Department of Veterans Affairs

REPORTE DE GASTOS MEDICOS
INSTRUCCIONES

Es posible que VA pueda pagarle beneficios más altos si usted declara gastos médicos para que VA los deduzca de sus ingresos. Su tasa de beneficio se basa en sus ingresos. Sus gastos médicos, ópticos, y dentales pueden ser deducibles.

Este formulario se utiliza para reportar cual quier gasto médico que usted haya pagado para sí mismo o para un familiar que sea un miembro de su hogar (cónyuge, hijo, nieto, padre, etc.), por el cual no ha recibido reembolso y no espera ser reembolsado. A continuación, se muestran ejemplos de gastos que puede incluir, si corresponde:

- Gastos hospitalarios
- Honorarios del consultorio médico
- Honorarios dentales
- Costos de medicamentos con o sin receta
- Costos del cuidado de la vista
- Prima de seguro médico
- Costos de asilo de ancianos
- Costos de audífonos
- Gastos de atención medica domiciliaria
- Gastos relacionados con el transporte a un hospital, médico u otro centro médico
- Deducción mensual de Medicare

EL FORMULARIO CONSTA DE 8 SECCIONES. ASEGÚRESE DE RESPONDER LAS PREGUNTAS DE CADA SECCIÓN SEGÚN REQUIERA.	
SECCIÓN I: INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL VETERANO	**SECCIÓN V: OTROS GASTOS MÉDICOS**
SECCIÓN II: INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL RECLAMANTE	**SECCIÓN VI: MILLAJE**
SECCIÓN III: PERÍODO DE INFORME	**SECCIÓN VII: CERTIFICACIÓN Y FIRMA**
SECCIÓN IV: ATENCION DOMICILIARIA Y GASTOS DE CENTRO DE CUIDADOS MÉDICOS	**SECCIÓN VIII: TESTIGO DE FIRMA**

Este formulario contiene los siguientes apéndices y hojas de trabajo que pueden ser necesarios para respaldar su solicitud:

Apéndice:

- A: Gastos de atención domiciliaria o de instalaciones
- B: Otros gastos médicos (continuación)
- C: Millas recorridas con fines medicos utilizando un vehículo privado

Hoja de trabajo:

- Atención residencia, guardería para adultos, o una instalación
- Gastos de asistente domiciliario

INFORMACION IMPORTANTE

- All Todos los gastos médicos deben declararse en el Formulario VA 21P-8416, Reporte de Gastos Médicos. Este formulario contiene apéndices opcionales que pueden enviar para complementar esta solicitud sin necesidad de enviar varias copias del Formulario VA 21P-8416. Pueden enviar las copias necesarias de cada apéndice que necesite. Si deja las preguntas del apéndice en blanco, VA asumirá que no presenta ningún gasto médico adicional más allá de las páginas recibidas.
- No incluya ningún gasto por el cual se le reembolsó o se le reembolsará. Si recibe reembolsos después de haber presentado este reclamo, notifique de inmediato a VA enviando el Formulario VA 21-4138, Declaración de Respaldo del Reclamo, o comunicándose con nuestro centro de llamadas al 1-800-827-1000.
- VA puede deducir los gastos pagados por usted, su cónyuge (para veteranos) u otros parientes que es un miembro constructivo de su hogar. ***NOTA**: **Miembro constructivo** significa que los gastos pueden ser para un cónyuge en un asilo de ancianos, un niña que está en la escuela o una situación similar. Los gastos se incurrieron en nombre del reclamante ode un familiar del reclamante (no necesariamente un dependiente por la definición de VA) que es un miembro o miembro constructivo en su hogar.*
- Si no está seguro de que VA puede deducir un gasto en particular, proporcione una descripción completa que incluya el propósito del pago. VA le informará si no se puede.
- Si reclama vitaminas, complementos alimenticios y/o remediós a base de hierbas, VA puede permitir estas deducciones de gastos de forma limitada (por miembro de su hogar por año). Si las deducciones superan el límite por miembro de su hogar, VA requiere evidencia de un proveedor de atención médica que indique al reclamante u otro miembro dependiente de su hogar que compre vitaminas, complementos alimenticios y/o remedios a base de hierbas. Asegúrese de que estos gastos se enumeren por separado por miembro de su hogar.
- **No envié** recibos de los gastos médicos que haya pagado. VA puede exigirle que verifique la cantidad que pago en algunas circunstancias. Por lo tanto, conserve todos los recibos u otra documentación de pagos al menos 3 años después de recibir una decisión sobre su reclamo de gastos médicos. Si no puede proporcionar documentación de sus gastos médicos reclamados cuando VA se lo pide, sus beneficios pueden reducirse o suspenderse retroactivamente.
- Enviar un nuevo Formulario VA 21P-8416 sin reportar un gasto médico continúo contado previamente puede resultar en la eliminación del gasto médico a partir de la fecha que VA recibió el formulario nuevo.
- Si reporta gastos de un asilo de ancianos, envíe también el Formulario VA 21-0779, Solicitud de información Sobre Hogar de Ancianos en Relación con el Reclamo de Ayuda y Asistencia. Importante: esto solo se aplica si su centro de atención medico se encuentra en la sección de "Asilo de ancianos, que incluye servicios de rehabilitación" en la página: https://www.medicare.gov/care-compare.
- Si reclama gastos de un proveedor de atención medica domiciliaria o vivienda en residencia asistida o atención similar, cada proveedor de atención debe completar la hoja de trabajo correspondiente para VA para determinar si todos o algunos de sus pagos al proveedor o centro de cuidado son deducibles. Las hojas de trabajo aplicables son:
  - Cuido residencial, guardería para adultos o una instalación similar - O -
  - Gastos de atención médica

AYUDA PARA COMPLETAR SU RECLAMO

OFICIAL DE SERVICIO AL VETERANO (VSO)

Es posible que desee comunicarse con un Oficial de Servicio al Veteranos acreditado para que lo ayude con su solicitud. Para obtener una lista de organizaciones de servicios para veteranos acreditadas, visite https://www.va.gov/vso/. También puede comunicarse con la oficina estatal de Asuntos de Veteranos en la página https://www.va.gov/statedva.htm, si necesita más ayuda con el proceso de solicitud. Para asignar un VSO con poder legar para el proceso de su reclamo, envíe un Formulario VA 21-22, *Nombramiento de Una Organización de Servicios para Veteranos*.

