

Léalo antes de comenzar... ¿Para qué se usa el Formulario de VA 10-10EZ?

Para que los veteranos presenten una solicitud de inscripción al sistema de atención médica del VA. La información que se da en este formulario la usará el VA para determinar su elegibilidad para los beneficios médicos y en promedio, tomará unos 30 minutos completarla. Esto incluye el tiempo que llevará leer las instrucciones, recopilar los datos necesarios y completar el formulario.

¿Dónde puedo obtener ayuda para completar el formulario y si tengo preguntas?

Puede usar CUALQUIERA de los siguientes para pedir ayuda:

- Pedir al VA que lo ayude a completar el formulario, llamando al 1-877-222-VETS (8387).
- Ir a www.va.gov/health-care para obtener información sobre los beneficios médicos de VA.
- Comunicarse con el coordinador de inscripción en el centro de atención médica local del VA.
- Comunicarse con una organización nacional o estatal de servicios para veteranos.

Definiciones de los términos que se usan en este formulario:

- **RELACIONADO CON EL SERVICIO (SC):** Una enfermedad o lesión que, según lo determina el VA, ocurrió o se agravó en el cumplimiento del deber, en el servicio militar, naval o aéreo activo.
- **INDEMNIZABLE:** Una discapacidad relacionada con el servicio que, según lo determina el VA, es lo suficientemente grave para justificar una indemnización monetaria.
- **NO INDEMNIZABLE:** Una discapacidad relacionada con el servicio que, según lo determina el VA, no es lo suficientemente grave para justificar una indemnización monetaria.
- **NO RELACIONADO CON EL SERVICIO (NSC):** Un veterano que no tiene una condición relacionada con el servicio, según lo determina el VA.

Cómo comenzar: TODOS LOS VETERANOS DEBEN COMPLETAR LAS SECCIONES I - III.

Instrucciones para las Secciones I - III:

Sección I - Información general: Responda todas las preguntas.

Tipo de beneficio para el que presenta la solicitud:

- **Inscripción:** Los veteranos que presentan una solicitud de inscripción para el Paquete completo de beneficios médicos contemplado en 38 C.F.R. 17.38 deben ser elegibles según 38 C.F.R. 17.36.
- **Registro:** Para los registros, solo complete las Secciones I, II y III. No es necesario inscribirse. No es necesario inscribirse. Los veteranos que solicitan una evaluación de elegibilidad, evaluación clínica, atención o tratamiento según una autoridad de tratamiento especial contemplada en 38 C.F.R. 17.37:
 - Atención de un veterano con una discapacidad relacionada con el servicio del VA con una calificación de más de 50%
 - Atención de una discapacidad relacionada con el servicio calificada por el VA
 - Atención de psicosis u otra enfermedad mental
 - Atención de tratamiento de trauma sexual militar (MST)
 - Examen de discapacidad catastrófica
 - Un veterano al que se le dio el alta o se le relevó del servicio militar activo por una discapacidad que se incurrió o agravó en el cumplimiento del deber puede recibir atención del VA por el período de 12 meses después del alta o el relevo
 - Atención de un veterano que participa en el programa de rehabilitación vocacional del VA según 38 U.S.C. 31

Sección II - Información del servicio militar: Si actualmente no recibe beneficios del VA, puede adjuntar una copia de sus documentos del alta o separación del ejército (como DD-214 o, para los veteranos de la Segunda Guerra Mundial, un formulario "WD"), con la solicitud firmada para agilizar el trámite de su solicitud. Si actualmente recibe beneficios del VA, haremos una referencia cruzada de su información con los datos del VA.

Sección III - Información del seguro: Incluya la información de todas las compañías de seguro que lo cubren, esto incluye la cobertura que se da por medio de un cónyuge o pareja. Lleve sus tarjetas del seguro, de Medicare o Medicaid a cada una de las citas de atención médica.

Complete solo las secciones que le corresponden; firme y ponga la fecha en el formulario.

