


| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO DEL VETERANO (FIRST NAME, MIDDLE NAME, LAST NAME OF VETERAN) | |  Department of Veterans Affairs |
| NOMBRE COMPLETO DEL CONYUGE SOBREVIVIENTE (FIRST NAME, MIDDLE NAME, LAST NAME OF SURVIVING SPOUSE) | | |
| | | REPORTE DE VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA PENSIÓN MEJORADA (Cónyuge Sobreviviente Sin Hijos) (IMPROVED PENSION ELIGIBILITY VERIFICATION REPORT) (SURVIVING SPOUSE WITH NO CHILDREN) 8 |
| | | NUMERO DE EXPEDIENTE DE VA (VA FILE NUMBER) |
| DOMICILIO POSTAL COMPLETO DEL CONYUGE SOBREVIVIENTE (COMPLETE MAILING ADDRESS OF SURVIVING SPOUSE) | | DOMICILIO REMITENTE DE OFICINA REGIONAL DE VA (VA REGIONAL OFFICE RETURN ADDRESS) |
| IMPORTANTE - Favor de leer las instrucciones del EVR adjuntas (Formulario VA 21P-0510) antes de completar este formulario. (IMPORTANT - Please read the enclosed EVR Instructions (VA Form 21P-0510) prior to completing this form.) | | |
| 1A. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER) | 1B. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL VETERANO (VETERAN'S SOCIAL SECURITY NUMBER) | |
| 1C. SU FECHA DE NACIMIENTO (Mes, día, año) (YOUR DATE OF BIRTH) (Mo., day, year) | | |
| 2. SU ESTADO CIVIL (Marque sólo una casilla) (YOUR MARITAL STATUS) (Check only one box) | | |
| (1) <input type="checkbox"/> NO ME HE VUELTO A CASAR DESDE QUE FALLECIÓ EL VETERANO (Usted no se ha casado con nadie desde que enviudo) (I HAVE NOT REMARRIED SINCE THE VETERAN DIED) (You have not married anyone since the veteran's death.) | | |
| (2) <input type="checkbox"/> ME VOLVI A CASAR EN _____ (Fecha) Y SIGO CASADA (O) (Se volvió a casar después del fallecimiento del veterano y acualmente sigue casado(o). Anote la fecha de matrimonio con su cónyuge actual.) (I REMARRIED ON _____ (Date) AND I AM STILL MARRIED) (You married after the veteran's death and you are currently married. Enter the date you married your current spouse.) | | |
| (3) <input type="checkbox"/> ME VOLVI A CASAR DESPUÉS DE FALLECER EL VETERANO PERO EL MATRIMONIO TERMINÓ EN MUERTE O DIVORCIO EN _____ (Se volvió a casar pero no está casada (o) actualmente. Indique la fecha en que terminó su matrimonio) (I REMARRIED AFTER THE VETERAN DIED BUT THE MARRIAGE ENDED BY DEATH OR DIVORCE ON _____.) (You remarried but you are not currently married. Show the date your latest marriage ended.) | | |
| 3. NÚMERO DE HIJOS DEPENDIENTES SOLTEROS (Vea Párrafo 1 de las instrucciones del EVR) (NUMBER OF UNMARRIED, DEPENDENT CHILDREN (See Paragraph 1 of the EVR Instructions) | | |
| EN SU CUSTODIANO _____ NO ESTAN EN SU CUSTODIA _____ (IN YOUR CUSTODY _____ NOT IN YOUR CUSTODY _____) | | |
| CANTIDAD CONTRIBUIDA DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES A HIJOS QUE NO ESTAN EN SU CUSTODIA \$ _____ (Amount contributed during past 12 months to children not in your custody \$ _____) | | |
| 4A. ¿ESTÁ USTED INTERNADO EN UNA CASA DE REPOSO? (ARE YOU A PATIENT IN A NURSING HOME?) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Si responde "SI" llene partidas 4B a 4D, Si responde "NO" pase a partida 5) (If "YES," complete Items 4B through 4D. If "NO," go to Item 5.) | 4C. INDIQUE EL NOMBRE, DOMICILIO COMPLETO Y NÚMERO TELEFÓNICO DE LA CASA DE REPOSO (Favor de incluir el Código Postal) (Enter the name, complete address, and telephone number of nursing home (Please include ZIP Code) | |
| 4B. INDIQUE LA FECHA QUE INGRESÓ A LA CASA DE REPOSO (SHOW THE DATE YOU ENTERED THE NURSING HOME) | | |
| 4D. ¿CUBRE MEDICAID TODOS O PARTE DE LOS GASTOS DE LA CASA DE REPOSO? (DOES MEDICAID COVER ALL OR PART OF YOUR NURSING HOME FEES?) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| 5. ¿RECIBIÓ ALGUN SUELDO O TRABAJO EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES? (DID YOU RECEIVE ANY WAGES OR WERE YOU EMPLOYED AT ANY TIME DURING THE PAST 12 MONTHS?) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| 6. ¿RECIBE ALGUN OTRO BENEFICIO DE VA COMO VETERANO, PADRE O CONYUGE SOBREVIVIENTE? (DO YOU RECEIVE ANY OTHER VA BENEFITS AS A VETERAN, PARENT, OR SURVIVING SPOUSE?) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Si responde "SI" anote el numero de expediente de VA del otro beneficio) (If "YES," write in the VA file number of the other benefit) _____ | | |

