

NYS Department of Veterans'

Services

2 Empire State Plaza,

17th Floor

Albany, New York 12223

518-486-3602



Department of
Veterans' Services

אפליקאציע פאר בלינדקייט אנונע

			1. אפליקאנט'ס נאמען:
מיטלסטע	ערשטע	לעצטע	וועטעראן אדער אומפארהייראטע איבערבלייבנדע ספאוז)

		2. אפליקאנט'ס אדרעס:
--	--	----------------------

דירה, PO BOX

נומער, גאס

	NY		
--	----	--	--

זיפ קאוד

סטעיט

קאונטי

סיטי/שטעטל

	4. געבורט דאטום:		3. טעלעפאן:
--	------------------	--	-------------

5. אפליקאנט'ס סאשעל סעקיוריטי נומער:

			6. וועטעראן'ס נאמען:
--	--	--	----------------------

מיטלסטע

ערשטע

לעצטע

(אויב אנדערש פון
אפליקאנט)

		7. וועטעראן'ס סאשעל סעקיוריטי נומער:
--	--	--------------------------------------

9. זענט איר פארהייראט? יא אדער ניין

8. מעגלעכע דאטומען פון סערוויס

אויב יא, נאמען פון ספאוז:

צו

פון

<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> אדער ניין <input type="checkbox"/>	10. איז אייער וואוינונג יעצט געזעצלעך אין ניו יארק סטעיט?
---	---

<input type="checkbox"/> יא <input type="checkbox"/> אדער ניין <input type="checkbox"/>	11. זענט איר יעצט א רעזידענט פון ניו יארק סטעיט?
---	--

	12. נאמען פון דאקטער וואס שטעלט צו באווייז פון וועטעראן'ס פארלירן זעונג'ס קראפט:
--	--

	14. סערטיפיקאציע דורך דעם קאמיטעט פאר די בלינדע און זעונג באגרעניצטע נומער:
	15. נאמען פון אפליקאנט'ס נאענטסטער בלוט-קרוב (חבר אדער קרוב) (נישט ספאוז): עס איז געפאדערט
	16. נאענטסטער בלוט-קרוב טעלעפאן נומער:
<p>איך באשטעטיג אז די אויבנדערמאנטע דערקלערונגען זענען אמת און פולקאם; און איך מאך די דערקלערונגען מיטן וויסן אז ארויסגעבן ווילנדיג א פאלשע אדער אפגענארטע דערקלערונג איז א פארברעכן לויט ניו יארק סטעיט'ס געזעץ.</p> <p>אפליקאנט'ס אונטערשריפט: דאטום:</p>	
<p>צוגרייטער'ס נאמען: טעלעפאן נומער:</p>	
<p>NYS Department of Veterans' Services c/o Blind Annuity #2 Empire state Plaza, 17th Floor Albany, NY 12223</p>	<p>קער צוריק: פולקאמע אפליקאציע, רעפארט פון לעגעלע בלינדקייט, סערטיפיקאט פון ארויסלאזונג, באווייז פון רעזידענסי און הייראטונג און טויט סערטיפיקאטס (אויב ספאוז בעט) צו:</p>