

NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO DEL VETERANO <i>(FIRST, MIDDLE, LAST NAME OF VETERAN)</i>	<b>Department of Veterans Affairs</b>  <b>REPORTE DE VERIFICACION DE ELEGIBILIDAD PARA                  PENSION MEJORADA (HIJO O HIJOS)</b> <i>(IMPROVED PENSION ELIGIBILITY VERIFICATION REPORT)</i> <i>(CHILD OR CHILDREN)</i> <b>9C</b>
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL VETERANO <i>(VETERAN'S SOCIAL SECURITY NUMBER)</i>	
DIRECCION POSTAL COMPLETO DEL HIJO O ALBACEA <i>(COMPLETE MAILING ADDRESS OF CHILD OR CUSTODIAN)</i>	NÚMERO DE EXPEDIENTE DE VA <i>(VA FILE NUMBER)</i>
DIRECCION REMITENTE DE LA OFICINA REGIONAL DE VA <i>(VA REGIONAL OFFICE RETURN ADDRESS)</i>	

**IMPORTANTE:** Favor de leer las instrucciones del EVR (Formulario VA 21P-0510) adjuntas antes de completar este formulario.  
*(IMPORTANT: Please read the enclosed EVR Instructions (VA Form 21P-0510) prior to completing this form.)*

**1. ESTADO CIVIL Y EDUCATIVO DEL HIJO(S) *(CHILD(REN)'S MARITAL AND SCHOOL STATUS)***

Anote los nombres, fechas de nacimiento, y números de Seguro Social de sus hijos e indique el estado civil y educativo para todos los hijos que estan recibiendo pagos en esta adjudicacion. Si el hijo no tiene un numero de Seguro Sòcial, escriba "NO SSN" en el espacio provisto para el Seguro Social del hijo. Si otros hijos estan en adjudicaciones dé VA separadas, ellos recibiran sus propios EVRs. Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel por separado.  
*(List the children's names, dates of birth, and Social Security numbers, and indicate marital and school status for all children being paid on this award. If the child does not have a Social Security number, write "No SSN" in the space provided for the child's Social Security number. If other children are on separate VA awards, they will receive their own EVRs. If additional space is needed, attach a separate sheet of paper.)*

**NOTA:** Llene Partida 1E solamente si el hijo tiene o es mayor de 18 años de edad. Llene Partida 1F solamente si el hijo esta entré 18 y 23 años de edad y no ha sido clasificado como discapacitado por VA. Se considera que el hijo ha asistido a la escuela continuamente si el hijo asistio tódos los años escolares excepto escuela de verano o días de fiesta. Si la Casilla (2) DEJO LA ESCUELA, esta marcada én Partida 1E o "NO" esta marcado en Partida 1F, provea la ultima fecha en que el hijo asistio a la escuela en la Partida 1F.

*(NOTE: Complete Item 1E only if the child is 18 years of age or older. Complete Item 1F only if the child is between the ages of 18 and 23 and has not been rated disabled by VA. The child is considered to have attended school continuously if the child attended every regular school term except summer school or holiday periods. If Block (2), STOPPED SCHOOL, is checked in Item 1E or "NO" is checked in Item 1F, provide the date the child last attended school in Item 1F.)*

A. NOMBRE COMPLETO DEL HIJO <i>(Full Name of child)</i>	B. FECHA DE NACIMIENTO <i>(Date of birth)</i> <i>(MM/DD/YYYY)</i>	C. NUMERO DE SEGURO SOCIAL <i>(Social Security Number)</i>	D. ESTADO CIVIL <i>(Marital status)</i>			E. ESTATUS ESCOLAR <i>(School status)</i>			F. ASISTIÓ A LA ESCUELA CONTINUAMENTE DESDE LOS 18 AÑOS <i>(Attended school continuously since age 18)</i>		
			(1) CASADO <i>(MARRIED)</i>	(2) DIVORCIADO/ VIUDO <i>(DIVORCED/ WIDOWED)</i>	(3) NUNCA CASADO <i>(NEVER MARRIED)</i>	(1) ASISTE ESCUELA <i>(ATTENDS SCHOOL)</i>	(2) DEJO ESCUELA <i>(STOPPED SCHOOL)</i>	(3) DISCAPACITADO <i>(DISABLED CHILD)</i>	(1) SI <i>(YES)</i>	(2) NO <i>(NO)</i>	FECHA QUE DEJÓ LA ESCUELA <i>(DATE LEFT SCHOOL)</i> <i>(MM/DD/YYYY)</i>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**2. ¿RECIBIÓ UNO DE SUS HIJOS EN ESTA ADJUDICACION UN SUELDO EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES?**  
*(DID ANY CHILD ON THIS AWARD RECEIVE WAGES AT ANY TIME DURING THE LAST 12 MONTHS?)*