7A. INGRESOS MENSUALES (Lea Párrafos 2 y 3 de las instrucciones del EVR) (MONTHLY INCOME) (Read Paragraphs 2 and 3 of the EVR Instructions)

Si no recibió ingresos de una Fuente particular, escriba "0" o "Ninguno." NO DEJE PARTIDAS EN BLANCO
(If no income or net worth was received from a particular source, write "0" or "none." DO NOT LEAVE ANY ITEMS BLANK)

| FUENTE (SOURCE) | CÓNYUGE SOBREVIVIENTE (SURVIVING SPOUSE) |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|
| SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY) | \$ |
| ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE E.U. (U.S. CIVIL SERVICE) | |
| JUBILACIÓN FERROVIARIA (U.S. RAILROAD RETIREMENT) | |
| BENEFICIOS DE PULMON NEGRO (BLACK LUNG BENEFITS) | |
| JUBILACIÓN MILITAR (MILITARY RETIREMENT) | |
| OTRO (Indique Fuente) (OTHER) (Show Source) | |
| OTRO (Indique Fuente) (OTHER) (Show Source) | |

7B. INGRESOS ANUALES (Lea Párrafos 2 y 4 de las instrucciones del EVR) (ANNUAL INCOME) (Read paragraphs 2 and 4 of the EVR Instructions)

Si no recibió ingresos de una Fuente en particular, escriba "0" o "Ninguno". NO DEJE PARTIDAS EN BLANCO
(If no income was received from a particular source, write "0" or "none". DO NOT LEAVE ANY ITEMS BLANK)

NOTA: Reporte ingresos anuales para las fechas indicadas. Si no hay fechas indicadas sobre las columnas siguientes, entonces reporte los ingresos del año pasado (ENERO A Diciembre) en la columna izquierda y los ingresos del año en curso en la columna derecha.

(NOTE: Report annual income for the dates indicated. If no dates are shown above the columns that follow, then report last calendar year (January through December) income in the left-hand column and current calendar year income in the right-hand column.)

| FUENTE (SOURCE) | DE: A: (FROM: (THRU:)) | DE: A: (FROM: (THRU:)) |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|
| SUELDOS BRUTOS DE TODO EMPLEO (GROSS WAGES FROM ALL EMPLOYMENT) | \$ | \$ |
| TOTAL DE INTERESES Y DIVIDENDOS (TOTAL INTEREST AND DIVIDENDS) | | |
| TODO LO DEMÁS (Indique Fuente) (ALL OTHER) (Show Source) | | |
| TODO LO DEMÁS (Indique Fuente) (ALL OTHER) (Show Source) | | |

7C. ¿CAMBIARON SUS INGRESOS (aumento/reducción) DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES? (Conteste NO si no hubieron cambios en sus ingresos o si el único cambio fue el ajuste de costo de vida de VA o Seguro Social. Conteste SI, si hubieron cambios a sus ingresos o recibió alguna fuente NUEVA de ingresos o cualquier ingresos de UNA SOLA VEZ) (DID ANY INCOME CHANGE (Increase/Decrease) DURING PAST 12 MONTHS?) (Answer "NO" if there were no income changes or if the only change was a Social Security/VA cost-of-living adjustment. Answer "YES" if there were any other income changes or if you received any NEW source of income or any ONE-TIME income.)