Instrucciones para las Secciones IV-IX:

Sección IV - Información de dependientes: Incluya lo siguiente:

- Su cónyuge, incluso si no vivieron juntos, siempre y cuando usted haya contribuido en la manutención el último año calendario.
- Sus hijos biológicos, hijos adoptados e hijastros que no estén casados y sean menores de 18 años, o tienen entre 18 años y menos de 23 años y que asisten a la escuela secundaria, la universidad o una escuela vocacional (a tiempo completo o parcial) o que se hayan vuelto permanentemente incapaces de mantenerse antes de los 18 años.
- Contribuciones de manutención infantil. Las contribuciones pueden incluir pagos de matrícula o ropa o pagos de facturas médicas.

Sección V - Información de empleo:

- Estado de empleo como veterano
- Fecha de retiro
- Nombre de la compañía
- Dirección de la empresa
- Teléfono de la empresa

Sección VI - Revelación financiera: SOLO LOS VETERANOS CON NSC Y CON SC NO INDEMNIZABLE DE 0 % DEBEN COMPLETAR ESTA SECCIÓN PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA LA INSCRIPCIÓN EN LA ATENCIÓN MÉDICA DEL VA O LA ATENCIÓN O SERVICIOS DEL VA.

Los requisitos de revelación financiera no se aplican a:

- un ex prisionero de guerra; o
- condecorados con un Corazón Púrpura; o
- un veterano de combate al que recién se le dio de baja; o
- las personas a las que se les da de baja por una discapacidad que ocurrió o se agravó en el cumplimiento del deber; o
- los que reciben una indemnización por discapacidad SC de VA; o
- los que reciben una pensión de VA; o
- los que reciben los beneficios de Medicaid; o
- los que prestaron servicio en un lugar de exposición al Agente naranja; o
- los que sirvieron en el sudoeste de Asia durante la Guerra del Golfo entre el 2 de agosto de 1990 y el 11 de noviembre de 1998; o
- los que sirvieron al menos 30 días en Camp Lejeune entre el 1 de agosto de 1953 y el 31 de diciembre de 1987.

Usted no está obligado a revelar su información financiera; sin embargo, actualmente el VA no está inscribiendo nuevos solicitantes que se niegan a dar su información financiera, a menos que tengan otros factores de elegibilidad que los califiquen. Si no se usa una evaluación financiera para determinar su prioridad para inscripción, usted puede elegir no revelar su información. Sin embargo, si se usa una evaluación financiera para determinar su elegibilidad para los medicamentos sin costo, asistencia para viajes o una exención del deducible de viaje, y no revela su información financiera, no será elegible para estos beneficios.

Sección VII - Ingresos anuales brutos del año calendario anterior del reporte del veterano, cónyuge e hijos dependientes:

- Los ingresos brutos anuales del empleo, excepto los ingresos de su finca, rancho, propiedad o negocio. Incluya sus sueldos, bonificaciones, comisiones, pago de indemnización y otros beneficios acumulados y la información de los ingresos de su hijo, si pudieran haberse usado para pagar los gastos de su grupo familiar.
- Los ingresos netos de su finca, rancho, propiedad o negocio.
- Las cantidades de otros ingresos, incluyendo los ingresos por jubilación y pensión, ingresos por jubilación y discapacidad del Seguro Social, beneficios de indemnización como discapacidad del VA, desempleo, Compensación de los Trabajadores y Pulmón Negro, obsequios en efectivo, intereses y dividendos, incluyendo ingresos exentos de impuestos y distribuciones de cuentas individuales de jubilación (IRA) o anualidades.

No reporte:

Donaciones de organizaciones de ayuda, bienestar o caridad públicas o privadas; Ingreso Seguridad Suplementario (SSI) y pagos basados en la necesidad de una agencia gubernamental; ganancia de la venta ocasional de propiedades; reembolsos de impuestos sobre la renta, intereses reinvertidos en cuentas individuales de jubilación (IRA); becas y subvenciones para la asistencia escolar; pagos de socorro en casos de desastre; reembolso por pérdidas accidentales; préstamos; pagos de la Ley de Indemnización por Exposición a Radiaciones; pagos de compensación por el Agente Naranja; ingresos por las Leyes de Liquidación de Reclamos de Nativos de Alaska, pagos al padre o la madre de crianza temporal; cantidades en cuentas mancomunadas en bancos e instituciones similares adquiridas por causa de muerte del otro copropietario; restitución a personas de ascendencia japonesa bajo la Ley Pública 100-383; valor de rescate en efectivo del seguro de vida; ingresos totales de la póliza de seguro de vida de un veterano; y pagos recibidos bajo el programa de asistencia de transición de Medicare.