ABOGADO PRIVADO Y AGENTES DE RECLAMACIONES

Hay abogados y agentes de reclamos disponibles para ayudarlo a completar su solicitud. Para verificar si su abogado o agente de reclamos está acreditado por el Departamento de Asuntos de Veteranos, visite: https://www.va.gov/ogc/apps/accreditation/index.asp. Asignar un abogado privado o agente de reclamos con poder legal para el proceso de reclamos, envíe el Formulario VA 21-22a, *Nombramiento de Individuo como Representante del Reclamante.*

TARIFAS POR RECLAMACIONES

La Sección 5904, Título 38, Código de los Estados Unidos (codificada en $ 14.636, Título 38, Código de Regulaciones Federales) contiene disposiciones sobre los honorarios que pueden cobrarse, permitirse o pagarse por servicios prestados por un abogado o agente acreditado por VA en relación con un procedimiento ante el Departamento de Asuntos de Veteranos con respecto a un reclamo de beneficios bajo las leyes administradas por el departamento. Generalmente, un abogado o agente de reclamos acreditado por VA solo puede cobrar a los reclamantes una tarifa después de que VA haya emitido una decisión inicial sobre el reclamo y el abogado o agente haya cumplido con el poder notarial aplicable y los requisitos del acuerdo de honorarios.

AVISO DE LA LEY DE PRIVACIDAD: VA no divulgará la información recopilada en este formulario a ninguna fuente que no sea autorizada según la Ley de Privacidad de 1974 o el Título 38, código de Regulaciones Federales 1.576 para usos rutinarios (es decir, aplicación de la ley penal civil, comunicaciones del Congreso, estudios epidemiológicos o de investigación, el cobro de dinero adeudado a los Estados Unidos, litigios en los que Estados Unidos es parte o tiene interés, la administración de programas de VA y entrega de beneficios de VA, verificación de identidad y estatus, y administración de personal.) como se identifica en el sistema de registros de VA, 58VA21/22/28, Registros de compensación, pensión, educación y preparación para veteranos y empleo - VA, publicado en el Registro Federal. Su obligación de responder es necesaria para obtener o retener beneficios. La información solicitada se considera relevante y necesaria para determinar los beneficios máximos previstos por la ley. VA utiliza su SSN para identificar su archivo de reclamo. Proporcionar su SSN ayudará a garantizar que sus registros estén asociados correctamente a su archivo de reclamo. Proporcionarnos la información de su cuenta SSN es voluntario. Negarse a proporcionar su SSN por sí solo no resultará en la denegación de beneficios. VA no negará beneficios a una persona por negarse a proporcionar su SSH a menos que la divulgación del SSN sea requerida por un estatuto federal vigente antes del 1 de enero de 1975 y aún vigente. Las respuestas se consideran confidenciales (38 U.S.C. 5701). La información enviada está sujeta a verificación a través de programas de envío de comparación por computadora con otras agencias.

CARGA DEL DEMANDADO: Necesitamos esta información para determinar si los gastos médicos que usted pagó pueden usarse para reducir la cantidad de ingresos que contamos en determinar su elegibilidad para los beneficios (38 U.S.C. 1503). El Título 38 del Código de los Estados Unidos nos permite solicitar esta información. Estimamos que necesitará un promedio de 30 minutos para revisar las instrucciones, encontrar la información y completar este formulario. VA no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que exista un control válido de la OMB. Se muestra el número. No es necesario que responda a una recopilación de información si este número no se muestra. Los números de control válidos de la OMB se pueden ubicar en la página de Internet de la OMB en www.reginfo.gov/public/do/PRAMain. Si lo desea, puede llamar al 1-800-827-1000 para obtener información sobre dónde enviar comentarios o sugerencias sobre este formulario.

Núm. Aprobado por OMB 2900-0161
Tiempo para Responder: 30 minutos
Fecha de Caducidad: 10/31/2026

Department of Veterans Affairs

ESTAMPILLA DE FECHA DEL VA
(no escribas en este espacio)

REPORTE DE GASTOS MEDICOS

SECCIÓN I: INFORMACION DE INDENTIFICACIÓN DEL VETERANO

NOTA: Puede completar el formulario en línea *o* a mano. Si se completa a mano, imprima la información solicitada con tinta, clara y legible para ayudar a acelerar el procesamiento del formulario.

1A. NOMBRE DEL VETERANO *(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)*

Nombre: Segundo Nombre: Apellido:

1B. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL VETERANO

1C. NÚMERO DE EXPEDIENTE DE VA *(aplicable)*

SECCION II: INFORMACION DE CONTACTO DEL RECLAMANTE

2A. NOMBRE DEL RECLAMANTE *(Nombre, segundo nombre, apellido-si es diferente del Veterano)*

Nombre: Segundo Nombre: Apellido:

2B. DOMICILIO POSTAL *(número y calle, caja de correos, ciudad, estado, código postal, y país)*

Número y Calle: Número de Apartamento:

Ciudad: Estado/Provincia: País: Código/Postal:

2C. NÚMEROS TELEFONICOS PRIMARIO *(Incluya código de área)*

☐☐☐ – ☐☐☐ – ☐☐☐☐ Número de teléfono internacional *(si corresponde)*: _____

2D. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRONICO *(Opcional)*

SECCION III: PERIODO DE INFORMACIÓN

Este formulario está diseñado para proporcionarle a VA sus gastos médicos pagados durante un periodo específico para determinar o ajustar sus beneficios. Si envía una solicitud inicial, informe únicamente gastos médicos pagados en o después de su fecha de vigencia. Su fecha de vigencia suele ser la primera de las siguientes fechas:

