

## INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR LA AFILIACIÓN A LOS BENEFICIOS MÉDICOS

### Lea la siguiente información antes de iniciar su trámite. ¿Para qué sirve el Formulario VA 10-10EZ?

Para que los Veteranos soliciten su afiliación al sistema de atención médica de VA. La información proporcionada en este formulario será utilizada por VA para determinar si usted reúne los requisitos para recibir beneficios médicos. En promedio, completar este formulario le llevará 30 minutos, incluido el tiempo que le tomará leer las instrucciones, reunir la información necesaria y completar el formulario.

### ¿Dónde consigo ayuda para completar el formulario y resolver mis dudas?

Puede utilizar CUALQUIERA de los siguientes medios:

- Pida ayuda a VA para completar el formulario llamando al 1-877-222-VETS (8387).
- Acceda al sitio web de VA a <http://www.va.gov> y seleccione Contáctese con VA ("Contact the VA").
- Comuníquese con el Coordinador de Afiliaciones en las instalaciones de su centro médico de VA local.
- Comuníquese con una Organización de Servicios para Veteranos, ya sea estatal o nacional.

### Definiciones de términos usados en este formulario:

**AFECCIÓN RELACIONADA CON EL SERVICIO (SC, por sus siglas en inglés):** Enfermedad o lesión que, según la resolución de VA, fue producida o agravada durante el cumplimiento del deber o mientras prestaba servicio activo en el ejército, la fuerza área o naval.

**INDEMNIZABLE:** Una incapacidad relacionada con el servicio que, según la determinación de VA, fue de tal gravedad que justifica una indemnización.

**NO INDEMNIZABLE:** Una incapacidad relacionada con el servicio que, según la determinación de VA, no es grave, por lo que no se garantiza una indemnización.

**VETERANOS CON INCAPACIDADES NO RELACIONADAS CON EL SERVICIO (NSC, por sus siglas en inglés):** Veterano que no tiene una afección relacionada con el servicio según la determinación de VA.

### Introducción: TODOS LOS VETERANOS DEBEN COMPLETAR LAS SECCIONES I, II y III.

#### Instrucciones para las Secciones I, II y III

**Sección I - Información general:** Responda todas las preguntas.

**Sección II - Información acerca del servicio militar:** Si actualmente no recibe beneficios de VA, debe adjuntar una copia de sus documentos de baja y desvinculación del servicio militar (por ej., el formulario DD-214 o "WD" para Veteranos de la Segunda Guerra Mundial) a su solicitud firmada a fin de agilizar el trámite. Si actualmente recibe beneficios de la VA, verificaremos su información con la que se encuentra en los registros de VA.

**Sección III - Información de cobertura:** Se refiere a la información de todas las empresas que le brindan seguro médico, entre las que se incluyen aquellas que le dan cobertura a través de su cónyuge o pareja. Concurra a todas las citas de atención médica con sus tarjetas de seguro médico, Medicare y/o Medicaid.

#### Instrucciones para las Secciones IV, V y VI

**Declaración financiera: SOLO LOS VETERANOS CON INCAPACIDADES NO RELACIONADAS CON EL SERVICIO O LOS VETERANOS CON INCAPACIDADES NO INDEMNIZABLES DEL 0% RELACIONADAS CON EL SERVICIO DEBEN COMPLETAR ESTA SECCIÓN A FIN DE DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD Y LA OBLIGACIÓN DE COPAGO PARA AFILIARSE AL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE VA.**

**Los siguientes Veteranos quedan exentos de presentar su declaración financiera:**

- ex prisioneros de guerra;
- Veteranos condecorados con la Medalla de Corazón Púrpura;
- Veteranos de guerra dados de baja hace poco tiempo;
- Veteranos dados de baja por una incapacidad producida o agravada durante el cumplimiento del deber;
- Veteranos que reciben la indemnización de VA por incapacidad relacionada con el servicio;
- Veteranos que reciben la pensión de VA;
- Veteranos que reciben beneficios de Medicaid;
- Veteranos que sirvieron en Vietnam entre el 9 de enero de 1962 y el 7 de mayo de 1975;
- Veteranos que sirvieron en el sudoeste asiático durante la Guerra del Golfo entre el 2 de agosto de 1990 y el 11 de noviembre de 1998; y
- Veteranos que sirvieron al menos 30 días en Camp Lejeune entre el 1 de agosto de 1953 y el 31 de diciembre de 1987.