Sección VIII - Gastos del deducible del año calendario anterior

Reporte los gastos médicos no reembolsados que pagó usted o su cónyuge. Incluya los gastos por atención médica y dental, medicamentos, anteojos, Medicare, primas del seguro médico y otros gastos de atención médica pagados por usted para dependientes y personas por las que tiene la obligación legal o moral de mantenerlas. No enumere los gastos si espera recibir un reembolso del seguro u otras fuentes. Reporte los gastos de la última enfermedad o de entierro, por ejemplo, entierro prepago, pagado por el veterano para su cónyuge o sus dependientes.

Sección IX - Consentimiento para los copagos y para recibir comunicaciones

Enviando esta solicitud, usted acepta hacer los copagos correspondientes del VA por la atención o los servicios (incluyendo atención urgente) según lo exige la ley. También acepta recibir comunicaciones del VA al correo electrónico, teléfono de casa o celular que dio. Sin embargo, dar su correo electrónico, teléfono de casa o celular es voluntario.

Cómo enviar su solicitud

1. Usted o una persona a la que usted le haya delegado un Poder debe firmar y escribir la fecha en el formulario. Si firma con una "X", 2 personas que usted conoce deben ser sus testigos cuando firme. Ellas deben firmar el formulario y escribir sus nombres en letra de molde. Si el formulario no está debidamente firmado y con la fecha, el VA lo devolverá para que lo complete.
2. Adjunte cualquier hoja más, una copia del material de respaldo y los documentos de su Poder a la solicitud.


¿A dónde envió mi solicitud?

Envíe la solicitud original y el material de respaldo por correo a Health Eligibility Center, 2957 Clairmont Road, Suite 200, Atlanta, GA 30329.

INFORMACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES Y DE LA LEY DE PRIVACIDAD

La Ley de Reducción de Trámites de 1995 nos exige notificarle que esta recopilación de información es conforme a los requisitos de autorización de la Sección 3507 de la Ley de Reducción de Trámites de 1995. No podemos hacer ni patrocinar, y usted no está obligado a responder a, una recopilación de información, a menos que muestre un número de OMB válido. Anticipamos que el tiempo invertido por todas las personas que deben completar este formulario tendrá un promedio de 30 minutos. Esto incluye el tiempo que llevará leer las instrucciones, recopilar los datos necesarios y completar el formulario.

Información de la Ley de Privacidad: VA le pide que dé la información en este formulario según 38 U.S.C. Secciones 1705, 1710, 1712 y 1722 para determinar su elegibilidad para los beneficios médicos. La información que dé se puede verificar desde el envío inicial hacia adelante por medio de un programa de coincidencia por computadora. VA puede revelar la información que usted ponga en el formulario según lo permita la ley. VA puede hacer una revelación de "uso de rutina" de la información como se describe en los sistemas de avisos de registros de la Ley de Privacidad y de acuerdo con el Aviso de Prácticas de Privacidad de VHA. Dar la información que se solicita es voluntario, pero si no se da parte o toda la información solicitada, esto puede retrasar o dar como resultado el rechazo de su solicitud de beneficios de atención médica. No dar la información no tendrá ningún efecto sobre cualquier otro beneficio al que pueda tener derecho. Si le da al VA su número de Seguro Social, el VA lo usará para administrar sus beneficios del VA. VA también puede usar esta información para identificar a veteranos y a las personas que reclaman o reciben beneficios del VA y sus registros, y para otros fines autorizados o exigidos por la ley.