- Fecha en que VA recibió su solicitud inicial
- Fecha en que VA recibe su Formulario VA 21-0966, *Intención de Presentar un Reclamo de Compensación y/o Pensión, o Pensión de sobrevivientes y/o DIC*
- Fecha de la muerte del Veterano *(para la Pensión de Sobrevivientes, si es dentro del año posterior de la muerte del Veterano)*

Si ya recibe beneficios de pensión, informe los gastos médicos que pagó durante el año del calendario (por ejemplo, del 01/01/XXXX al 12/31/XXXX). Si está respondiendo a una carta que identifica un periodo de fechas específico, informe los gastos médicos que pagó durante los períodos solicitados.

NOTA: Presente el Formulario VA 21P-8416 por separado si la información para fechas adicionales va más allá de un período de un año.

3. LA INFORMACIÓN QUE SE MUESTRA A CONTINUACIÓN REPRESENTA LOS GASTOS MÉDICOS PAGADOS DURANTE LAS SIGUIENTES FECHAS

Reporte las cantidades pagados entre las fechas *(MM/DD/AAAA)* _____ y _____ **- O -**

☐ Fecha de recibimiento por VA *(para solicitudes iniciales solamente)*

SECCION IV: GASTOS CUIDADO DOMICILIARIA Y CUOTAS DE CASA DE REPOSO

IMPORTANTE: Si reclama gastos de atención domiciliaria, atención residencial, guardería para adultos o centro de atención similar, CADA proveedor debe completar la(s)hoja(s) de trabajo correspondientes en las **páginas 9 y 10**, además de completar esta sección. Si está reportando una enfermería hogar que se encuentra en la sección "Residencias de ancianos, incluidos servicios de rehabilitación" del sitio web https://www.medicare.gov/care-compare usted debe presentar el Formulario VA 21-0779, *Solicitud de información sobre hogares de ancianos en relación con el reclamo de ayuda y asistencia*, en lugar de un hoja de trabajo.

4A (1). ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?

☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*

Especifica el nombre del hijo u otro:

4A (2). NOMBRE DEL PROVEEDOR

4A (3). FECHA DE COMIENZO Y DE TERMINA DEL PROVEEDOR *(MM/DD/AAAA)*

Comienzo: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

NOTA: Si el cuidado continuo deje la fecha de termina vacío.

Termina: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

4A (4). CANTIDAD PAGADA MENSUAL

$ ☐☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

4A (5). SI SE TRATA DE UN PROVEEDOR A DOMICILIO, PROPORCIONE LA TARIFA Y LOS HORAS A CONTINUACIÓN

Tarifa De Pago *(Por Hora)*: $ ☐☐☐ . ☐☐ Horas Trabajadas *(Por Semana)*: ☐☐☐

4B (1). ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?

☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*

Especifica el nombre del hijo u otro:

4B (2). NOMBRE DEL PROVEEDOR

4B (3). FECHA DE COMIENZO Y DE TERMINA DEL PROVEEDOR *(MM/DD/AAAA)*

Comienzo: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

NOTA: Si el cuidado continuo deje la fecha de termina vacío.

Termina: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

4B (4). CANTIDAD PAGADA MENSUAL

$ ☐☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

4B (5). SI SE TRATA DE UN PROVEEDOR A DOMICILIO, PROPORCIONE LA TARIFA Y LOS HORAS A CONTINUACIÓN

Tarifa De Pago *(Por Hora)*: $ ☐☐☐ . ☐☐ Horas Trabajadas *(Por Semana)*: ☐☐☐

SECCION V: OTROS GASTOS MEDICOS

NO informe sus gastos recurrentes mensuales en líneas múltiples; más bien, informe los gastos recurrentes en una sola línea. Para gastos recurrentes incluya el específico fechas en que comenzó el gasto recurrente y se calcula a una tasa mensual o anual. Complete una línea adicional para cualquier cambio en el monto de una mensualidad. gasto recurrente. Si un gasto recurrente ya terminó, trátelo como no recurrente. Los gastos no recurrentes deben declararse individualmente en líneas separadas. Medicamentos recetados generalmente no se consideran recurrentes.

NOTA: Un nuevo Formulario VA 21P-8416 presentado sin informar un gasto médico continuo contado previamente puede resultar en la eliminación del gasto médico desde la fecha de recepción del formulario.

5A (1). ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)* Especifica el nombre del hijo u otro: _____

5A (2). FECHA DE PAGO DEL GASTO *(MM/DD/AAAA)*	5A (3). FRECUENCIA	5A (4). CANTIDAD PAGADA
☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐	☐ MENSUAL ☐ ANUALMENTE ☐ NO RECURRENTE	$ ☐☐☐, ☐☐☐. ☐☐

5A (5). ¿A QUIEN PAGO? *(Nombre de proveedor o compañía de seguros, etc.)*	5A (6). PROPOSITO *(Seguro Médico, primas médicas, etc.)*

5B (1). ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)* Especifica el nombre del hijo u otro: _____

5B (2). FECHA DE PAGO DEL GASTO *(MM/DD/AAAA)*	5B (3). FRECUENCIA	5B (4). CANTIDAD PAGADA
☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐	☐ MENSUAL ☐ ANUALMENTE ☐ NO RECURRENTE	$ ☐☐☐, ☐☐☐. ☐☐

5B (5). ¿A QUIEN PAGO? *(Nombre de proveedor o compañía de seguros, etc.)*	5B (6). PROPOSITO *(Seguro Médico, primas médicas, etc.)*

5C (1). ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)* Especifica el nombre del hijo u otro: _____