SI NO (SI contesta "SI", conteste partidas 7D a 7F. Si contesta "NO", vaya a partida 7G.)
(If "YES," complete Items 7D through 7F. If "NO," go to Item 7G.)

| 7D. ¿QUE INGRESOS CAMBIARON? (Muestre cuales ingresos cambiaron; por ejemplo: sueldos, pensión de la ciudad, etc.) (WHAT INCOME CHANGED?) (Show what income changed; for example, wages, city pension, etc.) | 7E. ¿CUANDO CAMBIARON LOS INGRESOS? (Muestre las fechas cuando recibió algún ingreso nuevo o la fecha en que cambiaron los ingresos) (WHEN DID THE INCOME CHANGE?) (Show the dates you received any new income or the date income changed) | 7F. ¿CÓMO CAMBIARON LOS INGRESOS? (Explique que sucedió: Por ejemplo, renunció su trabajo, recibió un aumento de sueldo, recibió herencia) (HOW DID INCOME CHANGE?) (Explain what happened; for example, quit work, got raise, received inheritance) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | |

7G. VALOR NETO (Lea Párrafo 5 de las instrucciones del EVR) (NET WORTH) (Read Paragraph 5 of the EVR Instructions)

| FUENTE (SOURCE) | CÓNYUGE SOBREVIVIENTE (SURVIVING SPOUSE) |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| EFFECTIVO/CUENTAS BANCARIAS SIN INTERESES (CASH/NON-INTEREST BEARING BANK ACCOUNTS) | \$ |
| CUENTAS BANCARIAS CON INTERESES (INTEREST BEARING BANK ACCOUNTS) | |
| CUENTAS DE RETIRO (IRA), PLANES KEOGH (IRA'S, KEOGH PLANS, ETC.) | |
| ACCIONES, BONOS FONDOS Y COMUNES ETC. (STOCKS, BONDS, MUTUAL FUNDS, ETC.) | |
| BIENES RAICES (Su casa no) (REAL PROPERTY (Not your home)) | |
| TODA OTRA PROPIEDAD (ALL OTHER PROPERTY) | |

8. GASTOS MÉDICOS FAMILIARES (Lea Párrafo 6 de las instrucciones del EVR) (MEDICAL EXPENSES (Read Paragraph 6 of the EVR Instructions)

Normalmente, los gastos médicos son reportados al fin del año. Si usted está usando este formulario como su Reporte de Verificación de Elegibilidad anual y el Párrafo 6 de las instrucciones indica que debe reportar gastos médicos, utilice Formulario VA 21P-8416, Reporte de Gastos Médicos, para reportar sus gastos médicos. Si está usando este formulario para suplementar un reclamo pendiente, no necesita reportar gastos médicos. Si se ha establecido su derecho, usted tendrá oportunidad de reportar sus gastos médicos al final del año.
(Normally, medical expenses are reported at the end of the year. If you are using this form as your annual Eligibility Verification Report and Paragraph 6 of the EVR Instructions indicates that you should report medical expenses, use VA Form 21P-8416, Medical Expense Report, to report your medical expenses. If you are using this form as a supplement to a pending claim, you do not need to report medical expenses. If entitlement is established, you will have an opportunity to report your medical expenses at the end of the year.)

| 9. GASTOS EDUCATIVOS Y DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL DEL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE (Lea Párrafo 7 de las instrucciones del EVR). Indique cantidades que pago durante los últimos 12 meses. NO REPORTE LOS GASTOS DE SUS HIJOS. (Show amounts paid by you during the last 12 months. DO NOT REPORT CHILDREN'S EXPENSES.) | SURVIVING SPOUSES EDUCATIONAL AND VOCATIONAL REHABILITATION EXPENSES (Read Paragraph 7 of the EVR Instructions) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | \$ |

| 10A. FIRMA DEL BENEFICIARIO (Lea Párrafo 9 de las instrucciones del EVR antes de firmar) (SIGNATURE OF PAYEE) (Read Paragraph 9 of the EVR Instructions before signing) | 10B. FECHA DE FIRMA (DATE SIGNED) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| | |

| 10C. NÚMEROS TELEFÓNICOS (Incluya Código de Área) (TELEPHONE NUMBERS) (Include Area Code) | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| DÍA (DAYTIME) | NOCHE (EVENING) |

SANCIÓN - La ley provee sanciones severas que incluyen multas o prisión o ambas, por la entrega intencional de cualquier declaración o evidencia de un hecho material, sabiendo que es falso, o aceptación fraudulenta de cualquier pago que no le corresponde.
(PENALTY - The law provides severe penalties which include fine or imprisonment or both, for the willful submission of any statement or evidence of a material fact, knowing it is false, or fraudulent acceptance of any payment to which you are not entitled.)