


NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO DEL VETERANO (FIRST, MIDDLE, LAST NAME OF VETERAN)		 Department of Veterans Affairs REPORTE DE VERIFICACION DE ELEGIBILIDAD PARA PADRES - D.I.C. (D.I.C. PARENTS' ELIGIBILITY VERIFICATION REPORT) ⁴
NÚMERO 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)		
		NÚM. DE EXPEDIENTE VA-NÚM. DE BENEFICIARIO-NOMBRE DEL TALONARIO (VA FILE NUMBER - PAYEE NUMBER - STUB NAME)
		DOMICILIO REMITENTE DE OFICINA REGIONAL DE VA (VA REGIONAL OFFICE RETURN ADDRESS)
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. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL SUYO (YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER)	1B. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE SU CÓNYUGE (YOUR SPOUSE'S SOCIAL SECURITY NUMBER)	
1C. SU FECHA DE NACIMIENTO (Mes, día, año) (YOUR DATE OF BIRTH) (MM/DD/YYYY)	1D. FECHA DE NACIMIENTO DE SU CÓNYUGE (Mes, día, año) (YOUR SPOUSE'S DATE OF BIRTH) (MM/DD/YYYY)	
2. ESTADO CIVIL (Marque una casilla solamente) (MARITAL STATUS) (Check only one box)		
<input type="checkbox"/> (1) CASADO - VIVIENDO CON EL OTRO PADRE DEL VETERANO (Actualmente está casado y vive con el otro padre del veterano o si viven aparte es por razones medicas solamente.) (MARRIED - LIVING WITH OTHER PARENT OF VETERAN) (You are currently married and live with the veteran's other parent or you live apart only for medical reasons.)		
<input type="checkbox"/> (2) CASADO - VIVIENDO CON CÓNYUGE QUE NO ES EL OTRO PADRE DEL VETERANO (Actualmente está casado con una) (MARRIED - LIVING WITH SPOUSE WHO IS NOT OTHER PARENT OF VETERAN) (You are currently married to a person who is not the veteran's other parent and you live together or live apart only for medical reasons.)		
<input type="checkbox"/> (3) SEPARADO DEL CÓNYUGE (Está casado pero separado de su cónyuge) (SEPARATED FROM SPOUSE) (You are married but estranged from your spouse.) (Si se separó dentro de los últimos 12 meses, indique la fecha separación) (MM/DD/YYYY): _____ (If you separated within the last 12 months, show the date of separation) (MM/DD/YYYY)		
<input type="checkbox"/> (4) SIN CASAR ACTUALMENTE (Nunca se ha casado o ahora está divorciado o viudo. Si su matrimonio mas reciente terminó durante los últimos 12 meses, indique la fecha de divorcio o la fecha de muerte de su cónyuge) (NOT NOW MARRIED) (You have never married or are now divorced or widowed.) (If your most recent marriage ended during the last 12 months, enter the date of divorce or the date of your spouse's death.) Fecha de divorcio (Date of divorce) (MM/DD/YYYY): _____ Fecha de muerte del cónyuge (Date of spouse's death) (MM/DD/YYYY): _____		
3. ¿VIVE EL OTRO PADRE DEL VETERANO? (IS THE OTHER PARENT OF THE VETERAN LIVING?) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO		
4A. ¿ESTÁ USTED INTERNADO EN UNA CASA DE REPOSO? (ARE YOU A PATIENT IN A NURSING HOME?) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	4C. ANOTE EL NOMBRE, DOMICILIO COMPLETO NÚMERO DE TELEFONO DE LA CASA DE REPOSO (Favor de incluir código postal) (ENTER THE NAME, COMPLETE ADDRESS, AND TELEPHONE NUMBER OF NURSING HOME) (Please include ZIP Code)	
4B. ANOTE LA FECHA QUE INGRESÓ A LA CASA DE REPOSO (SHOW THE DATE YOU ENTERED THE NURSING HOME) (MM/DD/YYYY)		
5. ¿RECIBIÓ SUELDO O TUVO EMPLEO EN CUALQUIER PERIODO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES? (WERE YOU OR YOUR SPOUSE EMPLOYED AT ANY TIME DURING THE 12 MONTH PERIOD PRECEDING THE DATE YOU SIGNED THE FORM?) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
6. ¿RECIBE CUALQUER 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 número 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)**

INGRESOS BRUTOS MENSUALES. Si no recibio de una fuente en particular, escribe "0" o "none." DEJE NINGUNA PARTIDA 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)	USTED (YOU)	SU CÓNYUGE (YOUR SPOUSE)
SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY)		
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE E.U. (U.S. CIVIL SERVICE)		
JUBILACIÓN FERROVIARIA DE E.U. (U.S. RAILROAD RETIREMENT)		
BENEFICIOS DE PULMÓN NEGRO (BLACK LUNG BENEFITS)		
JUBILACIÓN 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 recibio ingresos de una fuente en particular, escribo "0" o "none". NO DEJE NINGUNA PARTIDA EN BLANCO.
(If no income was received from a particular source, write "0" or "none." DO NOT LEAVE ANY ITEMS BLANK.)

FUENTE (SOURCE)	USTED (YOU)		SU CÓNYUGE (YOUR SPOUSE)	
	FECHAS (DATE) (MM/DD/YYYY)		FECHAS (DATE) (MM/DD/YYYY)	
	DE (FROM): A (THRU):	DE (FROM): A (THRU):	DE (FROM): A (THRU):	DE (FROM): A (THRU):
SUELDOS BRUTOS DE 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/dismución) 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 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", contest partidas 7D a 7F. Si contesta "NO", vaya a partida 8. (If "YES," complete Items 7D through 7F. If "NO," go to Item 8.)

7D. ¿QUÉ 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. ¿CUÁNDO 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)	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)

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 del 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 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. (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.)

9A. FIRMA DEL PADRE (Lea Párrafo 9 de las instrucciones del EVR antes de firmar) (SIGNATURE OF PARENT) (Read Paragraph 9 of the EVR Instructions before signing)	9B. FECHA DE FIRMA (DATE SIGNED) (MM/DD/YYYY)
---	---

9C. NÚMEROS TELEFONICOS (Incluya Código de Area) (TELEPHONE NUMBERS) (Include Area Code)

DIA (DAYTIME)	NOCHE (EVENING)
---------------	-----------------

SANCIÓN - La ley provee sanciones severas que incluyen multas o prision 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.)