


NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO DEL VETERANO (FIRST NAME, MIDDLE NAME, LAST NAME OF VETERAN)		 <b>Department of Veterans Affairs</b>	
		<b>REPORTE DE VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA                  PENSIÓN MEJORADA (VETERANO SIN HIJOS)                  (IMPROVED PENSION ELIGIBILITY VERIFICATION REPORT)                  (VETERAN WITH NO CHILDREN) <b>6</b></b>	
SU DIRECCION POSTAL COMPLETO (YOUR COMPLETE MAILING ADDRESS)		NUMERO DE EXPEDIENTE DE VA (VA FILE NUMBER)	
		DIRECCION DE OFICINA REGIONAL DE VA (VA REGIONAL OFFICE RETURN ADDRESS)	
<b>IMPORTANTE:</b> HONORARIOS POR RECLAMACIONES El código de los Estados Unidos (codificado en § 14.636, Título 38, Código de Regulaciones Federales) Título 38 Sección 5904, contiene las disposiciones referentes a los honorarios que pueden ser cobrados, permitidos ó desembolsados por servicios proporcionados por un abogado ó agente acreditado por la Administración de Asuntos al Veterano (VA) relacionados con un procedimiento ante el Departamento con respecto a una reclamación de beneficios bajo las leyes que este administra. Por lo general, un abogado ó agente acreditado por VA, puede cobrarle una tarifa por ayudar a buscar una revisión adicional de una reclamación de beneficios sólo después de haber emitido una decisión inicial sobre la reclamación y el abogado ó agente haya cumplido con los requisitos de "Poder de Abogado" (Formulario VA 21-22) y acuerdo de honorarios que apliquen al caso.			
<b>IMPORTANTE:</b> Favor de leer las instrucciones del EVR adjunto (Formulario VA 21P-0510) antes de completar este formulario.			
1A. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER)		1B. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE SU CÓNYUGE (YOUR SPOUSE'S SOCIAL SECURITY NUMBER)	
1C. NOMBRE COMPLETO DE SU CÓNYUGE (FIRST, MIDDLE, LAST NAME OF SPOUSE)		1D. FECHA DE NACIMIENTO DE SU CÓNYUGE (MM/DD/YYYY) (SPOUSE'S DATE OF BIRTH) (MM/DD/YYYY)	
2. ESTADO CIVIL (Marque solo un encacillado) (MARITAL STATUS) (Check only one box)			
(1) <input type="checkbox"/> CASADO - VIVE CON CÓNYUGE (Usted está casado legalmente y vive con su conyuge o estan separados por razones medicas solamente) (MARRIED - LIVING WITH SPOUSE) (You are legally married and you live with your spouse or are separated for medical reasons.)			
(2) <input type="checkbox"/> CASADO - NO VIVE CON CÓNYUGE (Usted está legalmente casado pero separado de su conyuge). (MARRIED - NOT LIVING WITH SPOUSE) (You are legally married but estranged from your spouse). Indique la cantidad que contribuyo a la manutencion de su conyuge durante los ultimos 12 meses: \$ _____ (Show the amount you contributed to your spouse's support during the last 12 months \$) Si se separo durante los ultimos 12 meses, indique la fecha de separacion: (MM/DD/YYYY) _____ (If you separated within the last 12 months, show the date of separation (MM/DD/YYYY))			
(3) <input type="checkbox"/> SIN CASAR - (Usted nunca se ha casado o esta divorciado o viudo). (NOT MARRIED) (You have never married or are now divorced or widowed). Si su matrimonio termino durante los ultimós 12 meses, indique la fecha de divorcio o muerte: (MM/DD/YYYY) _____ (If your marriage ended within the last 12 months, show the date of divorce or death (MM/DD/YYYY))			
3. NUMERO DE HIJOS DEPENDIENTES SOLTEROS (Ver Párrafo 1 de las instrucciones EVR, Formulario VA 21P-0510) (NUMBER OF UNMARRIED, DEPENDENT CHILDREN (See Paragraph 1 of the EVR Instructions, VA Form 21P-0510))			
EN SU CUSTODIA _____ NO EN SU CUSTODIA _____ (IN YOUR CUSTODY) (NOT IN YOUR CUSTODY)			