 Department of Veterans Affairs				SELLO DE FECHA DEL VA <i>(Para uso exclusivo de VHA)</i>	
SOLICITUD DE BENEFICIOS MÉDICOS					
SECCIÓN I: INFORMACIÓN GENERAL					
La ley federal contempla sanciones penales, incluyendo una multa o encarcelamiento hasta por 5 años, por ocultar un hecho material o hacer una declaración materialmente falsa. (Consulte 18 U.S.C. 1001)					
TIPO DE BENEFICIOS PARA LOS QUE ESTÁ PRESENTANDO SOLICITUD: <input type="checkbox"/> INSCRIPCIÓN - El Paquete de beneficios médicos del VA (el veterano cumple y acepta los criterios de elegibilidad para la inscripción que se especifican en 38 CFR 17.36) <input type="checkbox"/> REGISTRO (<i>Complete las Secciones I, II y III</i>) - Servicios médicos del VA (los veteranos son elegibles para "No se necesita inscripción" que se especifica en 38 CFR 17.37)					
1A. NOMBRE DEL VETERANO (<i>apellido, primer nombre, segundo nombre</i>)			1B. NOMBRE PREFERIDO		2. APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE
3A. SEXO AL NACER <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	3B. IDENTIDAD DE GÉNERO IDENTIFICADA POR LA PERSONA <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> NO BINARIO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO RESPONDER <input type="checkbox"/> UN GÉNERO QUE NO SE MENCIONA AQUÍ				4. ¿ES HISPANO O LATINO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
5. ¿CUÁL ES SU RAZA? (<i>Puede marcar más de una. La información solo se necesita para fines estadísticos.</i>) <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWÁI O DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> ELIJO NO RESPONDER					6. NO. DE SEGURO SOCIAL
7A. FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)		7B. LUGAR DE NACIMIENTO (<i>Ciudad y estado</i>)		8. IDIOMA PREFERIDO	9. RELIGIÓN
10A. DIRECCIÓN POSTAL (<i>Calle</i>)		10B. CIUDAD	10C. ESTADO	10D. CÓDIGO POSTAL	10E. CONDADO
10F. TELÉFONO DE CASA (<i>opcional</i>) (<i>incluya el código de área</i>)		10G. TELÉFONO CELULAR (<i>opcional</i>) (<i>incluya el código de área</i>)		10H. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (<i>opcional</i>)	
11A. DIRECCIÓN RESIDENCIAL (<i>Calle</i>)		11B. CIUDAD	11C. ESTADO	11D. CÓDIGO POSTAL	11E. CONDADO
12. ESTADO CIVIL ACTUAL <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> NUNCA CASADO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A					
13A. NOMBRE DEL FAMILIAR MÁS CERCANO		13B. DIRECCIÓN DEL FAMILIAR MÁS CERCANO		13C. RELACIÓN DEL FAMILIAR MÁS CERCANO	
13D. TELÉFONO DEL FAMILIAR MÁS CERCANO (<i>incluya el código de área</i>)		14A. NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA		14B. TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA (<i>incluya el código de área</i>)	
15. APODERADO - PERSONA QUE RECIBIRÁ SUS ARTÍCULOS PERSONALES QUE HAYAN QUEDADO EN LAS INSTALACIONES BAJO EL CONTROL DEL VA DESPUÉS DE SU SALIDA O EN EL MOMENTO DE MORIR (<i>Nota: esto no constituye un testamento ni transferencia de título</i>)					
16. ¿QUÉ CENTRO MÉDICO DEL VA O CLÍNICA PARA PACIENTES AMBULATORIOS PREFIERE? (<i>para ver la lista de centros, visite www.va.gov/find-locations</i>)			17. ¿LE GUSTARÍA QUE EL VA SE COMUNICARA CON USTED PARA PROGRAMAR SU PRIMERA CITA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

