

NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO DEL VETERANO <i>(FIRST NAME, MIDDLE NAME, LAST NAME OF VETERAN)</i>	Department of Veterans Affairs REPORTE DE VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA PENSIÓN MEJORADA (Veterano Con Hijos) (IMPROVED PENSION ELIGIBILITY VERIFICATION REPORT) (VETERAN WITH CHILDREN) 7
SU DIRECCION POSTAL COMPLETO <i>(YOUR COMPLETE MAILING ADDRESS)</i>	
NUMERO DE EXPEDIENTE DE VA <i>(VA FILE NUMBER)</i>	
DIRECCION REMITENTE DE OFICINA REGIONAL DE VA <i>(VA REGIONAL OFFICE RETURN ADDRESS)</i>	

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 NUMERO DE SEGURO SOCIAL <i>(YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER)</i>	1B. NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE SU CONYUGE <i>(YOUR SPOUSE'S SOCIAL SECURITY NUMBER)</i>
1C. NOMBRE COMPLETO DE SU CONYUGE <i>(FIRST, MIDDLE, LAST NAME OF SPOUSE)</i>	1D. FECHA DE NACIMIENTO DE SU CONYUGE (Mes, día, año) <i>(SPOUSE'S DATE OF BIRTH) (Mo., day, year)</i>

2. SU ESTADO CIVIL (Marque solo una casilla)
(MARITAL STATUS) (Check only one box)

(1) **CASADO - VIVIENDO CON CÓNYUGE** (Está casado legalmente y vive con su cónyuge o están separados por razones médicas solamente)
(MARRIED - LIVING WITH SPOUSE) (You are legally married and you live with your spouse or are separated for medical reasons.)

(2) **CASADO - NO VIVE CON CÓNYUGE** (Está legalmente casado pero separado de su conyuge). Indique la cantidad que contribuyó a la manutención de su cónyuge durante los últimos 12 meses \$ _____.
 Si se separo durante los últimos 12 meses, indique la fecha de separación: _____.
(MARRIED - NOT LIVING WITH SPOUSE) (You are legally married but estranged from your spouse.) (Show the amount you contributed to your spouse's support during the last 12 months \$ _____.)
(If you separated within the last 12 months, show the date of separation _____)

(3) **SIN CASAR - (Nunca se ha casado o ahora está divorciado o viudo).** Si su matrimonio terminó dentro de los últimos 12 meses, indique la fecha de divorcio o muerte: _____.
(NOT MARRIED) (You have never married or are now divorced or widowed.) (If your marriage ended within the last 12 months, show the date of divorce or death _____)

3A. HIJOS DEPENDIENTES SOLTEROS (Lea Párrafo 1 de las instrucciones EVR, Formulario VA 21P-0510)
(UNMARRIED DEPENDENT CHILDREN (Read Paragraph 1 of the EVR instructions, VA Form 21P-0510))

NOMBRE COMPLETO DEL HIJO <i>(Nombre, 2 da inicial, apellido)</i> FULL NAME OF EACH CHILD <i>(First, middle initial, last)</i>	FECHA DE NACIMIENTO <i>(Mes, día, ano)</i> (DATE OF BIRTH <i>(Mo., day, yr.)</i>)	NUMERO DE SEGURO SOCIAL <i>(SOCIAL SECURITY NUMBER)</i>	FAVOR DE MARCAR CON (X) (PLEASE CHECK ONE (X))		
			MENOR DE 18 AÑOS <i>(UNDER 18 YEARS OF AGE)</i>	MAYOR DE 18 Y MENOR DE 23 AÑOS Y ASISTIENDO ALA ESCUELA <i>(OVER 18 AND UNDER 23, AND ATTENDING SCHOOL)</i>	CUALQUIER EDAD E INCAPACITADO PERMANENTEMENTE POR RAZONES FISICAS O MENTALES <i>(ANY AGE PERMANENTLY HELPLESS FOR MENTAL OR PHYSICAL REASONS)</i>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3B. HIJOS DEPENDIENTES SOLTEROS INDICADOS EN 3A QUE NO VIVEN CON USTED *(UNMARRIED DEPENDENT CHILDREN LISTED IN ITEM 3A WHO DO NOT LIVE WITH YOU)*

NOMBRE DEL HIJO <i>(NAME OF CHILD)</i>	DIRECCION COMPLETA DEL HIJO <i>(CHILD'S COMPLETE ADDRESS)</i>	NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN VIVE EL HIJO (Si aplica) <i>(Name of person child lives with (If applicable))</i>	CANTIDAD MENSUAL QUE USTED APORTA PARA SU MANUTENCIÓN <i>(Monthly amount you contribute to child's support)</i>

4A. ¿ESTÁ USTED INTERNADO EN UN HOGAR DE ANCIANOS?
(ARE YOU A PATIENT IN A NURSING HOME?)
 SI NO *(Si es "SI" llene partidas 4B a 4D. Si es "NO" pase a partida 5) (If "YES," complete Items 4B through 4D. If "NO," go to Item 5.)*

4B. INDIQUE LA FECHA DE INGRESO AL HOGAR DE ANCIANOS
(SHOW THE DATE YOU ENTERED THE NURSING HOME)

4C. INDIQUE EL NOMBRE, DOMICILIO COMPLETO Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL HOGAR DE ANCIANOS (Favor de incluir el Código Postal)
(Enter the name, complete address, and telephone number of nursing home (Please include ZIP Code))

4D. ¿CUBRE MEDICAID PARTE O TODOS LOS GASTOS DE SU CUOTA DEL HOGAR DE ANCIANOS?
(DOES MEDICAID COVER ALL OR PART OF YOUR NURSING HOME FEES?)
 SI NO