5C (2). FECHA DE PAGO DEL GASTO *(MM/DD/AAAA)*	5C (3). FRECUENCIA	5C (4). CANTIDAD PAGADA
☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐	☐ MENSUAL ☐ ANUALMENTE ☐ NO RECURRENTE	$ ☐☐☐, ☐☐☐. ☐☐

5C (5). ¿A QUIEN PAGO? *(Nombre de proveedor o compañía de seguros, etc.)*	5C (6). PROPOSITO *(Seguro Médico, primas médicas, etc.)*

5D (1). ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)* Especifica el nombre del hijo u otro: _____

5D (2). FECHA DE PAGO DEL GASTO *(MM/DD/AAAA)*	5D (3). FRECUENCIA	5D (4). CANTIDAD PAGADA
☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐	☐ MENSUAL ☐ ANUALMENTE ☐ NO RECURRENTE	$ ☐☐☐, ☐☐☐. ☐☐

5D (5). ¿A QUIEN PAGO? *(Nombre de proveedor o compañía de seguros, etc.)*	5D (6). PROPOSITO *(Seguro Médico, primas médicas, etc.)*

5E (1). ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)* Especifica el nombre del hijo u otro: _____

5E (2). FECHA DE PAGO DEL GASTO *(MM/DD/AAAA)*	5E (3). FRECUENCIA	5E (4). CANTIDAD PAGADA
☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐	☐ MENSUAL ☐ ANUALMENTE ☐ NO RECURRENTE	$ ☐☐☐, ☐☐☐. ☐☐

5E (5). ¿A QUIEN PAGO? *(Nombre de proveedor o compañía de seguros, etc.)*	5E (6). PROPOSITO *(Seguro Médico, primas médicas, etc.)*

5F (1). ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)* Especifica el nombre del hijo u otro: _____

5F (2). FECHA DE PAGO DEL GASTO *(MM/DD/AAAA)*	5F (3). FRECUENCIA	5F (4). CANTIDAD PAGADA
☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐	☐ MENSUAL ☐ ANUALMENTE ☐ NO RECURRENTE	$ ☐☐☐, ☐☐☐. ☐☐

5F (5). ¿A QUIEN PAGO? *(Nombre de proveedor o compañía de seguros, etc.)*	5F (6). PROPOSITO *(Seguro Médico, primas médicas, etc.)*

5G (1). ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)* Especifica el nombre del hijo u otro: _____

5G (2). FECHA DE PAGO DEL GASTO *(MM/DD/AAAA)*	5G (3). FRECUENCIA	5G (4). CANTIDAD PAGADA
☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐	☐ MENSUAL ☐ ANUALMENTE ☐ NO RECURRENTE	$ ☐☐☐, ☐☐☐. ☐☐

5G (5). ¿A QUIEN PAGO? *(Nombre de proveedor o compañía de seguros, etc.)*	5G (6). PROPOSITO *(Seguro Médico, primas médicas, etc.)*

NOTA: Si tiene gastos médicos adicionales que declarar, complete el Anexo B: Otros gastos médicos en la página 7.

SECCION VI: MILLAJE

Declararse las millas recorridas por razones médicas (hospital, clínica, farmacia, etc.) en un vehículo privado como un auto, un camión, o una motocicleta. Solo declararse los recorridas medicas que ocurrieron entre las fechas indicadas en la Sección III de este formulario.

6A (1). ¿QUIEN NECESITABA LAS RECORRIDAS MEDICAS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

6A (2). PROVEA LA UBICACION DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(Hospital, clínica, farmacia, etc.)*

6A (3). TOTAL DE MILLAS DE RECORRIDAS MEDICA

6A (4). FECHA DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(MM/DD/AAAA)*

6A (5). CANTIDAD REEMBOLSADA DE CUALQUIER FUENTE *(Centro Médico de VA etc.)*

6B (1). ¿QUIEN NECESITABA LAS RECORRIDAS MEDICAS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

6B (2). PROVEA LA UBICACION DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(Hospital, clínica, farmacia, etc.)*

6B (3). TOTAL DE MILLAS DE RECORRIDAS MEDICA

6B (4). FECHA DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(MM/DD/AAAA)*

6B (5). CANTIDAD REEMBOLSADA DE CUALQUIER FUENTE *(Centro Médico de VA etc.)*

6C (1). ¿QUIEN NECESITABA LAS RECORRIDAS MEDICAS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

6C (2). PROVEA LA UBICACION DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(Hospital, clínica, farmacia, etc.)*

6C (3). TOTAL DE MILLAS DE RECORRIDAS MEDICA

6C (4). FECHA DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(MM/DD/AAAA)*

6C (5). CANTIDAD REEMBOLSADA DE CUALQUIER FUENTE *(Centro Médico de VA etc.)*

6D (1). ¿QUIEN NECESITABA LAS RECORRIDAS MEDICAS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

6D (2). PROVEA LA UBICACION DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(Hospital, clínica, farmacia, etc.)*

6D (3). TOTAL DE MILLAS DE RECORRIDAS MEDICA

6D (4). FECHA DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(MM/DD/AAAA)*

6D (5). CANTIDAD REEMBOLSADA DE CUALQUIER FUENTE *(Centro Médico de VA etc.)*

NOTA: Si tiene que declarar un reembolso de millaje adicional, complete el Anexo C: Millaje para viajes en vehículos de propiedad privada con fines médicos en la página 8.

SECCION VII: CERTIFICACION Y FIRMA

CERTIFICACIÓN: **No he recibido** ni **recibiré reembolso** por estos gastos. Certifico que la información contenida en este formulario y los anexos adjuntos son una representación fiel de los gastos que he pagado.

