Núm de OMB Aprobado: 2900-0101
Tiempo para Responder : 30 minutos
Fecha de Caducidad : 07/31/2024

NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO DEL VETERANO
(FIRST, MIDDLE, LAST NAME OF VETERAN)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL VETERANO
(VETERAN'S SOCIAL SECURITY NUMBER)

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE
(FIRST, MIDDLE, LAST NAME OF PARENT)

DIRECCION POSTAL COMPLETA DEL PADRE
(COMPLETE ADDRESS OF PARENT)

Department of Veterans Affairs

REPORTE DE VERIFICACÍON BAJO LA VIEJA LEY Y SECCION 306 (HIJOS UNICAMENTE) 3

(OLD LAW AND SECTION 306 VERIFICATION REPORT) (CHILDREN ONLY)

NUMERO DE EXPEDIENTE DE VA
VA FILE NUMBER

DIRECCION DE OFICINA REGIONAL DE VA
(VA REGIONAL OFFICE RETURN ADDRESS)

IMPORTANTE - Favor de leer las instrucciones del EVR adjuntas del EVR (Formulario VA 21P-0510) antes de completar este formulario. Este formulario es usado por hijos y albaceas de hijos que reciben Pensión bajo la Vieja Ley o Seccion 306. Si usted ha estado recibiendo una pension de tasa fija desde 1960, usted recibe la Pensión bajo la Vieja Ley. Si ha estado recibiendo una pensión de tasa fija desde 1978, recibe la Pensión de Seccion 306. Si recibe Pension bajo la Vieja Ley, no llene la partida 2G, Valor Neto, y partida 3 Gastos Medicos Familiares. Si recibe Pension Seccion 306, llene todas las partidas.
IMPORTANT - Please read the enclosed EVR Instructions (VA Form 21P-0510) before completing this form. This form is used by children and custodians of children receiving Old Law or Section 306 Pensión. If you have been receiving a fixed rate of pensión since 1960, you receive Old Law Pension. If you have been receiving a fixed rate of pensión since 1978, you receive Section 306 pensión. If you receive Old Law Pensión, do not complete Item 2G, New Worth, and Item 3, Family Medical Expenses. If you receive Section 306 Pensión, complete all items.

1. ESTADO CIVIL Y EDUCATIVO DE HIJO(S)

Anote los nombres, fechas de nacimiento, y numeros 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 Social, escriba "NO SSN" en el espacio provisto para el Seguro Social del hijo. Si otros hijos estan recibiendo pagos de VA separados, ellos recibiran sus propios EVRs. Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja de papel por separado.
NOTA: Llene Partida 1E solamente si el hijo tiene o es mayor de 18 anos de edad. Llene Partida 1F solamente si el hijo esta entre 18 y 23 anos 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 todos los anos escolares excepto escuela de verano o periodos de fiesta. Si la Casilla (2) DEJO LA ESCUELA, esta marcada en Partida 1E o "NO" esta marcado en Partida 1F, provea la última fecha en que el hijo asistio a la escuela en la Partida 1F.
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.

A. NOMBRE COMPLETO DEL HIJO *(Full Name of child)*	B.FECHA DE NACIMIENTO (Mes, Día, Ano) *(Date of birth)*	C. NUMERO DE SEGURO SOCIAL *(Social Security Number)*	D. ESTADO CIVIL *(Marital status)*	E. ESTATUS ESCOLAR *(School status)*	F. ASISTIÓ A LA ESCUELA CONTINUAMENTE DESDE LOS 18 ANOS *(Attended school continuously since age 18)*	
			(1) ☐ CASADO MARRIED (2) ☐ DIVORCIADO/VIUDO DIVORCED/WIDOWED (3) ☐ NUNCA CASADO NEVER MARRIED	(1) ☐ ASISTE ESCUELA ATTENDS SCHOOL (2) ☐ DEJO ESCUELA STOPPED SCHOOL (3) ☐ DISCAPACITADO DISABLED CHILD	(1) ☐ SÍ YES (2) ☐ NO NO	**FECHA QUE DEJÓ LA ESCUELA DATE LEFT SCHOOL**
			(1) ☐ CASADO MARRIED (2) ☐ DIVORCIADO/VIUDO DIVORCED/WIDOWED (3) ☐ NUNCA CASADO NEVER MARRIED	(1) ☐ ASISTE ESCUELA ATTENDS SCHOOL (2) ☐ DEJO ESCUELA STOPPED SCHOOL (3) ☐ DISCAPACITADO DISABLED CHILD	(1) ☐ SÍ YES (2) ☐ NO NO	
			(1) ☐ CASADO MARRIED (2) ☐ DIVORCIADO/VIUDO DIVORCED/WIDOWED (3) ☐ NUNCA CASADO NEVER MARRIED	(1) ☐ ASISTE ESCUELA ATTENDS SCHOOL (2) ☐ DEJO ESCUELA STOPPED SCHOOL (3) ☐ DISCAPACITADO DISABLED CHILD	(1) ☐ SÍ YES (2) ☐ NO NO	
			(1) ☐ CASADO MARRIED (2) ☐ DIVORCIADO/VIUDO DIVORCED/WIDOWED (3) ☐ NUNCA CASADO NEVER MARRIED	(1) ☐ ASISTE ESCUELA ATTENDS SCHOOL (2) ☐ DEJO ESCUELA STOPPED SCHOOL (3) ☐ DISCAPACITADO DISABLED CHILD	(1) ☐ SÍ YES (2) ☐ NO NO	

2A. REPORTE DE INGRESOS Y VALOR NETO (Report of Income and Net Worth)

NOTA: Si no recibio ingresos de una fuente en particular, escriba "0" o "NONE." NO DEJE NINGUN ESPACIO EN BLANCO.