SI     NO

**REPORTE DE INGRESOS Y VALOR NETO (REPORT OF INCOME AND NET WORTH)**

**NOTA IMPORTANTE ACERCA DE PARTIDAS 3A A 3G: (IMPORTANT NOTE ABOUT ITEMS 3A THROUGH 3G):**

**Beneficiarios o Hijos Reclamantes:** Si usted es un hijo reclamando o recibiendo pensión en su propio derecho, indique sus ingresos y valor neto en las columnas marcada HIJO. Deje las columnas de ALBACEA en blanco. *(Child Claimants or Payees: If you are a child claiming or receiving pension in your own right, report your income and net worth in the CHILD columns. Leave the CUSTODIAN columns blank.)*

**Albaceas de Hijos:** Si está reclamando o recibiendo pensión como albacea de un hijo o hijos, indique los ingresos y valor neto del hijo en las columnas marcada HIJO, e indique sus ingresos y valor neto en las columnas marcada ALBACEA. Si es también el padre de los hijos, está casado y vive con su conyúge, sume los ingresos y valores netos de usted y su conyúge e indique los totales en las partidas 3A, 3B y 3G en las columnas marcadas ALBACEA. *(Custodians of Children: If you are claiming or receiving pension as the custodian of a child or children, report the child's income and net worth in the CHILD columns, and enter your income and net worth in the CUSTODIAN columns. If you are also the child's parent, you are married, and you live with your spouse, add your and your spouses's incomes and net worth together and enter the totals in the CUSTODIAN columns in Items 3A, 3B, and 3G.)*

**Albaceas Institucionales:** Si es el albacea institucional de un hijo, indique los ingresos y valor neto del hijo en las columnas marcadas HIJO. Deje en blanco las columnas marcadas ALBACEA. *(Institutional Custodians: If you are an institutional custodian of a child, report the child's income and net worth in the CHILD columns. Leave the CUSTODIAN columns blank)*

Si no recibió ingresos de una fuente en particular, escriba "0" o "Ninguno". NO DEJE NINGUN ESPACIO EN BLANCO a menos que las instrucciones indiquen expresamente que la partida tiene que ser contestada. *(If no income was received from a particular source, write "0" or "none." Do not leave any items blank unless the instructions specifically indicate that the item does not have to be answered.)*

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

**CANTIDADES BRUTAS MENSUALES (GROSS MONTHLY AMOUNTS)**

FUENTE (SOURCE)	ALBACEA (CUSTODIAN):	HIJO (CHILD):	HIJO (CHILD):
SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY)	\$	\$	\$
SERVICIO CIVIL DE E.U. (U.S. CIVIL SERVICE)			
JUBILACION FERROVIARIA (U.S. RAILROAD RETIREMENT)			
BENEFICIOS PÚLMON NEGRO (BLACK LUNG BENEFIT)			
OTRA JUBILACIÓN (Other Retirement)			
OTRA (Indique Fuente) (Other) (Show source)			
OTRA (Indique Fuente) (Other) (Show source)			

**3B. INGRESOS ANUALES (Leá 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.*

FUENTE (SOURCE)	ALBACEA (CUSTODIAN):		HIJO (CHILD):		HIJO (CHILD):	
	FECHAS (DATES) (MM/DD/YYYY)		FECHAS (DATES) (MM/DD/YYYY)		FECHAS (DATES) (MM/DD/YYYY)	
	DE (FROM): A (THRU):	DE (FROM): A (THRU):	DE (FROM): A (THRU):	DE (FROM): A (THRU):	DE (FROM): A (THRU):	DE (FROM): A (THRU):
SUELDO BRUTO DE TODA EMPLEO (Gross wages from all employment)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
INTERESES Y DIVIDENDOS TOTALES (Total interest and dividends)						
TODO LO DEMAS (Indique Fuente) (ALL OTHER) (Show Source)						