5. ¿RECIBIÓ USTED O SU CONYUGE ALGUN SUELDO O ALGUNO DE USTEDES TRABAJÓ EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?
(DID EITHER YOU OR YOUR SPOUSE RECEIVE ANY WAGES OR WERE EITHER OR YOU EMPLOYED AT ANY TIME DURING THE PAST 12 MONTHS?)
 SI NO

6. ¿RECIBE ALGUN OTRO BENEFICIO DE VA COMO VETERANO, PADRE O CÓNYUGE SOBREVIVIENTE?
(DO YOU RECEIVE ANY OTHER VA BENEFITS AS A VETERAN, PARENT, OR SURVIVING SPOUSE?)
 (Si la respuesta es SI, anote el numero de expediente de VA del otro beneficio) _____
 SI NO *(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)						
CANTIDADES BRUTAS MENSUALES (Si no recibió ningún ingreso de una fuente particular, escriba "0" o "Ninguno." NO DEJE NADA EN BLANCO) (GROSS MONTHLY AMOUNTS) (If no income was received from a particular source, write "0" or "none." DO NOT LEAVE ANY ITEMS BLANK)						
FUENTE (SOURCE)	VETERANO (VETERAN)		CÓNYUGE (SPOUSE)		HIJO: (CHILD)	
SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY)	\$		\$		\$	
SERVICIO CIVIL DE E.U. (U.S. CIVIL SERVICE)						
JUBILACIÓN FERROVIARIA (U.S. RAILROAD RETIREMENT)						
BENEFICIOS DE PULMON NEGRO (BLACK LUNG BENEFITS)						
RETIRO 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)						
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.)						
Si no recibió ningún ingreso de una fuente en particular, escriba "0" o "Ninguno." NO DEJE NADA EN BLANCO (If no income was received from a particular source, write "0" or "none." DO NOT LEAVE ANY ITEMS BLANK)						
FUENTE (SOURCE)	VETERANO: (VETERAN)		CÓNYUGE: (SPOUSE)		HIJO: (CHILD)	
	DE: A: (FROM:) (THRU:)	DE: A: (FROM:) (THRU:)	DE: A: (FROM:) (THRU:)	DE: A: (FROM:) (THRU:)	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 DEMAS (Indique Fuente) (ALL OTHER) (Show Source)						
TODO LO DEMAS (Indique Fuente) (ALL OTHER) (Show Source)						
7C. ¿CAMBIARON SUS INGRESOS (aumento/reducción) DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES? (Conteste NO si no hubieron cambios en sus ingresos o si el unico 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 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 "SI", conteste partidas 7D a 7F. Si contesta "NO", vaya a partida 7G.) <input type="checkbox"/> SI <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, pension 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. ¿COMO 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)	VETERANO (VETERAN)		CÓNYUGE (SPOUSE)		HIJO (CHILD)	
EFFECTIVO/CUENTAS BANCARIAS SIN INTERESES (CASH/NON-INTEREST BEARING)	\$		\$		\$	
CUENTAS BANCARIAS CON INTERESES (INTEREST BEARING BANK ACCOUNTS)						
CUENTAS DE RETIRO (IRA), PLANES KEOGH (IRA'S, KEOGH PLANS, ETC.)						
ACCIONES, BONOS FONDOS COMUNES ETC. (STOCKS, BONDS, MUTUAL FUNDS, ETC.)						
BIENES RAÍCES (Su casa no) (REAL PROPERTY (Not your home))						
OTRAS PROPIEDADES (ALL OTHER PROPERTY)						
8. GASTOS MEDICOS (Lea Párrafo 6 de las instrucciones del EVR) (MEDICAL EXPENSES (Read Paragraph 6 of the EVR Instructions)						
Si usted está usando este formulario como su Reporte de Verificación de Elegibilidad anual y el Párrafo 6 de las instrucciones del EVR indican que debería de reportar gastos médicos, use el Formulario VA 21P-8416, Reporte de Gastos Medicos. Si está usando este formulario como un suplemento para 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. (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. 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 REHABILITACION PROFESIONAL DEL VETERANO (Lea Párrafo 7 de instrucciones del EVR). Indique cantidades pagadas por usted durante los últimos 12 meses. NO INDIQUE GASTOS DE SUS DEPENDIENTES. (Show amounts paid by you during the last 12 months. DO NOT REPORT DEPENDENTS' EXPENSES.)			VETERAN'S EDUCATIONAL AND VOCATIONAL REHABILITATION EXPENSES (Read Paragraph 7 of the EVR Instructions)		\$	
10. GASTOS DE MANUTENCION FAMILIAR (PRIVACION) LOS PROXIMOS 12 MESES (Lea Párrafo 8 de las instrucciones del EVR). Llène esto SOLAMENTE SI VA actualmente excluye los ingresos de sus hijos por motivo de privación económica. Indique total de gastos familiares para los próximos 12 meses. (Show total family expenses expected for the next 12 months.)			FAMILY MAINTENANCE (Hardship) EXPENSES FOR THE NEXT 12 MONTHS (Read Paragraph 8 of the EVR Instructions). Complete ONLY IF VA is currently excluding children's income on the grounds of hardship.)		\$	
11A. FIRMA DEL VETERANO (Lea Párrafo 9 de las instrucciones del EVR antes de firmar) (SIGNATURE OF VETERAN) (Read Paragraph 9 of the EVR Instructions before signing)				11B. FECHA DE FIRMA (DATE SIGNED)		
11C. NÚMEROS TELEFÓNICOS (Incluya Código de Area) (TELEPHONE NUMBERS) (Include Area Code)						
DIA (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.)						