SOLICITUD DE BENEFICIOS MÉDICOS <i>Continúa</i>		NOMBRE DEL VETERANO (<i>apellido, primer nombre, segundo nombre</i>)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL SERVICIO MILITAR					
1A. ÚLTIMA RAMA DE SERVICIO		1B. ÚLTIMA FECHA DE INGRESO (<i>mm/dd/aaaa</i>)		1C. FECHA DE BAJA FUTURA (<i>mm/dd/aaaa</i>)	
1E. TIPO DE BAJA				1D. FECHA DE LA ÚLTIMA BAJA (<i>mm/dd/aaaa</i>)	
2. HISTORIA MILITAR (<i>marque sí o no</i>)			1F. NÚMERO DE SERVICIO MILITAR		
			SÍ		NO
A. ¿RECIBIÓ USTED UN CORAZÓN PÚRPURA?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
B. ¿ES UN EXPRISIONERO DE GUERRA?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
C. ¿PRESTÓ SERVICIO EN UN CAMPO DE OPERACIONES DE COMBATE DESPUÉS DE 11/11/1998?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
D. ¿LE DIERON DE BAJA O LO RETIRARON DEL SERVICIO MILITAR POR UNA DISCAPACIDAD QUE INCURRIÓ EN EL CUMPLIMIENTO DEL DEBER?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
E. ¿SIRVIÓ EN EL SUDOESTE DE ASIA DURANTE LA GUERRA DEL GOLFO ENTRE EL 2 DE AGOSTO DE 1990 Y EL 11 DE NOVIEMBRE DE 1998?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
F. ¿TIENE UNA CALIFICACIÓN RELACIONADA CON EL SERVICIO DEL VA?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
G. ¿PRESTÓ SERVICIO EN ALGÚN LUGAR DEL AGENTE NARANJA ENTRE EL 9 DE ENERO DE 1962 Y EL 31 DE JULIO DE 1980?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
H. ¿PRESTÓ SERVICIO EN UN CENTRO DE RADIACIÓN IONIZANTE Y PARTICIPÓ EN ALGUNA PRUEBA, TRATAMIENTO O LIMPIEZA NUCLEAR?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
I. ¿RECIBIÓ TRATAMIENTOS DE RADIO PARA LA NARIZ Y LA GARGANTA MIENTRAS ESTABA EN EL EJÉRCITO?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
J. ¿PRESTÓ SERVICIO AL MENOS 30 DÍAS EN CAMP LEJEUNE DEL 1 DE AGOSTO DE 1953 AL 31 DE DICIEMBRE DE 1987?			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
SECCIÓN III: INFORMACIÓN DEL SEGURO (<i>use otra hoja para agregar más información</i>)					
1. ESCRIBA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y EL TELÉFONO DE SU EMPRESA DE SEGURO MÉDICO (<i>incluya la cobertura por medio del cónyuge u otra persona</i>)					
2. NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA			3. NÚMERO DE PÓLIZA		4. CÓDIGO DE GRUPO
5. ¿ES USTED ELEGIBLE PARA MEDICAID? (<i>Seguro médico federal para adultos con ingresos bajos</i>)		6A. ¿ESTÁ INSCRITO EN LA PARTE A DEL SEGURO HOSPITALARIO DE MEDICARE?		6B. FECHA DE ENTRADA EN VIGOR (<i>mm/dd/aaaa</i>)	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