No es obligatorio revelar su información financiera. Sin embargo, VA no está afiliando a nuevos solicitantes que se niegan a facilitar su información financiera, salvo que reúnan otros criterios de elegibilidad. En los casos en los que no se utilice una evaluación financiera para determinar su prioridad de afiliación, usted puede negarse a divulgar dicha información. Sin embargo, si se utiliza una evaluación financiera para determinar su elegibilidad para recibir medicamentos gratis, asistencia en viajes o condonaciones del deducible de viajes y usted no revela su información financiera, no reunirá los requisitos para obtener estos beneficios.

**Continúa ...**

**Sección IV - Información de personas a su cargo:** Comprenden la información de las siguientes personas:

- Su cónyuge, aunque no vivan juntos, siempre y cuando usted haya contribuido en la manutención en el último año calendario.
- Sus hijos biológicos, hijos adoptivos e hijastros que no estén casados y son menores de 18 años, o tienen entre 18 años y menos de 23 y asisten a la escuela secundaria superior, universidad o escuela vocacional (tiempo parcial o completo) o que se encuentran incapacitados para mantenerse por sí mismos antes de los 18.
- Contribuciones para la manutención infantil. Las contribuciones comprenden los pagos de matrícula o vestimenta o pagos de facturas médicas.

**Sección V - Ingreso bruto anual del año calendario anterior del Veterano, cónyuge e hijos a cargo.**

**Brinde información sobre lo siguiente:**

- Ingreso bruto anual proveniente del empleo, excepto el ingreso de establecimientos agrícolas, ranchos, propiedades o negocios. Incluya sus salarios, bonificaciones, aguinaldos, indemnización por despido y demás beneficios acumulados y la información del salario de sus hijos que pudiera haberse usado para pagar los gastos del hogar.
- Ingreso neto de su establecimiento agropecuario, rancho, propiedades o negocios.
- Otros ingresos, como el ingreso por jubilación y por pensión, por jubilación del Seguro Social y del Seguro Social por Discapacidad, beneficios compensatorios por incapacidad de VA, desempleo, enfermedad de pulmón negro, donaciones en efectivo, intereses y dividendos, incluidas ganancias exentas de impuestos y distribuciones de las Cuentas Individuales de Retiro (IRA, por sus siglas en inglés) o rentas anuales.

**No brinde la siguiente información:**

Donaciones de organizaciones de ayuda, bienestar o beneficencia, tanto públicas como privadas; Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) y pagos asistenciales de una agencia gubernamental; ganancia derivada de la venta ocasional de una propiedad; devolución del impuesto sobre la renta, interés reinvertido en Cuentas Individuales de Retiro (IRA, por sus siglas en inglés); becas y subsidios para la educación; pagos por operaciones de socorro en desastres; reembolso por pérdida por accidente; préstamos; pagos basados en la Ley de Indemnización por Exposición a Radiaciones; pagos compensatorios por exposición al agente naranja; Ingreso por la Ley de Resolución de Reclamaciones Territoriales de las Personas Originarias de Alaska, pagos al padre o madre adoptivos; montos en cuentas conjuntas en bancos e instituciones similares adquiridos por fallecimiento del otro cotitular; compensación a personas de ascendencia japonesa según la Ley Pública 100-383; valor de rescate en efectivo del seguro de vida; ganancias totales de la póliza del seguro de vida de un veterano; y pagos recibidos bajo el programa de asistencia provisional de Medicare.

**Section VI - Previous Calendar Year Deductible Expenses.**

Report non-reimbursed medical expenses paid by you or your spouse. Include expenses for medical and dental care, drugs, eyeglasses, Medicare, medical insurance premiums and other health care expenses paid by you for dependents and persons for whom you have a legal or moral obligation to support. Do not list expenses if you expect to receive reimbursement from insurance or other sources. Report last illness and burial expenses, e.g., prepaid burial, paid by the Veteran for spouse or dependent(s).

**Sección VII - Presentación de la solicitud.**

1. Usted o la persona a quien otorgó el poder de representación debe firmar y fechar el formulario. Si usa una "X" para firmar, 2 personas que usted conoce deberán ser testigos de su firma. Estas personas deben firmar el formulario y escribir con letra imprenta su nombre. Si no firma y fecha el formulario correctamente, VA se lo devolverá para que lo complete.
2. Adjunte a su solicitud todas las hojas adicionales, una copia de los documentos complementarios y la carta poder.

