


NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO DEL VETERANO (FIRST NAME, MIDDLE NAME, LAST NAME OF VETERAN)	 Department of Veterans Affairs
NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, Y APELLIDO DEL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE (FIRST NAME, MIDDLE NAME, LAST NAME OF SURVIVING SPOUSE)	SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PENSION (OLD LAW AND SECTION 306 ELIGIBILITY VERIFICATION REPORT) (SURVIVING SPOUSE) 2s
DIRECCION POSTAL COMPLETA DEL CONYUGE SOBREVIVIENTE (COMPLETE MAILING ADDRESS OF SURVIVING SPOUSE)	NUMERO DE EXPEDIENTE DE VA (VA FILE NUMBER)
DIRECCION POSTAL COMPLETA 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 adjuntas de EVR (<i>Formulario VA 21P-0510</i>) antes de completar este formulario. Este formulario es utilizado por cónyuges sobrevivientes recibiendo la Pensión Ley Antigua o Sección 306. Si usted ha estado recibiendo una pensión de tasa fija desde 1960, usted recibe Pensión Ley Antigua. Si ha estado recibiendo una pensión de tasa fija desde 1978, usted recibe Pensión Sección 306. Si recibe Pensión Ley Antigua, no complete la Partida 7G, Valor Neto, y Partida 8, Gastos Médicos Familiares. Si recibe Pensión Sección 306, complete todas las.	
<i>(IMPORTANT - Please read the enclosed EVR Instructions (VA Form 21P-0510) prior to completing this form. This form is used by surviving spouses receiving Old Law or Section 306 Pension. If you have been receiving a fixed rate of pension since 1960, you receive Old Law Pension. If you have been receiving a fixed rate of pension since 1978, you receive Section 306 Pension. If you receive Old Law Pension, do not complete Item 7G, Net Worth, and Item 8, Family Medical Expenses. If you receive Section 306 Pension, complete all items.)</i>	
1A. NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL VETERANO (VETERAN'S SOCIAL SECURITY NUMBER)	1B. NUMERO DE SEGURO SOCIAL SUYO (YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER)
1C. SU FECHA DE NACIMIENTO (<i>Mes, día, año</i>) (<i>YOUR DATE OF BIRTH</i>) (<i>Mo., day, yr.</i>)	
2. ESTADO CIVIL (<i>Marque una casilla</i>) (MARITAL STATUS (<i>Check one box</i>))	
1. <input type="checkbox"/> NO ME HE VUELTO A CASAR DESDE QUE FALLECIÓ EL VETERANO (<i>No se ha casado con nadie desde la muerte del veterano</i>) (<i>I have not remarried since the veteran died. You have not married anyone since the veteran's death</i>)	
2. <input type="checkbox"/> ME VOLVI A CASAR EN _____ (<i>fecha</i>) (<i>Y SIGO CASADA</i>) (<i>Se caso después del fallecimiento del veterano y sigue casado (a)</i>) (<i>actualmente. Anote la fecha de matrimonio con su conyuge actual.</i>) (<i>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.)</i>)	
3. <input type="checkbox"/> ME VOLVI A CASAR DESPUES QUE FALLECIÓ EL VETERANO PERO EL MATRIMONIO TERMINÓ EN MUERTE O DIVORCIO EN _____ (<i>Fecha</i>) (<i>Usted se volvió a casar pero actualmente no esta casada</i>). Anote la fecha en que termino su matrimonio mas reciente.) (<i>I remarried after veteran died by marriage ended by death or divorce on _____ (Date). You remarried but you are not currently married. Show the date your latest marriage ended.</i>)	
3A. NUMERO DE HIJOS DEPENDIENTES SOLTEROS (<i>Ver Párrafo 1 en las instrucciones del EVR</i>) (<i>Number of unmarried dependent children (See Paragraph 1 of the EVR Instructions)</i>)	3B. CANTIDAD CONTRIBUIDA A HIJOS QUE NO ESTÁN EN SU CUSTODIA DURANTE LOS PASADOS 12 MESES (<i>Amount contributed during past 12 months to children not in your custody</i>)
_____ En su custodia _____ No estan en su custodia (<i>In your custody</i>) (<i>Not in your custody</i>)	\$ _____
4A. ¿ESTÁ USTED INTERNADO EN UNA CASA DE REPOSO? (<i>Si es "SI", Llene las partidas 4B a 4D</i>) <i>Si es "NO" vaya a partida 5.</i> (<i>Are you a patient in a nursing home? (If "YES," complete Items 4B thru 4D) If "NO", go to Item 5.</i>)	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
4B. ANOTE LA FECHA QUE INGRESÓ A LA CASA DE REPOSO (<i>Show the date you entered the nursing home</i>)	4C. ANOTE EL NOMBRE, DOMICILIO COMPLETO Y NUMERO TELEFONICO DE LA CASA DE REPOSO (<i>Favor de incluir código postal</i>) (<i>ENTER THE NAME, COMPLETE ADDRESS, AND TELEPHONE NUMBER OF NURSING HOME</i>) (<i>Please include ZIP Code</i>)
4D. ¿CUBRE MEDICAID PARTE O TODOS LAS CUOTOS DE SU CASA DE REPOSO? (<i>DOES MEDICAID COVER ALL OR PART OF YOUR NURSING HOME FEES?</i>)	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
5. ¿RECIBIÓ SUELDO O TUVO EMPLEO EN CUALQUIER PERIODO DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES? (<i>DID YOU RECEIVE WAGES OR WERE YOU EMPLOYED AT ANY TIME DURING THE LAST 12 MONTHS?</i>)	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
6. ¿ RECIBE CUALQUIER OTRO BENEFICIO DE VA COMO VETERANO, PADRE O CÓNYUGE SOBREVIVIENTE? (<i>DO YOU RECEIVE ANY OTHER VA BENEFITS AS A VETERAN, PARENT, OR SURVIVING SPOUSE ?</i>)	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (<i>Si la respuesta es SÍ, anote el numero de expediente de VA del otro beneficio</i>) _____ (<i>If "YES," write in the VA file number of the other benefit</i>) _____	

INFORME DE INGRESOS Y VALOR NETO (REPORT OF INCOME AND NET WORTH)		
Si no tiene ingresos o valor neto de una fuente en particular, escriba "0" o "ninguno." (NO DEJE NINGUNA PARTIDA EN BLANCO) (If you have no income or net worth from a particular source, write "0" or "none". DO NOT LEAVE ANY ITEMS BLANK.)		