7A. FIRMA DEL RECLAMANTE/REPRESENTANTE AUTORIZADO

7B. FECHA DE FIRMA *(MM/DD/AAAA)*

SECCIÓN VIII: TESTIGO DE FIRMA *(Se requieren dos firmas de testigos si el reclamante firmó 7A con una "X")*

8A. NOMBRE EN IMPRENTA DEL PRIMER TESTIGO *(**NOTA**: Solo se utilizará si el reclamante firmó en 7A con una "X")*

8B. FIRMA DEL PRIMER TESTIGO *(**NOTA**: Solo se usará si el reclamante firmó en 7A usando una "X")*

8C. DIRECCIÓN POSTAL DEL PRIMER TESTIGO

Número y Calle: _____ Número de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ País: _____ Código/Postal: _____

8D. NOMBRE EN IMPRENTA DEL SEGUNDO TESTIGO *(**NOTA**: Solo se utilizará si el reclamante firmó en 7A con una "X")*

8E. FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO *(**NOTA**: Solo se usará si el reclamante firmó en 7A usando una "X")*

8F. DIRECCIÓN POSTAL DEL PRIMER TESTIGO

Número y Calle: _____ Número de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado/Provincia: _____ País: _____ Código/Postal: _____

PENALIDAD: La ley establece sanciones severas (incluidas multas y/o prisión) por presentar intencionalmente cualquier declaración o evidencia de un hecho material que usted sabe que es falso, o por la recepción fraudulenta de cualquier pago al que no tiene derecho.

APÉNDICE A: GASTOS MÉDICOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA O CENTRO DE CUIDADOS MÉDICOS

Si usted no está reclamando gastos relacionados con un centro de cuidados médicos o proveedor de atención domiciliaria no necesita completar apéndice A.

IMPORTANTE: Si usted está reclamando gastos de atención domiciliaria, cuido residencial o guardería de adulto, cada proveedor debe completar esta página al igual que las **páginas 9 y 10**. Si usted reside en un asilo de ancianos debe llenar el *Pedido para Información de Asilos para Ayuda y Asistencia Regular* (VA Form 21-0779).

1A. ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

1B. NOMBRE DEL PROVEEDOR

1C. FECHA DE COMIENZO Y DE TERMINA DEL PROVEEDOR *(MM/DD/AAAA)*
Comienzo: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
NOTA: Si el cuidado continuo deje la fecha de termina vacío.
Termina: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

1D. CANTIDAD PAGADA MENSUAL
$ ☐☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

1E. SI SE TRATA DE UN PROVEEDOR A DOMICILIO, PROPORCIONE LA TARIFA Y LOS HORAS A CONTINUACIÓN
Tarifa De Pago *(Por Hora)*: $ ☐☐☐ . ☐☐ Total de Horas Trabajadas *(Por Semana)*: ☐☐☐

2A. ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

2B. NOMBRE DEL PROVEEDOR

2C. FECHA DE COMIENZO Y DE TERMINA DEL PROVEEDOR *(MM/DD/AAAA)*
Comienzo: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
NOTA: Si el cuidado continuo deje la fecha de termina vacío.
Termina: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

2D. CANTIDAD PAGADA MENSUAL
$ ☐☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

2E. SI SE TRATA DE UN PROVEEDOR A DOMICILIO, PROPORCIONE LA TARIFA Y LOS HORAS A CONTINUACIÓN
Tarifa De Pago *(Por Hora)*: $ ☐☐☐ . ☐☐ Total de Horas Trabajadas *(Por Semana)*: ☐☐☐

3A. ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

3B. NOMBRE DEL PROVEEDOR

3C. FECHA DE COMIENZO Y DE TERMINA DEL PROVEEDOR *(MM/DD/AAAA)*
Comienzo: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
NOTA: Si el cuidado continuo deje la fecha de termina vacío.
Termina: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

3D. CANTIDAD PAGADA MENSUAL
$ ☐☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

3E. SI SE TRATA DE UN PROVEEDOR A DOMICILIO, PROPORCIONE LA TARIFA Y LOS HORAS A CONTINUACIÓN
Tarifa De Pago *(Por Hora)*: $ ☐☐☐ . ☐☐ Total de Horas Trabajadas *(Por Semana)*: ☐☐☐

4A. ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

4B. NOMBRE DEL PROVEEDOR

4C. FECHA DE COMIENZO Y DE TERMINA DEL PROVEEDOR *(MM/DD/AAAA)*
Comienzo: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
NOTA: Si el cuidado continuo deje la fecha de termina vacío.
Termina: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

4D. CANTIDAD PAGADA MENSUAL
$ ☐☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

4E. SI SE TRATA DE UN PROVEEDOR A DOMICILIO, PROPORCIONE LA TARIFA Y LOS HORAS A CONTINUACIÓN
Tarifa De Pago *(Por Hora)*: $ ☐☐☐ . ☐☐ Total de Horas Trabajadas *(Por Semana)*: ☐☐☐

5A. ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

5B. NOMBRE DEL PROVEEDOR

5C. FECHA DE COMIENZO Y DE TERMINA DEL PROVEEDOR *(MM/DD/AAAA)*
Comienzo: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
NOTA: Si el cuidado continuo deje la fecha de termina vacío.
Termina: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

5D. CANTIDAD PAGADA MENSUAL
$ ☐☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

5E. SI SE TRATA DE UN PROVEEDOR A DOMICILIO, PROPORCIONE LA TARIFA Y LOS HORAS A CONTINUACIÓN
Tarifa De Pago *(Por Hora)*: $ ☐☐☐ . ☐☐ Total de Horas Trabajadas *(Por Semana)*: ☐☐☐

NOTA: Si es necesario puede llenar y enviar copias adicionales de Apéndice A.

APÉNDICE B: OTROS GASTOS MÉDICOS

Si usted no está reclamando gastos adicionales, no necesita completar Apéndice B.