**¿A dónde envió mi solicitud?**

Envíe por correo la solicitud original y los documentos complementarios a Health Eligibility Center, 2957 Clairmont Road, Suite 200 Atlanta, GA 30329.

#### **INFORMACIÓN SOBRE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES Y LA LEY DE PRIVACIDAD**

La **Ley de Reducción de Trámites** de 1995 nos exige notificarle que la recopilación de esta información se efectúa conforme a los requisitos de autorización especificados en la sección 3507 de la Ley de Reducción de Trámites de 1995. Esta ley nos prohíbe realizar o promover la recopilación de datos para efectuar un trámite que no exhiba un número de control vigente emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). Asimismo, usted no estará en la obligación de responder a tal solicitud de información bajo esas circunstancias. Se calcula que una persona en general tardará 30 minutos en promedio para completar este formulario, incluido el tiempo que le tomará leer las instrucciones, reunir la información necesaria y completar el formulario.

**Información sobre la Ley de Privacidad:** VA le solicita que proporcione la información en este formulario según lo dispuesto por el Título 38 del U.S. C., Secciones 1705, 1710, 1712 y 1722, a fin de determinar si usted reúne los requisitos para recibir los beneficios médicos. La información que usted proporcione estará sujeta a verificación desde su presentación inicial a través de un programa de cotejo electrónico. VA puede divulgar la información presentada en su formulario conforme a lo permitido por la ley. VA puede divulgar la información para efectuar "actividades de rutina" según lo descrito por la Ley de Privacidad sobre las notificaciones de los sistemas de registros y conforme con la Notificación sobre Prácticas de Privacidad de la Administración de Salud de Veteranos (VHA, por sus siglas en inglés). No es obligatorio proporcionar la información solicitada. Sin embargo, si omite alguno o todos los datos que se solicitan, esta acción retrasará su trámite o se le denegará su solicitud de beneficios de atención médica. No facilitar esta información no afectará cualquier otro beneficio a los que usted tenga derecho. Si proporciona a VA su número de Seguro Social, VA lo usará para administrar sus beneficios de VA. Asimismo, VA podrá utilizar esta información para identificar a Veteranos y a personas que reclaman o reciben beneficios de VA y sus registros y para otros fines autorizados y exigidos por ley.

# SOLICITUD DE BENEFICIOS MÉDICOS

## SECCIÓN I - INFORMACIÓN GENERAL

La ley federal prevé sanciones penales, tales como multas y/o encarcelamiento por hasta 5 años, por ocultar hechos en cuestiones fundamentales o hacer declaraciones falsas sobre cuestiones fundamentales. (Vea 18 U.S.C 1001)