7A. INGRESOS MENSUALES (Lea Párrafos 2 y 3 de las instrucciones del EVR) (MONTHLY INCOME) (Read Paragraphs 2 and 3 of the EVR Instructions)		
FUENTE (SOURCE)	CANTIDADES MENSUALES BRUTAS (GROSS MONTHLY AMOUNTS)	
SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY)	\$	
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE E.U. (U.S. CIVIL SERVICE)		
JUBILACIÓN FERROVIARIA (U.S. RAILROAD RETIREMENT)		
JUBILACIÓN MILITAR (MILITARY RETIREMENT)		
BENEFICIOS DE PULMON NEGRO (BLACK LUNG BENEFITS)		
INGRESO SUPLEMENTARIO DE SEGURIDAD (SSI) / ASISTENCIA PÚBLICA (Indique Fuente)	(SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME (SSI)/PUBLIC ASSISTANCE)	
OTROS INGRESOS MENSUALES (Indique Fuente)	(OTHER MONTHLY INCOME) (Show Source)	
7B. INGRESOS ANUALES (Lea Párrafos 2 y 4 de 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 NINGUNA PARTIDA EN BLANCO If no income was received from a particular source, write "0" or "none". DO NOT LEAVE ANY ITEMS BLANK		
FUENTE (SOURCE)	AÑO PASADO (LAST YEAR)	ESTA AÑO (THIS YEAR)
SUELDO BRUTO DE TODO EMPLEO (GROSS WAGES FROM ALL EMPLOYMENT)	\$	\$
INTERESES Y DIVIDENDOS (INTEREST AND DIVIDENDS)		
TODO LO DEMAS (Indique Fuente) (ALL OTHER) (Show Source)		
TODO LO DEMAS (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 SÍ, 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 THE 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 contesta "SÍ", conteste partidas 7D a 7F. Si contesta "NO", vaya a partida 7G.) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (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)		
NOTA: Completar solamente si recibe Pensión Sección 306. Pase a partida 9A si recibe Pensión Ley Antigua. (NOTE: Complete only if you receive Section 306 Pension. Skip to Item 9A if you receive Old Law Pension.)		
FUENTE (SOURCE)	CÓNYUGE (SPOUSE)	
EFFECTIVO/CUENTAS BANCARIAS SIN INTERESES CASH/NON-INTEREST BEARING	\$	
CUENTAS BANCARIAS CON INTERESES INTEREST BEARING BANK ACCOUNTS		
CUENTAS DE RETIRO (IRA'S), PLANES KEOGH, ETC. (IRA'S, KEOGH PLANS, ETC.)		
ACCIONES, BONOS, FONDOS COMUNES (STOCKS, BONDS, MUTUAL FUNDS, ETC.)		
BIENES RÁICES (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) (FAMILY MEDICAL EXPENSES (Read Paragraph 6 of the EVR Instructions)		
NOTA: Pasa a partida 9A si recibe Pensión de Ley Antigua. (NOTE: Skip to Item 9A if you receive Old Law Pension)		
Si el Párrafo 6 de las instrucciones del EVR indica que debe reportar gastos médicos, use Formulario VA 21P-8416, Reporte de Gastos Médicos, para reportar sus gastos médicos. (If 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.		
9A. FIRMA DEL RECLAMANTE, ALBACEA O GUARDIAN (Lea Párrafo 6 de las instrucciones del EVR antes de firmar) (SIGNATURE OF CLAIMANT, CUSTODIAN OR GUARDIAN) (Read Paragraph 6 of the EVR Instructions before signing)	9B. FECHA (DATE)	
10. NÚMEROS TELÉFONICOS (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.)		