CANTIDAD CONTRIBUIDA DURANTE LOS ULTIMOS 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 UN HOGAR DE ANCIANOS? (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 es "NO", vaya a partida 5) (If "YES," complete Items 4B through 4D. If "NO," go to Item 5)		4C. INDIQUE EL NOMBRE, DOMICILIO COMPLETO Y NUMERO TELEFÓNICO DE LA CASA DE REPOSO (Por favor incluya el codigo postal) (ENTER THE NAME, COMPLETE ADDRESS, AND TELEPHONE NUMBER OF NURSING HOME) (Please include ZIP Code)	
4B. INDIQUE LA FECHA QUE INGRESÓ AL HOGAR DE ANCIANOS (MM/DD/YYYY) (SHOW THE DATE YOU ENTERED THE NURSING HOME)			
4D. ¿CUBRE MEDICAID PARTE O TODOS LOS GASTOS DEL HOGAR DE ANCIANOS? (DOES MEDICAID COVER ALL OR PART OF YOUR NURSING HOME FEES?) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
4E. INDIQUE LA FECHA QUE SU COBERTURA DE MEDICAID COMENZÓ (MM/DD/YYYY) (SHOW THE DATE YOUR MEDICAID COVERAGE STARTED)			
5. ¿RECIBIERON USTED O SU CÓNYUGE SUELDOS O CUALQUIERA DE USTEDES ESTUVO EMPLEADO DURANTE LOS ULTIMOS 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?) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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?) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Si la respuesta es 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)				
CANTIDADES MENSUALES BRUTAS (Si no recibí ingresos de una Fuente en particular, escriba "0" o "none." NO DEJE PARTIDAS 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)	
SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY)	\$		\$	
SERVICIO CIVIL DE E.U. (U.S. CIVIL SERVICE)				
JUBILACIÓN FERROVIARIA (U.S. RAILROAD RETIREMENT)				
BENEFICIOS DE PULMÓN 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)				
Si no recibió ingresos de una Fuente en particular, escriba "0" o "None". 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)	USTED (YOU)		SU CONYUGE (YOUR SPOUSE)	
	FECHAS (MM/DD/YYYY) DE (From): A (Thru):	FECHAS (MM/DD/YYYY) DE (From): A (Thru):	FECHAS (MM/DD/YYYY) DE (From): A (Thru):	FECHAS (MM/DD/YYYY) DE (From): A (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/dismución) DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES? (Conteste NO si no hubo cambios en sus ingresos o si el único cambio fue el ajuste de costo de vida de VA o Seguro Social. Conteste SI, si hubo 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.)				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 instrucciones del EVR) (NET WORTH) (Read Paragraph 5 of the EVR Instructions)				
FUENTE (SOURCE)	VETERANO (VETERAN)		CÓNYUGE (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 Y FONDOS MUTUOS (STOCKS, BONDS, MUTUAL FUNDS, ETC.)				
BIENES RAICES (Su casa no) (REAL PROPERTY (Not your home))				
TODA OTRA PROPIEDAD (ALL OTHER PROPERTY)				
8. GASTOS MÉDICOS (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 de 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 una reclamación 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 REHABILITACION PROFESIONAL DEL VETERANO (Lea Párrafo 7 de instrucciones del EVR) (VETERAN'S EDUCATIONAL AND VOCATIONAL REHABILITATION EXPENSES (Read Paragraph 7 of the EVR Instructions)				
Indique cantidades que usted pago durante los últimos 12 meses. NO REPORTE GASTOS DE LOS DEPENDIENTES. (Show amounts paid by you during the last 12 months. DO NOT REPORT DEPENDENTS' EXPENSES.)			\$	
10A. 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)			10B. FECHA DE FIRMA (MM/DD/YYYY) (DATE SIGNED)	
10C. NÚMEROS TELEFÓNICOS (Incluya Código de Área) (TELEPHONE NUMBERS) (Include Area Code)				
DIA (DAYTIME)		NOCHE (EVENING)		
SANCIÓN - La ley provee sanciones severas que incluyen multas o cárcel 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.)				