1A. NOMBRE DEL VETERANO ( <i>Apellido paterno, Primer nombre, Segundo nombre</i> )		1B. NOMBRE DE PREFERENCIA		2. APELLIDO MATERNO	
3A. SEXO AL NACER <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	3B. DEFINA SU IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	4. ¿ES ESPAÑOL, DE ORIGEN HISPANO O DE ORIGEN LATINO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	5. ¿CUÁL ES SU ORIGEN ÉTNICO? ( <i>Puede seleccionar más de una respuesta. Se solicita esta información solo para fines estadísticos.</i> ) <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> INDÍGENA ESTADOUNIDENSE O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWÁI O DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO		6. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
7. NÚMERO DE SOLICITUD DE VA	8A. FECHA DE NACIMIENTO ( <i>mm/dd/aaaa</i> )	8B. LUGAR DE NACIMIENTO ( <i>Ciudad y estado</i> )		9. RELIGIÓN	
10A. DIRECCIÓN PERMANENTE ( <i>Calle</i> )		10B. CIUDAD	10C. ESTADO	10D. CÓDIGO POSTAL	10E. CONDADO
10F. NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR ( <i>Incluya código de área</i> )		10G. NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR ( <i>Incluya código de área</i> )		10H. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
11A. DIRECCIÓN RESIDENCIAL ( <i>Calle</i> )		11B. CIUDAD	11C. ESTADO	11D. CÓDIGO POSTAL	11E. CONDADO
12. TIPO DE BENEFICIO(S) QUE SOLICITA ( <i>Puede seleccionar más de una respuesta.</i> ) <input type="checkbox"/> AFILIACIÓN/SERVICIOS DE SALUD <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE SALUD DENTAL			13. ESTADO CIVIL ACTUAL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> NUNCA SE CASÓ <input type="checkbox"/> VIUDO		
14A. NOMBRE DEL FAMILIAR MÁS CERCANO		14B. DIRECCIÓN DEL FAMILIAR MÁS CERCANO		14C. RELACIÓN CON EL FAMILIAR MÁS CERCANO	
14D. NÚMERO DE TELÉFONO DEL FAMILIAR MÁS CERCANO ( <i>Incluya en código de área.</i> )	14E. NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO DEL FAMILIAR MÁS CERCANO ( <i>Incluya en código de área.</i> )	15. PERSONA DESIGNADA - PERSONA QUE RECIBIRÁ LOS BIENES PERSONALES QUE USTED DEJÓ EN INSTALACIONES BAJO EL CONTROL DE VA DESPUÉS DE SU SALIDA O AL MOMENTO DE SU FALLECIMIENTO ( <i>Nota: Esto no constituye un testamento ni una transferencia de titularidad.</i> )			
16. DESEO AFILIARME PARA OBTENER LA COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA SEGÚN LA LEY DE CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		17. ¿QUÉ CENTRO DE CUIDADO DE SALUD DE VA O CLÍNICA AMBULATORIA PREFERE? ( <i>Para consultar la lista de establecimientos médicos, visite <a href="http://www.va.gov/directory">www.va.gov/directory</a>.</i> )		18. ¿QUISIERA QUE VA SE CONTACTE CON USTED PARA PROGRAMAR SU PRIMERA CITA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

## SECCIÓN II - INFORMACIÓN ACERCA DEL SERVICIO MILITAR

1A. ÚLTIMA DIVISIÓN MILITAR A LA QUE PERTENECIÓ	1B. FECHA DE ÚLTIMO INGRESO	1C. FECHA DE BAJA FUTURA	1D. FECHA DE ÚLTIMA BAJA		
1E. TIPO DE BAJA			1F. NÚMERO DE SERVICIO MILITAR		
2. ANTECEDENTES MILITARES ( <i>Marque Sí o No.</i> )		SI	NO	SI	NO
A. ¿ES VETERANO CONDECORADO CON LA MEDALLA DE CORAZÓN PÚRPURA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G. ¿TIENE UNA AFECCIÓN RELACIONADA CON EL SERVICIO SEGÚN LA CALIFICACIÓN DE VA? SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿CUÁL ES EL PORCENTAJE ASIGNADO? _____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿ES EX PRISIONERO DE GUERRA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H. ¿SIRVIÓ EN VIETNAM ENTRE EL 9 DE ENERO DE 1962 Y EL 7 DE MAYO DE 1975?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ¿SIRVIÓ EN UN TEATRO DE OPERACIONES DESPUÉS DEL 11/11/1998?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. ¿ESTUVO EXPUESTO A RADIACIÓN EN EL EJÉRCITO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿RECIBIÓ LA BAJA O SE RETIRÓ DEL SERVICIO MILITAR DEBIDO A UNA INCAPACIDAD PRODUCIDA DURANTE EL CUMPLIMIENTO DEL DEBER?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J. ¿RECIBIÓ RADIOTERAPIAS DE NARIZ Y GARGANTA DURANTE EL SERVICIO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. ¿RECIBE PENSIÓN POR INCAPACIDAD EN LUGAR DE UNA INDEMNIZACIÓN DE VA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K. ¿ESTUVO EN SERVICIO ACTIVO DURANTE AL MENOS 30 DÍAS EN CAMP LEJEUNE ENTRE EL 1 DE AGOSTO DE 1953 Y EL 31 DE DICIEMBRE DE 1987?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. ¿SIRVIÓ EN EL SUDOESTE ASIÁTICO DURANTE LA GUERRA DEL GOLFO ENTRE EL 2 DE AGOSTO DE 1990 Y EL 11 DE NOVIEMBRE DE 1998?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