Reporte sus gastos médicos recurrentes no reportados en otra sección aquí incluye la fecha específica que los gastos comenzaron y calcula el total mensual o anual. Añade una línea adicional para cambios en cantidad mensual. Medicamentos prescriptos no son considerado gastos recurrentes. Si termino o ya no paga el gasto recurrente trata el gasto como no recurrente y reporta la cantidad total pagada durante el periodo designado.

NOTA: Si envías un Reporte de Gastos Médicos (VA Form 21P-8416) nuevo y no reportas gastos médicos previamente contados esto podría resultar en eliminación de esos gastos médicos desde el día que recibimos el formulario nuevo.

1A. ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)* Especifica el nombre del hijo u otro: _____

1B. FECHA DE PAGO DEL GASTO *(MM/DD/AAAA)*	1C. FRECUENCIA	1D. CANTIDAD PAGADA
☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐	☐ MENSUAL ☐ ANUALMENTE ☐ NO RECURRENTE	$ ☐☐☐, ☐☐☐. ☐☐

1E. ¿A QUIEN PAGO? *(Nombre de proveedor o compañía de seguros, etc.)*	1F. PROPOSITO *(Seguro Médico, primas médicas, etc.)*

2A. ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)* Especifica el nombre del hijo u otro: _____

2B. FECHA DE PAGO DEL GASTO *(MM/DD/AAAA)*	2C. FRECUENCIA	2D. CANTIDAD PAGADA
☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐	☐ MENSUAL ☐ ANUALMENTE ☐ NO RECURRENTE	$ ☐☐☐, ☐☐☐. ☐☐

2E. ¿A QUIEN PAGO? *(Nombre de proveedor o compañía de seguros, etc.)*	2F. PROPOSITO *(Seguro Médico, primas médicas, etc.)*

3A. ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)* Especifica el nombre del hijo u otro: _____

3B. FECHA DE PAGO DEL GASTO *(MM/DD/AAAA)*	3C. FRECUENCIA	3D. CANTIDAD PAGADA
☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐	☐ MENSUAL ☐ ANUALMENTE ☐ NO RECURRENTE	$ ☐☐☐, ☐☐☐. ☐☐

3E. ¿A QUIEN PAGO? *(Nombre de proveedor o compañía de seguros, etc.)*	3F. PROPOSITO *(Seguro Médico, primas médicas, etc.)*

4A. ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)* Especifica el nombre del hijo u otro: _____

4B. FECHA DE PAGO DEL GASTO *(MM/DD/AAAA)*	4C. FRECUENCIA	4D. CANTIDAD PAGADA
☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐	☐ MENSUAL ☐ ANUALMENTE ☐ NO RECURRENTE	$ ☐☐☐, ☐☐☐. ☐☐

4E. ¿A QUIEN PAGO? *(Nombre de proveedor o compañía de seguros, etc.)*	4F. PROPOSITO *(Seguro Médico, primas médicas, etc.)*

5A. ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)* Especifica el nombre del hijo u otro: _____

5B. FECHA DE PAGO DEL GASTO *(MM/DD/AAAA)*	5C. FRECUENCIA	5D. CANTIDAD PAGADA
☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐	☐ MENSUAL ☐ ANUALMENTE ☐ NO RECURRENTE	$ ☐☐☐, ☐☐☐. ☐☐

5E. ¿A QUIEN PAGO? *(Nombre de proveedor o compañía de seguros, etc.)*	5F. PROPOSITO *(Seguro Médico, primas médicas, etc.)*

6A. ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)* Especifica el nombre del hijo u otro: _____

6B. FECHA DE PAGO DEL GASTO *(MM/DD/AAAA)*	6C. FRECUENCIA	6D. CANTIDAD PAGADA
☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐	☐ MENSUAL ☐ ANUALMENTE ☐ NO RECURRENTE	$ ☐☐☐, ☐☐☐. ☐☐

6E. ¿A QUIEN PAGO? *(Nombre de proveedor o compañía de seguros, etc.)*	6F. PROPOSITO *(Seguro Médico, primas médicas, etc.)*

7A. ¿POR QUIEN FUERON LOS GASTOS PAGADOS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)* Especifica el nombre del hijo u otro: _____

7B. FECHA DE PAGO DEL GASTO *(MM/DD/AAAA)*	7C. FRECUENCIA	7D. CANTIDAD PAGADA
☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐	☐ MENSUAL ☐ ANUALMENTE ☐ NO RECURRENTE	$ ☐☐☐, ☐☐☐. ☐☐

7E. ¿A QUIEN PAGO? *(Nombre de proveedor o compañía de seguros, etc.)*	7F. PROPOSITO *(Seguro Médico, primas médicas, etc.)*

NOTA: Si necesitas puedes completar y enviar copias adicionales de Apéndice B.

APÉNDICE C: MILLAS USADAS PARA PROPÓSITOS MÉDICOS CON VEHÍCULOS PRIVADOS

Declararse las millas recorridas por razones médicas (hospital, clínica, farmacia, etc.) en un vehículo privado como un auto, un camión, o una motocicleta. Solo declararse los recorridas medicas que ocurrieron entre las fechas indicadas en la Sección III del Formulario VA 21P-8416, *Reporte De Gastos Medicos*, presentado con este anexo.

