

NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO DEL VETERANO (FIRST, MIDDLE, LAST NAME OF VETERAN)	Department of Veterans Affairs REPORTE DE VERIFICACION DE ELEGIBILIDAD PARA PENSION MEJORADA (Cónyuge Sobreviviente con Hijos) (IMPROVED PENSION ELIGIBILITY VERIFICATION REPORT) (Surviving Spouse with Children) 9S
NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO DEL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE (FIRST, MIDDLE, LAST NAME OF SURVIVING SPOUSE)	
NUMERO DE EXPEDIENTE DE VA (VA FILE NUMBER)	
DOMICILIO POSTAL COMPLETO DEL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE (COMPLETE MAILING ADDRESS OF SURVIVING SPOUSE)	DOMICILIO REMITENTE DE LA 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. SU NUMERO DE SEGURO SOCIAL (YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER)	1B. NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL VETERANO (VETERAN'S SOCIAL SECURITY NUMBER)	1C. SU FECHA DE NACIMIENTO (YOUR DATE OF BIRTH) (MM/DD/YYYY)
---	--	---

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

(1) NO ME HE VUELTO A CASAR DESDE QUE FALLECIÓ EL VETERANO (Usted no se ha casado con nadie desde que enviudó)
 (I HAVE NOT REMARRIED SINCE THE VETERAN DIED) (You have not married anyone since the veteran's death)

(2) ME VOLVI A CASAR EN _____ (Fecha) (MM/DD/YYYY) Y SIGO CASADA (O) (Se volvió a casar despues del fallecimiento del veterano y actualmente del veterano y actualmente sigue (o). Anote la fecha de matrimonio con su conyuge actual).
 (I REMARRIED ON (Date) AND I AM STILL MARRIED) (You married after the veteran's death and you are currently married. Enter the date you married your current spouse.)

(3) ME VOLVI A CASAR DESPUES DE FALLECER EL VETERANO PERO EL MATRIMONIO TERMINÓ EN MUERTE O DIVORCIO EN _____ (Fecha)
 (I REMARRIED AFTER VETERAN DIED BUT MARRIAGE ENDED BY DEATH OR DIVORCE ON (Date) (MM/DD/YYYY) (You remarried but you are not currently married.) (Show the date your latest marriage ended.)

**3A. HIJOS DEPENDIENTES SOLTEROS (Lea Parrafo 1 de las instrucciones del EVR)
 (UNMARRIED DEPENDENT CHILDREN) (Read Paragraph 1 of the EVR Instructions)**

NOMBRE COMPLETO DEL HIJO (Nombre, 2da inicial, apellido) (FULL NAME OF EACH CHILD) (First, middle initial, last)	FECHA DE NACIMIENTO (DATE OF BIRTH) (MM/DD/YYYY)	NUMERO DE SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY NUMBER)	POR FAVOR MARQUE CON UNA (X) (PLEASE CHECK ONE) (X)		
			MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD (UNDER 18 YEARS OF AGE)	MAYOR DE 18 Y MENOR DE 23 AÑOS Y ASISTIENDO A LA ESCUELA (OVER 18 AND UNDER 23, AND ATTENDING SCHOOL)	CUALQUIER EDAD E INCAPACITADO PERMANENTEMENTE POR RAZONES FISICAS O MENTALES (ANY AGE PERMANENTLY HELPLESS FOR PHYSICAL OR PHYSICAL REASONS)
			<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"/>

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

NOMBRE DEL HIJO (NAME OF CHILD)	DOMICILIO COMPLETO DEL HIJO (CHILD'S COMPLETE ADDRESS)	NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN VIVE EL HIJO (Si aplica) (NAME OF PERSON CHILD LIVES WITH) (If Applicable)	CANTIDAD MENSUAL QUE USTED APORTA PARA SU MANUTENCION (MONTHLY AMOUNT YOU CONTRIBUTE TO CHILD'S SUPPORT)
			\$
			\$

4A. ¿ESTA USTED INTERNADO EN UNA CASA DE REPOSO? (ARE YOU A PATIENT IN A NURSING HOME?) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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.)	4C. INDIQUE EL NOMBRE, DOMICILIO COMPLETO Y NUMERO TELEFONICO DE LA CASA DE REPOSO (Favor de incluir el Código Postal) (ENTER THE NAME, COMPLETE ADDRESS, AND TELEPHONE NUMBER OF NURSING HOME) (Please Include ZIP Code)
4B. INDIQUE LA FECHA QUE INGRESO A LA CASA DE REPOSO (SHOW THE DATE YOU ENTERED THE NURSING HOME) (MM/DD/YYYY)	
4D. ¿CUBRE MEDICAID TODO O PARTE DE LOS GASTOS DE LA CASA DE REPOSO? (DOES MEDICAID COVER ALL OR PART OF YOUR NURSING HOME FEES?) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

5. ¿RECIBE SUELDO O TUVO EMPLEO EN CUALQUIER PERIODO DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES
(DID YOU RECEIVE WAGES OR WERE YOU EMPLOYED AT ANY TIME DURING THE PAST 12 MONTHS?)
 SI NO

6. ¿RECIBE ALGUN OTRO BENEFICIO DE VA COMO VETERANO, PADRE O CONYUGE SOBREVIVIENTE?
(DO YOU RECEIVE ANY OTHER VA BENEFITS AS A VETERAN, PARENT, OR SURVIVING SPOUSE?)
 SI NO (Si es "SI" escriba 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 BRUTAS MENSUALES (Si no recibio ningun 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." VA WILL INTERPRET A BLANK SPACE AS "NONE" OR "0.")