SECCIÓN IV: INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES (<i>use otra hoja para agregar más dependientes</i>)					
1. NOMBRE DEL CÓNYUGE (<i>apellido, primer nombre, segundo nombre</i>)			2. NOMBRE DEL HIJO (<i>apellido, primer nombre, segundo nombre</i>)		
1A. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE			2A. FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO (<i>mm/dd/aaaa</i>)		2B. NO. DE SEGURO SOCIAL DEL HIJO
1B. FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE (<i>mm/dd/aaaa</i>)			2C. FECHA EN LA QUE EL HIJO SE CONVIRTIÓ EN SU DEPENDIENTE (<i>mm/dd/aaaa</i>)		
1C. IDENTIDAD DE GÉNERO IDENTIFICADA POR EL CÓNYUGE MISMO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> NO BINARIO <input type="checkbox"/> PREFERE NO RESPONDER <input type="checkbox"/> UN GÉNERO QUE NO SE MENCIONA AQUÍ			2D. RELACIÓN DEL MENOR CON USTED (<i>marque una opción</i>) <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> HIJASTRO <input type="checkbox"/> HIJASTRA		
1D. FECHA DE MATRIMONIO (<i>mm/dd/aaaa</i>)			2E. ¿QUEDÓ EL HIJO PERMANENTE Y TOTALMENTE DISCAPACITADO ANTES DE LOS 18 AÑOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
1E. DIRECCIÓN Y TELÉFONO DEL CÓNYUGE (<i>Calle, ciudad, estado, código postal si es distinto al del veterano</i>)			2F. SI EL HIJO TIENE ENTRE 18 Y 23 AÑOS, ¿ASISTIÓ A LA ESCUELA DURANTE EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
3. SI SU CÓNYUGE O HIJO DEPENDIENTE NO VIVIÓ CON USTED EL AÑO PASADO, ¿LE DIO MANUTENCIÓN INFANTIL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			2G. GASTOS PAGADOS POR SU HIJO DEPENDIENTE PARA LA UNIVERSIDAD, REHABILITACIÓN VOCACIONAL O CAPACITACIÓN (<i>por ejemplo, matrícula, libros, material</i>)		
SECCIÓN V: INFORMACIÓN DE EMPLEO					
1A. ESTADO DE EMPLEO COMO VETERANO (<i>marque una opción</i>). <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> NO ESTÁ EMPLEADO <input type="checkbox"/> JUBILADO				1B. FECHA DE JUBILACIÓN (<i>mm/dd/aaaa</i>)	
1C. NOMBRE DE LA EMPRESA. (<i>complete si está empleado o jubilado</i>)		1D. DIRECCIÓN DE LA EMPRESA (<i>complete si está empleado o jubilado - Calle, ciudad, estado, código postal</i>)		1E. TELÉFONO DE LA EMPRESA (<i>complete si está empleado o jubilado</i>) (<i>incluya el código de área</i>)	

