) — не печатными буквами

Дата

Номер телефона для связи в дневное время

Номер факса

Адрес электронной почты