FUENTE (SOURCE)	CONYUGE SOBREVIVIENTE (SURVIVING SPOUSE)	HIJO (CHILD):	HIJO (CHILD):
SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY)	\$	\$	\$
ADMINISTRACION PUBLICA (U.S. CIVIL SERVICE)			
JUBILACION FERROVIARIA (U.S. RAILROAD RETIREMENT)			
BENEFICIOS PULMON NEGRO (BLACK LUNG BENEFITS)			
OTRA JUBILACION (OTHER RETIREMENT)			
OTRA (Indique Fuente) (OTHER) (Show Source)			
OTRA (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 recibí ningún ingreso de una fuente particular, escriba "0" o "Ninguno." No deje nada en blanco
(If no income was received from a particular source, write "0" or "none." VA WILL INTERPRET A BLANK SPACE AS "NONE" OR "0.")

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)	CONYUGE SOBREVIVIENTE (SURVIVING SPOUSE)		HIJO (CHILD):		HIJO (CHILD):	
	FECHA (DATE) (MM/YYYY)		FECHA (DATE) (MM/YYYY)		FECHA (DATE) (MM/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 TODO EMPLEO (GROSS SALARY OR WAGES FROM ALL EMPLOYMENT)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
TOTAL 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/reduccion) 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 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.)
 SI 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, 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 recibio algun ingreso nuevo o la fecha en que cambiaron los ingresos) (When did income change? (Show the dates you received any new income or the date income changed)	7F. ¿COMO CAMBIARON LOS INGRESOS? (Explique que sucedio: Por ejemplo, renuncio su trabajo, recibio un aumento de sueldo, recibio herencia) (How did income change?) (Tell 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)	CONYUGE SOBREVIVIENTE (SURVIVING SPOUSE)	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 (IRA'S, KEOGH PLANS, ETC.)			
ACCIONES, BONOS, FONDOS COMUNES, ETC. (STOCKS, BONDS, MUTUAL FUNDS, ETC.)			
BIENES RAICES (REAL PROPERTY - Not your home)			
OTRAS PROPIEDADES (ALL OTHER PROPERTY)			

**8. GASTOS MEDICOS DE FAMILIARES (Lea Párrafo 6 de las instrucciones del EVR)
(FAMILY MEDICAL EXPENSES) (Read Paragraph 6 of the EVR Instructions)**

Normalmente, los gastos medicos son reportados al fin del año. Si usted esta usando este formulario como su Reporte de Verificacion de Elegibilidad anual y el Párrafo 6 de las instrucciones indica que debe reportar gastos medicos, utilice Formulario VA 21P-8416, Reporte de Gastos Medicos, para reportar sus gastos medicos. Si esta usando este formulario para suplementar un redamo pendiente, no necesita reportar gastos medicos. Si se ha establecido su derecho, tendra la oportunidad de reportar sus gastos 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. 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 CONYUGE SOBREVIVIENTE (Lea Párrafo 7 de las instrucciones del EVR)
(SURVIVING SPOUSE'S EDUCATIONAL AND VOCATIONAL REHABILITATION EXPENSES) (Read Paragraph 7 of the EVR Instructions)**

Indique cantidades que usted pago durante los ultimos 12 meses NO REPORTE GASTOS DE SUS HIJOS.
(Show amounts paid by you during the last 12 months. DO NOT REPORT CHILDRENS' EXPENSES.)

\$

**10. GASTOS DE MANUTENCION FAMILIAR (PRIVACION) PARA LOS PROXIMOS 12 MESES (Lea Párrafo 8 de las instrucciones del EVR)
(FAMILY MAINTENANCE) (HARDSHIP) EXPENSES FOR NEXT 12 MONTHS (Read Paragraph 8 of the EVR Instructions)**

Llene SOLO si VA esta actualmente excluyendo los ingresos de sus hijos por motivo de privacion economica. Indique el total de gastos familiares esperados para los proximos 12 meses.
(Complete ONLY IF VA is currently excluding children's income on the grounds of hardship. Show total family expenses expected for the next 12 months.)

\$

11A. FIRMA DEL BENEFICIARIO (Lea el Párrafo 9 de las instrucciones del EVR antes de firmar)
(SIGNATURE OF PAYEE) (Read Paragraph 9 of the EVR Instructions before signing)

11B. FECHA
(DATE) (MM/DD/YYYY)

**11C. NUMEROS TELEFONICOS (IncluyaCodigo de Area)
(TELEPHONE NUMBERS) (Include Area Code)**

DIA
(DAYTIME)

NOCHE
(EVENING)

SANCION: La ley provee sanciones severas que incluyen multas o prision 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.)