<b>SOLICITUD DE BENEFICIOS MÉDICOS</b> <i>Continúa</i>		NOMBRE DEL VETERANO ( <i>Apellido paterno, Primer nombre, Segundo nombre</i> )		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
<b>SECCIÓN III - INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA (Use otra hoja para agregar información).</b>					
1. INGRESE EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO TELEFÓNICO DE SU EMPRESA DE SEGURO MÉDICO ( <i>Incluya cobertura que recibe a través de su cónyuge u otra persona</i> ).					
2. NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		3. NÚMERO DE PÓLIZA	4. CÓDIGO DE GRUPO	5. ¿REÚNE LOS REQUISITOS PARA MEDICAID? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	6A. ARE YOU ENROLLED IN MEDICARE HOSPITAL INSURANCE PART A? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
					6B. FECHA DE ENTRADA EN VIGOR ( <i>mm/dd/aaaa</i> )
<b>SECCIÓN IV - INFORMACIÓN DE PERSONAS A SU CARGO (Use otra hoja para agregar personas a su cargo adicionales).</b>					
1. NOMBRE DEL CÓNYUGE ( <i>Apellido paterno, Primer nombre, Segundo nombre</i> )			2. NOMBRE DEL MENOR ( <i>Apellido paterno, Primer nombre, Segundo nombre</i> )		
1A. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE			2A. FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR ( <i>mm/dd/aaaa</i> )	2B. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL MENOR	
1B. FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE ( <i>mm/dd/aaaa</i> )	1C. IDENTIDAD DE GÉNERO DEL CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER		2C. FECHA EN LA QUE SE HIZO CARGO DEL MENOR ( <i>mm/dd/aaaa</i> ).		
1D. FECHA DE CASAMIENTO ( <i>mm/dd/aaaa</i> )			2D. RELACIÓN CON EL MENOR ( <i>Marque uno</i> ) <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> HIJASTRA		
1E. DIRECCIÓN Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL CÓNYUGE ( <i>Indicar calle, ciudad, estado y código postal si es diferente a la dirección del Veterano</i> ).			2E. ¿EL MENOR TENÍA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ANTES DE LOS 18 AÑOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
			2F. SI SU HIJO(A) TIENE ENTRE 18 Y 23 AÑOS, ¿ASISTIÓ A LA ESCUELA DURANTE EL AÑO CALENDARIO ANTERIOR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
3. SI SU CÓNYUGE O HIJO(A) A SU CARGO NO VIVIÓ CON USTED EL AÑO PASADO, ¿LES PROPORCIONÓ MANUTENCIÓN? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			2G. GASTOS PAGADOS POR SU HIJO(A) RELACIONADOS CON LA UNIVERSIDAD, REHABILITACIÓN VOCACIONAL O CAPACITACIÓN ( <i>por ej., matrícula, libros, materiales</i> )		
<b>SECCIÓN V - INFORMACIÓN LABORAL</b>					
1A. ESTADO LABORAL DEL VETERANO ( <i>Marque una respuesta</i> ) <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> RETIRADO				1B. FECHA DE RETIRO	
1C. NOMBRE DE LA EMPRESA. ( <i>Complete si está empleado o retirado</i> ).		1D. DIRECCIÓN DE LA EMPRESA ( <i>Complete si está empleado y retirado - Calle, ciudad, estado, código postal</i> ).		1E. NÚMERO TELEFÓNICO DE LA EMPRESA ( <i>Complete si está empleado o retirado. Incluya el código de área</i> ).	
<b>SECCIÓN VI - INGRESO BRUTO ANUAL DEL AÑO CALENDARIO ANTERIOR DEL VETERANO, CÓNYUGE E HIJOS A CARGO (Utilice otra hoja para ingresar más hijos a cargo).</b>					
1. INGRESO BRUTO ANUAL POR EMPLEO ( <i>salarios, bonificaciones, aguinaldos, etc.</i> ) EXCLUIDO EL INGRESO PROVENIENTE DE SU ESTABLECIMIENTO AGROPECUARIO, RANCHO, PROPIEDADES O NEGOCIOS	VETERANO	CÓNYUGE	HIJO(A) 1		
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____		
2. INGRESO NETO DE SU ESTABLECIMIENTO AGROPECUARIO, RANCHO, PROPIEDADES O NEGOCIOS	\$ _____	\$ _____	\$ _____		
3. DETALLE OTROS INGRESOS ( <i>por ejemplo, Seguro Social, indemnización, intereses por pensión, dividendos</i> ) EXCLUIDOS LOS INGRESOS DE ASISTENCIA SOCIAL.	\$ _____	\$ _____	\$ _____		
<b>SECCIÓN VII - GASTOS DEDUCIBLES CORRESPONDIENTES AL AÑO CALENDARIO ANTERIOR</b>					
1. TOTAL DE GASTOS MÉDICOS NO REEMBOLSADOS PAGADOS POR USTED O SU CÓNYUGE ( <i>por ej., pagos de doctores, dentistas, medicamentos, Medicare, seguro médico, hospitalización y residencias de la tercera edad</i> ). VA calculará el monto deducible y los gastos médicos netos que tendrá derecho a reclamar.				\$ _____	
2. MONTO QUE USTED PAGÓ EL AÑO CALENDARIO ANTERIOR PARA GASTOS DE FUNERAL Y ENTIERRO (INCLUIDOS LOS GASTOS DE ENTIERRO PREPAGADO) POR EL FALLECIMIENTO DE SU CÓNYUGE O HIJO(A) A CARGO ( <i>Ingrese también la información de su cónyuge e hijo(a) a cargo en la Sección VI</i> ).				\$ _____	
3. MONTO QUE USTED PAGÓ EN EL AÑO CALENDARIO ANTERIOR POR GASTOS UNIVERSITARIOS O DE EDUCACIÓN VOCACIONAL ( <i>por ej., matrícula, libros cuotas, materiales</i> ). NO INCLUYA LOS GASTOS EDUCATIVOS DE SUS PERSONAS A CARGO.				\$ _____	