A. INGRESOS MENSUALES (Lea Párrafos 2 y 3 de las instrucciones del EVR).

FUENTE *(Source)*	NOMBRE DEL HIJO: *(Child's Name)*	NOMBRE DEL HIJO: *(Child's Name)*	NOMBRE DEL HIJO: *(Child's Name)*
SEGURO SOCIAL *(Social Security)*	$	$	$
SERVICIO CIVIL DE E.U. DE E.U. *(U.S. Civil Service)*			
JUBILACION FERROVIARIA DE E.U. *(U.S. Railroad Retirement)*			
BENEFICIOS POR PULMÓN NEGRO *(Black Lung Benefits)*			
SEGURO SOCIAL SUPLEMENTARIO *(SSI)* *(Supplemental Security Income)*			
OTROS INGRESOS *(Indique Fuente)* *(Other Income - show source)*			

(Continua al dorso)

2B. 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 recibio ingresos de una fuente en particular, escriba "0" o "none." NO DEJE NINGUN ESPACIO EN BLANCO)

(If no income was received from a particular source, write "0" or "none." DO NOT LEAVE ANY ITEMS BLANK)

FUENTE *(Source)*	HIJO: CHILD		HIJO: CHILD		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:)*
SALARIO O SUELDO BRUTO: *(Gross Salary or Wages)*	$	$	$	$	$	$
INTERESES Y DIVIDENDOS TOTALES: *(Total interest and dividends)*						
TODO LO DEMAS *(Indique Fuente)* ALL OTHER *(Show Source)*						
TODO LO DEMAS *(Indique Fuente)* ALL OTHER *(Show Source)*						

2C. ¿CAMBIARON SUS INGRESOS (aumento/reduccion) 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 recibio 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.)

☐ SÍ ☐ NO (SI contesta "SI", conteste partidas 2D a 2F. Si contesta "NO", vaya a partida 2G.)
(If "YES," complete Items 2D through 2F. If "NO," go to Item 2G.)

2D. ¿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.)*	2E. ¿CUANDO CAMBIARON LOS INGRESOS? (Muestre las fechas cuando recibió 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 income changed)*	2F. ¿CÓMO CAMBIARON LOS INGRESOS? (Explique que sucedió: Por ejemplo, renuncio su trabajo, recibió un aumento de sueldo, recibio herencia) *(HOW DID INCOME CHANGE?) (Explain what happened; for example, quit work, got raise, received inheritance)*

2G. VALOR NETO (Lea Parrafo 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 4A si recibe Pension de Ley Antigua. *(Note: Complete only if you receive Section 306 Pension. Skip to Item 4A if you receive Old Law Pension.*

FUENTE *(SOURCE)*	HIJO *(CHILD)*	HIJO *(CHILD)*	HIJO *(CHILD)*
EFFECTIVO/CUENTAS BANCARIAS SIN INTERESES *(Cash/Non-Interest BearingBank Accounts)*			
CUENTAS BANCARIAS CON INTERESES *(Interest-Bearing Bank Accounts)*			
ACCIONES, BONOS, FONDOS MUTUOS, ETC. *(Stocks, Bonds, Mutual Funds, etc.)*			
CERTIFICADOS DE DEPOSITO, CUENTAS DE RETIRO (IRA), ETC. *(Certificates of Deposit, IRAs, etc.)*			
BIENES RAICES (Excluyendo casa del hijo) *(Real Property - Excluding child's home)*			
OTRAS PROPIEDADES *(All Other Property)*			

3. GASTOS MEDÍCOS DEL HIJO (Lea Parrafo 6 de las instrucciones del EVR) (Child's Medical Expenses - Read paragraph 6 of the EVR Instructions)

NOTA: Pasa a Partida 4A si recibe Pensión bajo la Vieja Ley *(Note: Skip to Item 4A if you receive Old Law Pension)*

Si el Parrafo 6 de las instrucciones del EVR indica que debe reportar gastos medicos, use Formulario VA 21P-8416, Reporte de Gastos Medicos, pára reportar sus gastos medicos. (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.

4A. FIRMA DEL RECLAMANTE (Lea Parrafo 9 de las instrucciones del EVR antes de firmar)	4B. FECHA DE FIRMA *(DATE SIGNED)*

5. NÚMEROS TELEFÓNICOS (Incluya Código de Área) *(TELEPHONE NUMBERS) (Include Area Code)*

A. DIA *(DAYTIME)*	B. 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.)