1A. ¿QUIEN NECESITABA LAS RECORRIDAS MEDICAS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

1B. PROVEA LA UBICACION DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(Hospital, clínica, farmacia, etc.)*

1C. TOTAL DE MILLAS DE RECORRIDAS MEDICA

1D. FECHA DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(MM/DD/AAAA)*
__ – __ – ____

1E. CANTIDAD REEMBOLSADA DE CUALQUIER FUENTE *(Centro Médico de VA etc.)*
$ ___, ___ . __

2A. ¿QUIEN NECESITABA LAS RECORRIDAS MEDICAS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

2B. PROVEA LA UBICACION DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(Hospital, clínica, farmacia, etc.)*

2C. TOTAL DE MILLAS DE RECORRIDAS MEDICA

2D. FECHA DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(MM/DD/AAAA)*
__ – __ – ____

2E. CANTIDAD REEMBOLSADA DE CUALQUIER FUENTE *(Centro Médico de VA etc.)*
$ ___, ___ . __

3A. ¿QUIEN NECESITABA LAS RECORRIDAS MEDICAS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

3B. PROVEA LA UBICACION DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(Hospital, clínica, farmacia, etc.)*

3C. TOTAL DE MILLAS DE RECORRIDAS MEDICA

3D. FECHA DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(MM/DD/AAAA)*
__ – __ – ____

3E. CANTIDAD REEMBOLSADA DE CUALQUIER FUENTE *(Centro Médico de VA etc.)*
$ ___, ___ . __

4A. ¿QUIEN NECESITABA LAS RECORRIDAS MEDICAS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

4B. PROVEA LA UBICACION DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(Hospital, clínica, farmacia, etc.)*

4C. TOTAL DE MILLAS DE RECORRIDAS MEDICA

4D. FECHA DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(MM/DD/AAAA)*
__ – __ – ____

4E. CANTIDAD REEMBOLSADA DE CUALQUIER FUENTE *(Centro Médico de VA etc.)*
$ ___, ___ . __

5A. ¿QUIEN NECESITABA LAS RECORRIDAS MEDICAS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

5B. PROVEA LA UBICACION DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(Hospital, clínica, farmacia, etc.)*

5C. TOTAL DE MILLAS DE RECORRIDAS MEDICA

5D. FECHA DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(MM/DD/AAAA)*
__ – __ – ____

5E. CANTIDAD REEMBOLSADA DE CUALQUIER FUENTE *(Centro Médico de VA etc.)*
$ ___, ___ . __

6A. ¿QUIEN NECESITABA LAS RECORRIDAS MEDICAS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

6B. PROVEA LA UBICACION DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(Hospital, clínica, farmacia, etc.)*

6C. TOTAL DE MILLAS DE RECORRIDAS MEDICA

6D. FECHA DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(MM/DD/AAAA)*
__ – __ – ____

6E. CANTIDAD REEMBOLSADA DE CUALQUIER FUENTE *(Centro Médico de VA etc.)*
$ ___, ___ . __

7A. ¿QUIEN NECESITABA LAS RECORRIDAS MEDICAS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

7B. PROVEA LA UBICACION DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(Hospital, clínica, farmacia, etc.)*

7C. TOTAL DE MILLAS DE RECORRIDAS MEDICA

7D. FECHA DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(MM/DD/AAAA)*
__ – __ – ____

7E. CANTIDAD REEMBOLSADA DE CUALQUIER FUENTE *(Centro Médico de VA etc.)*
$ ___, ___ . __

8A. ¿QUIEN NECESITABA LAS RECORRIDAS MEDICAS?
☐ VETERANO ☐ CONYUGE ☐ HIGO *(Especifica)* ☐ OTRO *(Especifica)*
Especifica el nombre del hijo u otro:

8B. PROVEA LA UBICACION DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(Hospital, clínica, farmacia, etc.)*

8C. TOTAL DE MILLAS DE RECORRIDAS MEDICA

8D. FECHA DE LAS RECORRIDAS MEDICAS *(MM/DD/AAAA)*
__ – __ – ____

8E. CANTIDAD REEMBOLSADA DE CUALQUIER FUENTE *(Centro Médico de VA etc.)*
$ ___, ___ . __

NOTA: Si necesitas puedes completar y enviar copias adicionales de Apéndice C.

HOJA DE TRABAJO PARA ATENCIÓN RESIDENCIAL, GUARDERÍA PARA ADULTOS O INSTALACIÓN SIMILAR

NOTA: Esta hoja de trabajo debe ser completada por un administrador o medico licenciado de una agencia de atención residencial, guardería para adultos o instalación similar. Los gastos deben ser reclamados en su aplicación para beneficios o en el *Reporte de Gastos Médicos* (VA Form 21P-8416). Además, un *Examen del estado de confinamiento de hogar o Necesidad Permanente de Ayuda Regular* (VA Form 21-2680), podría ser necesario para contar estos gastos médicos..

1. ¿PARA QUIÉN ESTÁ LLENANDO LA HOJA DE TRABAJO? *(Nombre del Reclamante o Dependiente)*

2. ¿QUIÉN ESTÁ LLENANDO ESTA HOJA DE TRABAJO? *(Nombre de Proveedor; Administrador o Medico Licenciado)*

3. ¿CUÁL ES SU POSICIÓN EN LA ORGANIZACIÓN?

4. ¿CUÁL ES EL NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN? *(Como se muestra en la licencia de instalación o en el sitio web oficial)*

5. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA AGENCIA?

– –

Número de teléfono internacional *(si corresponde):* _____

6. ¿CUÁL ES EL DOMICILIO DE USTED O DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA AGENCIA?

Número y Calle:

Apartamento/ unidad: Ciudad:

Estado/Provincia: País: Código/Postal: –

7. ¿CUÁL ES LA PÁGINA WEB DE LA ORGANIZACIÓN?

8. SELECCIONE CADA ACTIVIDAD DEL DIARIO VIVIR QUE EL ASISTENTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIO PROVEE AL BENEFICIARIO.