3C. CAMBIARON SUS INGRESOS (aumento/reduccion) DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES? (Conteste NO si no hubo cambios en sus ingresos o si el unico cambio fue el ajuste de costo de vida de VA o Seguro Social. Conteste SI, si hubo cambios a sus ingresos o recibio alguna fuente NUEVA de ingresos o cual quier 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  NO (SI contesta "SI," conteste partidas 3D a 3F. Si contesta "NO," vaya a Partida 3G) (If "YES," complete Items 3D through 3F. If "NO," go to Item 3G.)

3D. ¿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.)	3E. ¿CUANDO CAMBIARON LOS INGRESOS? (Muestre las fechas cuando recibio algun 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 the income changed)	3F. ¿COMO CAMBIARON LOS INGRESOS? (Explique que sucedio: Por ejemplo renuncio su trabajo, recibio un aumento de sueldo, recibio herencia) (How did income change?) (Explain what happened; for example, quit work, got raise, received inheritance)

3G. VALOR NETO (Leá Parrafo 5 de las instrucciones del EVR) (NET WORTH) (Read Paragraph 5 of the EVR Instructions)

FUENTE (SOURCE)	ALBACEA (CUSTODIAN):	HIJO (CHILD):	HIJO (CHILD):
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 PLANS, ETC. (IRA'S, KEOGH PLANS, ETC.)			
ACCIONES, BONOS, FONDOS MUTUOS, ETC. (Stocks, Bonds, Mutual Funds, etc.)			
BIENES RAÍCES (Su casa no) (Real Property - Not your home)			
OTRAS PROPIEDADES (All Other Property)			

4. GASTOS MÉDICOS DEL HIJO (Leá Parrafo 6 de las instrucciones del EVR) (Child's medical expenses) (Read Paragraph 6 of the EVR Instructions)

Normalmente, los gastos médicos son reportados al final del año. Si usted esta usando este formulario como su Reporte de Verificacion de Elegibilidad anual y el Parrafo 6 de las instrucciones indica que debe reportar gastos médicos, utilice Formulario VA 21P-8416, Reporte de Gastos Medicos, para reportar sus gastos medicos. Si está usando este formulario para suplementar un reclamo pendiente, no necesita reportar gastos medicos. Si se ha establecido su derecho, usted tendra la oportunidad de repórtar sus gastos medicos 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.)

5. GASTOS EDUCATIVOS DEL HIJO (Leá el Parrafo 7 de las instrucciones del EVR) (Child's educational expenses) (Read Paragraph 7 of the EVR Instructions)

Si in hijo estudiante contesto "SI" en partidas 1F y 2, indique cualesquier gastos educativos que el hijo pago con sus propios fondos durante los ultimos 12 meses. (If a school child answered "YES" to Items 1F and 2, report any educational expenses the child paid out of his/her own funds during the past 12 months.)

A. NOMBRE DEL HIJO ESTUDIANTE (School child's name)	B. CANTIDAD PAGADA (Amount paid)
	\$
	\$

6A. FIRMA DEL BENEFICIARIO (Leá Parrafo 9 de las instrucciones del EVR antes de firmar) (Signature of Payee) (Read Paragraph 9 of the EVR Instructions before signing)	6B. FECHA DE FIRMA (Date signed) (MM/DD/YYYY)
--	---

6C. NUMEROS TELEFONICOS (Incluya Codigo de Area) (Telephone numbers) (Include Area Code)

DIA (Daytime)	NOCHE (Evening)
---------------	-----------------

**SANCIÓN:** La ley provee sanciones severas que incluyen multas o carcel o ambas, por la entrega intencional de cualquier declaracion o evidencia de un hecho material, sabiendo que es falso, o aceptacion 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.)