<b>SOLICITUD DE BENEFICIOS MÉDICOS</b> <i>Continúa</i>	NOMBRE DEL VETERANO ( <i>Apellido paterno, Primer nombre, Segundo nombre</i> )	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
<b>SECCIÓN VII - CONSENTIMIENTO PARA COPAGOS Y RECIBIR NOTIFICACIONES</b>		
<b>Al presentar esta solicitud, usted acepta pagar los copagos de VA aplicables a los servicios o al tratamiento de sus afecciones no relacionadas con el servicio según lo exige la ley. También acepta recibir notificaciones de VA a la cuenta de correo electrónico o al número de teléfono celular que proporcionó en este formulario.</b>		
<b>ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS</b>		
<p>Entiendo que, conforme a la Sección 1729 del Título 38 del U.S.C. y la Sección 2651 del Título 42 del U.S.C., el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) está autorizado a cobrar o descontar de mi plan de salud (HP, por sus siglas en inglés) o de otro tercero legalmente responsable los gastos razonables por servicios o atención médica de VA para afecciones no relacionadas con el servicio que se me proporcionen. Por el presente, autorizo que se realice el pago directo a VA del HP que me cubre (incluyendo la cobertura proporcionada por el HP de mi cónyuge), que es responsable de pagar los gastos por mi atención médica, incluidos los beneficios de otra forma pagaderos a mí o mi cónyuge. Asimismo, cedo a VA cualquier reclamación que pudiera tener contra alguna persona o entidad que sea, o pudiera ser, legalmente responsable del pago de los servicios médicos que se me proporcionen a través de VA. Entiendo que esta cesión no limita ni perjudica mi derecho a recuperar, en beneficio propio, cualquier monto cobrado en exceso por el gasto de servicios médicos que se me proporcionen a través de VA o cualquier otro monto al cual pudiera tener derecho. Por el presente, designo al Fiscal General de Estados Unidos y al Secretario de Asuntos de Veteranos y a sus personas designadas como mis apoderados para tomar todas las medidas necesarias y correspondientes con el fin de recuperar y recibir todo o parte del monto aquí asignado. Asimismo, autorizo a VA a divulgar, a mi abogado o a cualquier tercera parte o agencia administrativa que pudiera ser responsable de pagar el costo de los servicios médicos que se me proporcionen, la información de mis registros médicos, según sea necesario, para verificar mi reclamación. También autorizo a dichas terceras partes o agencias administrativas a divulgar a VA toda información concerniente a mi reclamación.</p>		
<b>TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO. CONSULTE LAS INSTRUCCIONES PARA SABER QUIÉN PUEDE FIRMAR EN NOMBRE DEL VETERANO</b>		
<b>FIRMA DEL SOLICITANTE</b> <i>(Sign in ink)</i> _____	<b>FECHA</b> _____	