☐ A. COMIDA ☐ B. BAÑARS/DUCHARSE ☐ C. ASISTENCIA AL ENTRAR O SALIR DE LA CAMA O SILLA
☐ D. VENDAJE ☐ E. USANDO EL BAÑO ☐ F. DEAMBULAR DENTRO DE LA CASA

9. PARA CADA DECLARACIÓN MARQUE LA CAJA SI ES CIERTO:

☐ EL ESTACO O PAÍS **REQUIERE** QUE LA AGENCIA TENGA UNA LICENCIA ☐ LA AGENCIA TIENE LICENCIA ☐ LA AGENCIA ES RESIDENCIAL
☐ TIENE EMPLEADOS LAS 24 HORAS

10. LOS EMPLEADOS DE LA AGENCIA PROVEEN CUIDADO DE SALUD O CUIDO PERSONAL O AMBOS. *(Cuido personal es asistencia regular con dos o más de las actividades del diario vivir (vea pregunta 8) o supervisión porque el individuo tiene incapacidades físicas, mental, en el desarrollo o cognitiva que requieren asistencia o protección regular ante los peligros incidentes a su ambiente.)*

☐ SI ☐ NO, cuido es dado por un proveedor diferente. ☐ NO, cuido no es proveído al reclamante

Si el cuido es proveído por proveedor externo cada asistente de atención domiciliaria debe completar la hoja de trabajo de gastos para asistente de atención domiciliaria.

11. FECHA DE ADMISIÓN *(MM/DD/AAAA)*

– –

12. FECHA DE TERMINACIÓN *(MM/DD/AAAA) (Seleccione "indefinido" si los servicios no son temporaries.)*

– – ☐ INDEFINIDO

13. PROPORCIONAR LOS CARGOS MENSUALES QUE EL BENEFICIARIO DE LA ATENCIÓN QUE SE HOSPEDADA EN EL CENTRO ES RESPONSIBLE DE PAGAR

$, . POR MES

INSTALACIÓN CERTIFICACION

YO CERTIFICO que la información dada en la hoja de trabajo para atención residencial, guardería para adultos o instalación similar es correcta y refleja el ambiente actual del beneficiario y la agencia.

14. FIRMA DE PROVEEDOR *(Vea Pregunta 2)*

15. FECHA *(MM/DD/AAAA)*

– –

HOJA DE TRABAJO DE CASTOS PARA ASISTENTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

NOTA: Esta hoja de trabajo debe ser completada por su proveedor de asistencia domiciliaria o la agencia que le provee la atención domiciliaria. Los gastos deben ser reclamados en su aplicación para beneficios o en el *Reporte de Gastos Médicos* (VA Form 21P-8416). Además, un *Examen del estado de confinación de hogar o Necesidad Permanente de Ayuda Regular* (VA Form 21-2680), podría ser necesario para contar estos gastos medicos.

1. ¿PARA QUIÉN ESTÁ LLENANDO LA HOJA DE TRABAJO? *(Nombre del Reclamante o Dependiente)*

2. ¿QUIÉN ESTÁ LLENANDO ESTA HOJA DE TRABAJO? *(Asistente de Atención Domiciliaria, Administrador de Agencia o Proveedor)*

3. ¿EL CUIDADO DOMICILIARIO ES PROVEÍDO POR UN MÉDICO LICENCIADO? *(Un médico licenciado se refiere a una persona licenciada a proveer servicios de salud para un estado o país que así lo permite.)*

☐ SI ☐ NO

4. ¿TRABAJAS PARA UNA AGENCIA U ORGANIZACIÓN?

☐ SI ☐ NO *(Si es "no," salta a la pregunta 7)*

5. ¿CUÁL ES EL NOMBRE DE LA AGENCIA U ORGANIZACIÓN?

6. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE TELÉFONO DE LA AGENCIA?

– –

7. ¿CUÁL ES EL DOMICILIO DE USTED O DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE LA AGENCIA?

Número y Calle:

Apartamento/ unidad: Ciudad:

Estado/Provincia: País: Código/Postal: –

8. SELECCIONE CADA ACTIVIDAD DEL DIARIO VIVIR QUE EL ASISTENTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIO PROVEE AL BENEFICIARIO.

☐ A. COMIDA ☐ B. BAÑARS/DUCHARSE ☐ C. ASISTENCIA AL ENTRAR O SALIR DE LA CAMA O SILLA
☐ D. VENDAJE ☐ E. USANDO EL BAÑO ☐ F. DEAMBULAR DENTRO DE LA CASA

9. PARA CADA DECLARACIÓN MARQUE LA CAJA SI ES CIERTO:

☐ A. COMPRAS ☐ B. PREPARACIÓN DE COMIDA ☐ C. TRANSPORTE NO MEDICO ☐ D. LAVANDO ROPA
☐ E. USANDO EL TELÉFONO ☐ F. MANEJANDO FINANZAS ☐ G. LIMPIEZA DEL HOGAR ☐ H. MANEJO DE MEDICAMENTOS

10. ¿ES LA RESPONSABILIDAD PRIMORDIAL DEL ASISTENTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PROVEER CUIDO DE SALUD O CUSTODIAL? *(Cuido custodial es asistencia regular con dos o más actividades del diario vivir (vea pregunta 8) o supervisión por que el individuo con condición física, mental, desarrollo o cognitiva requiere cuido o asistencia regular para protección de peligros incidentes a su hogar.)*

☐ SI ☐ NO

11. FECHA DE COMIENZO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA *(MM/DD/AAAA)*

– –

12. FECHA DE TERMINACIÓN *(MM/DD/AAAA) (Seleccione "indefinido" si los servicios no son temporaries.)*

– – ☐ INDEFINIDO

13. PROPORCIONAR LOS CARGOS MENSUALES QUE EL BENEFICIARIO DE LA ATENCIÓN QUE SE HOSPEDADA EN EL CENTRO ES RESPONSABLE DE PAGAR

$, . POR MES

14. EL TOTAL DE HORAS AL MES QUE EL BENEFICIARIO RECIBE ATENCIÓN DOMICILIARIA

HORAS POR MES

CERTIFICACION

YO CERTIFICO que la información dada en la hoja de trabajo de gastos por asistente de atención domiciliaria es correcta y refleja el ambiente actual del beneficiario y los servicios listados en las preguntas 8 y 9.

15. FIRMA DE PROVEEDOR *(Vea Pregunta 2)*

16. FECHA *(MM/DD/AAAA)*

– –