



***Veteranos Con P.R Programa de Cuidado en el Hogar***  
**Hoja de Información Demográfica de Veteranos Requerida Para Su Solicitud**

Nombre Completo del Veterano: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Completa: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de servicio:**

Rama: \_\_\_\_\_ Número de Servicio: \_\_\_\_\_ Fecha de Entrada: \_\_\_\_\_

Fecha De Descarga: \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado de descarga: \_\_\_\_\_

**(Adjuntar formularios—Registro de Servicio o DD214 and Documento de Descarga Honorable)**

Estado civil:  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  Nunca Casado(a)

(Si Corresponde) Nombre de Cónyuge: \_\_\_\_\_

Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado del Matrimonio: \_\_\_\_\_

Cónyuge Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ NSS de Cónyuge: \_\_\_\_\_

Pariente más Cercano: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Veteranos Con P.R se comunicará con su Médico para obtener Información Médica**

Demencia (Sí o no) \_\_\_\_\_ Alzheimer (Sí o no) \_\_\_\_\_ Pérdida de Memoria (Sí o no) \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Doy permiso para que *Veteranos Con P.R* se comuniquen con mi médico para obtener información médica.**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Veteranos Con P.R Programa de Cuidado en el Hogar**  
**Hoja de Información Financiera del Veterano Requerido Para Su Solicitud**

**Ingreso Mensual del Veterano**

**Ingreso Mensual del Cónyuge***(si es aplicable)*

Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_  
Fuente de Ingreso: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Fuente de Ingreso: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Seguro Social: \$ \_\_\_\_\_  
Fuente de Ingreso: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Fuente de Ingreso: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Ingreso mensual total combinado \$ \_\_\_\_\_ Más 5% \$ \_\_\_\_\_

**Información financiera: Adjunte estados de cuenta** bancarios para cheques y ahorros, CDs, estados de cuenta de acciones, etc.: todos los estados de cuenta de activos líquidos.

-Si recibe una pensión o jubilación de una  Empresa,  Retiro Federal  Retiro de GoO  pensiones de servicio civil, por favor identifique: \_\_\_\_\_

-Pensiones del VA : por favor identifique si es una  Militar  Jubilación,  pensión por discapacidad, O  Otro: \_\_\_\_\_

Líquidos incluyen; Cuenta de Cheques: \_\_\_\_\_ Ahorros: \_\_\_\_\_

CD's \_\_\_\_\_ IRA: \_\_\_\_\_ Anualidad: \_\_\_\_\_

Fondos Mutuos: \_\_\_\_\_ Acciones, Vinculación \_\_\_\_\_

Cantidad en dólares de interés ganado por mes \$ \_\_\_\_\_ Por año \$ \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_ **Total de activos líquidos \$** \_\_\_\_\_

**Gastos médicos mensuales no reembolsados**

\$ \_\_\_\_\_ Tarifa de Servicios por Cuidado de Salud en el Hogar

\$ \_\_\_\_\_ Seguro Privado Medical; Nombre \_\_\_\_\_

\$ \_\_\_\_\_ Monto deducido del Seguro Social para Medicare (Part B)

**Gastos médicos mensuales totales combinados \$** \_\_\_\_\_

Dueño de casa? Sí  No  Medicaid: Sí  No  Seguro de Cuidado a largo Plazo: Sí  No

**Matrimonio(s):** ¿Cuántos matrimonios? (veterano y cónyuge cada uno): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**(Nota : Certificado de matrimonio(s), si está disponible, junto con los documentos de la corte de cambio de nombre)**

**El último empleador del veterano:** \_\_\_\_\_

Título del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_ Salario: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_