SOLICITUD DE BENEFICIOS MÉDICOS <i>Continúa</i>	NOMBRE DEL VETERANO (apellido, primer nombre, segundo nombre)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
SECCIÓN VI: REVELACIÓN FINANCIERA			
<p>La revelación permite que el VA determine con exactitud si a ciertos veteranos se les cobrarán copagos por la atención y los medicamentos, su elegibilidad para otros servicios y la prioridad de inscripción. Los veteranos no están obligados a revelar su información financiera. Los veteranos que eligen no revelar la información financiera pueden no ser elegibles para inscripción o pueden ser responsables de cualquier copago aplicable del VA, si están inscritos. Los veteranos en combate reciente (por ejemplo, OEF/OIF/OND) pueden responder SÍ en la Sección VI y completar las Secciones VII y VIII para tener su prioridad para inscripción y elegibilidad financiera para asistencia con los viajes, medicamentos sin costo o servicios de atención médica no relacionados con la experiencia militar.</p> <p><input type="checkbox"/> No, no quiero dar información financiera en las Secciones VII a VIII. Si me inscriben, acepto hacer los copagos correspondientes del VA. Firme y escriba la fecha en el formulario en la sección Cesión de beneficios.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, daré la información financiera de mi grupo familiar del último año calendario. Complete las Secciones VII y VIII correspondientes. Firme y escriba la fecha en el formulario en la sección Cesión de beneficios.</p>			
SECCIÓN VII: INGRESOS ANUALES BRUTOS DEL AÑO CALENDARIO ANTERIOR DEL VETERANO, EL CÓNYUGE Y LOS HIJOS DEPENDIENTES <i>(use otra hoja para agregar más dependientes)</i>			
1. INGRESOS BRUTOS ANUALES DEL EMPLEO (sueldos, bonificaciones, propinas, etc.) EXCLUYENDO LOS INGRESOS DE SU FINCA, RANCHO, PROPIEDAD O NEGOCIO	VETERANO \$ _____	CÓNYUGE \$ _____	HIJO 1 \$ _____
2. INGRESOS NETOS DE SU FINCA, RANCHO, PROPIEDAD O NEGOCIO	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. MENCIONE LAS CANTIDADES DE OTROS INGRESOS (por ejemplo, Seguro Social, remuneración, pensión, intereses, dividendos) EXCLUYENDO ASISTENCIA SOCIAL.	\$ _____	\$ _____	\$ _____
SECCIÓN VIII: GASTOS DEL DEDUCIBLE DEL AÑO CALENDARIO ANTERIOR			
1. GASTOS MÉDICOS TOTALES NO REEMBOLSADOS PAGADOS POR USTED O SU CÓNYUGE (por ejemplo, pagos de médicos, dentistas, medicamentos, Medicare, seguro médico, hospital y centro de enfermería) el VA calculará un deducible y los gastos médicos netos que usted puede reclamar.	\$ _____		
2. CANTIDAD QUE PAGÓ EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO POR GASTOS DE FUNERAL Y ENTIERRO (INCLUYENDO GASTOS DE ENTIERRO PREPAGADOS) POR SU CÓNYUGE O HIJO DEPENDIENTE FALLECIDO (escriba también la información de su cónyuge o hijo en la Sección VI).	\$ _____		
3. CANTIDAD QUE PAGÓ EL ÚLTIMO AÑO CALENDARIO POR SUS GASTOS DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS O VOCACIONALES (por ejemplo, matrícula, libros, cargos, material) NO MENCIONE LOS GASTOS DE EDUCACIÓN DE SUS DEPENDIENTES.	\$ _____		
SECCIÓN IX: CONSENTIMIENTO PARA LOS COPAGOS Y PARA RECIBIR COMUNICACIONES			
<p>Enviando esta solicitud, usted acepta hacer los copagos correspondientes del VA por la atención o los servicios (incluyendo atención urgente) según lo exige la ley. También acepta recibir comunicaciones del VA al correo electrónico, al teléfono de casa o celular que dió. Sin embargo, dar su correo electrónico, teléfono de casa o celular es voluntario.</p>			
CESIÓN DE LOS BENEFICIOS			
<p>Entiendo que de conformidad con 38 U.S.C. Sección 1729 y 42 U.S.C. 2651, el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) está autorizado para recuperar o cobrar de mi plan médico (HP) o de cualquier otro tercero legalmente responsable los cobros razonables de la atención médica o los servicios del VA no relacionados con el servicio que me prestaron o dieron. Por este medio autorizo el pago directamente al VA de cualquier HP bajo el que estoy cubierto (incluyendo la cobertura provista bajo el HP de mi cónyuge) que es responsable del pago de los cobros por mi atención médica, incluyendo los beneficios pagaderos a mí o a mi cónyuge. Además, por este medio cedo al VA cualquier reclamo que pueda tener contra cualquier persona o entidad que sea o pueda ser legalmente responsable del pago del costo de los servicios médicos que me prestó el VA. Entiendo que esta cesión no limitará ni perjudicará mi derecho a recuperar para mi propio beneficio cualquier cantidad que supere el costo de los servicios médicos que el VA me dio o a cualquier otra cantidad a la que pueda tener derecho. Por este medio nombro al fiscal general de los Estados Unidos y al secretario de Asuntos de los Veteranos y a sus designados como mis apoderados para tomar todas las medidas necesarias y apropiadas para recuperar y recibir toda o parte de la cantidad aquí cedida. Por este medio, autorizo al VA para revelar a mi abogado y a cualquier tercero o agencia administrativa que pueda ser responsable del pago del costo de los servicios médicos que me prestaron, información de mi expediente médico, según sea necesario para verificar mi reclamo. Además, por este medio autorizo a cualquier tercero o agencia administrativa para revelar al VA cualquier información relacionada con mi reclamo.</p>			
<p>TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN FIRMAR Y ESCRIBIR LA FECHA EN ESTE FORMULARIO. CONSULTE LAS INSTRUCCIONES QUE DEFINEN QUIÉN PUEDE FIRMAR EN NOMBRE DEL VETERANO.</p>			
FIRMA DEL SOLICITANTE: <i>(Firme con tinta)</i> _____		FECHA (mm/dd/aaaa): _____	