

VERIFICACION Y REFERENCIA DE BENEFICIOS PARA VETERANOS

NOTE: No complete este formulario a menos que tenga uno de los siguientes:

- Número de Seguro Social y fecha de nacimiento del veterano
- Número de orden militar
- Núm. de reclamo de la Administración de Beneficios para Veteranos (VA)

Tiene que darnos su Número de Seguro Social (SSN) y el de cualquier miembro de su hogar para quien solicite asistencia. Los SSN se usan para establecer su elegibilidad y el no cooperar puede resultar en que se le niegue o descontinúe la asistencia. Autoridad: 45 Código de Ordenamientos Federales, Sección 205.52, y Código de Bienestar Público e Instituciones, Sección 11268(a).

Name and Address of County Veterans Service Office

NOMBRE DEL CASO:
NUMERO DEL CASO (INCLUYENDO EL CODIGO PARA ASISTENCIA MEDS):
NUMERO DE TELEFONO DEL SOLICITANTE/RECIPIENTE :
TRABAJADOR DEL CASO:
NUMERO DE TELEFONO. DEL TRABAJADOR #:

SECCION I

NOMBRE DEL VETERANO (APELLIDO, NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO)		FECHA DE NACIMIENTO:	LUGAR DONDE NACIO:	¿VIVE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI HA FALLECIDO: FECHA EN QUE FALLECIO: LUGAR DONDE FALLECIO:
DOMICILIO DEL VETERANO: (NUMERO, CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)			¿VIVE EN EL HOGAR DE USTED ESTE VETERANO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NUMERO DE RECLAMO VA: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ NUMERO DE ORDEN MILITAR: _____	
RAMA DEL SERVICIO:		FECHA DE INGRESO:	FECHA DE SEPARACION:	TIPO DE SEPARACION: <input type="checkbox"/> HONRABLE <input type="checkbox"/> GENERAL <input type="checkbox"/> MEDICA <input type="checkbox"/> OTRO NO HONRABLE <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO	
ESTADO CIVIL DEL VETERANO: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO		¿NO PUEDE TRABAJAR PERMANENTEMENTE ESTE VETERANO DEBIDO A SU INCAPACIDAD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿SUFRIÓ ESTE VETERANO UNA LESION O ENFERMEDAD DURANTE SU SERVICIO LA CUAL ES LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD ACTUAL?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
INGRESOS BRUTOS MENSUALES DEL VETERANO: \$		¿ESTÁ ALGUIEN RECIBIENDO CUIDADO A LARGO PLAZO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI SI, (✓) A CONTINUACION:		¿ESTÁ ALGUIEN CIEGO O SE NECESITA CUIDADO EN CASA PARA ALIMENTAR, BAÑAR, O VESTIR A UN MIEMBRO DEL HOGAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI SI, (✓) A CONTINUACION:	
INGRESOS BRUTOS MENSUALES DEL CONYUGE: \$		¿ESTÁ ALGUIEN RECIBIENDO CUIDADO A LARGO PLAZO? <input type="checkbox"/> VETERANO <input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> OTRO		¿ESTÁ ALGUIEN CIEGO O SE NECESITA CUIDADO EN CASA PARA ALIMENTAR, BAÑAR, O VESTIR A UN MIEMBRO DEL HOGAR? <input type="checkbox"/> VETERANO <input type="checkbox"/> CONYUGE <input type="checkbox"/> OTRO	

SECCION II

NOMBRE DEL RECLAMANTE:	PARENTESCO CON EL VETERANO:	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	DIRECCION:

SECCION III

Por este medio autorizo al departamento de bienestar público que le dé la información anterior a la Oficina del Condado de Servicios para Veteranos y a la Administración de Beneficios para Veteranos con el propósito de identificar y obtener los beneficios disponibles para las personas que se identifican arriba. También autorizo que la Oficina del Condado de Servicios para Veteranos y la Administración de Beneficios para Veteranos compartan la información con (se anotará a continuación).

FIRMA (O MARCA) DEL VETERANO/DEPENDIENTE:	FECHA:	FIRMA DEL TESTIGO SI SE FIRMO CON UNA X:	FECHA:

SECCION IV (To be completed by the County Welfare Department and the County Veterans Service Office) (sólo para uso del condado y la oficina del condado de servicios para veteranos)

The County Welfare Department requests the County Veterans Service Office to:

- Verify any VA benefits received by the veteran and/or dependent(s):
- Determine veteran/dependent's eligibility for veteran's benefits:

	1-Veteran	2-Claimant	3-Claimant	4-Claimant
Monthly Benefit	\$	\$	\$	\$
Beginning Date (Month/Day/Year)				
Ending Date (Month/Day/Year)				
Lump Sum Payment (Past 6 Months)	\$	\$	\$	\$

- (✓) If monthly benefit is paid,
 Compensation
 Pension
 Other (see remarks)
 Includes A & A benefits of \$ _____
- (✓) Eligibility status:
 No basic eligibility
 Claim initiated
 Claim being reviewed
 Claim denied

REMARKS: (For official use only)

Name and Address of County Human Services Office

CVSO REPRESENTATIVE: (PRINT)	PHONE #:	DATE: