



Departamento de Asuntos de Veteranos

## Aplicación para Beneficios CHAMPVA

Centro de Administración de Salud VA	Elegibilidad CHAMPVA	Caja Postal 469028	Denver, CO 80246-9028	Centro de Servicio al Cliente 1-800-733-8387	FAX 303-331-7809
--------------------------------------	----------------------	--------------------	-----------------------	--	------------------

**Atención:** Por favor revise las instrucciones al dorso y después llene este formulario en su totalidad (imprima o mecanografía solamente). Devuelva el formulario y cualquier información pedida adicional a la dirección mostrada arriba. Si los solicitantes indican en la sección II que tienen el Seguro Medicare u otro seguro médico, cada solicitante debe presentar un formulario VA 10-7959c. Si necesita espacio adicional es necesario llenar otro formulario 10-10d Aplicación para Beneficios CHAMPVA, firmar y enviar.

## Sección I - Información del Patrocinador

Apellido del <b>Veterano</b>	Primer Nombre	IM	Número de Seguro Social	Número VA (Número de Reclamo)
Dirección		Ciudad		Estado
Número telefónico (incluya código de área)		Fecha Nacimiento (mm-dd-aaaa)	Fecha de matrimonio (mm-dd-aaaa)	
Ha muerto el Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si contesta si → Si no vaya a Sec II	Fecha de muerte (mm-dd-yyyy)	Murió el Veterano cuando estaba en servicio militar activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

## Sección II - Información del Solicitante (si es necesario, continúe en un formulario adicional 10-10d y complete todo)

Apellido	Primer Nombre	IM	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Correo Electrónico	Dirección	Ciudad		Estado
Número Telefónico (incluya código de área)	Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)	Califica para Medicare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otro Seguro Médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Parentesco al Veterano (e.j: cónyuge, hijo, hijastro)
		Si sí, llene el formulario VA 10-7959c y adjunte una copia de la tarjeta de Seguro Medicare		Si sí, llene el formulario VA 10-7959c y adjunte una copia de la tarjeta de seguro médico
Apellido	Primer Nombre	IM	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Correo Electrónico	Dirección	Ciudad		Estado
Número Telefónico (incluya código de área)	Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)	Califica para Medicare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otro Seguro Médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Parentesco al Veterano (e.j: cónyuge, hijo, hijastro)
		Si sí, llene el formulario VA 10-7959c y adjunte una copia de la tarjeta de Seguro Medicare		Si sí, llene el formulario VA 10-7959c y adjunte una copia de la tarjeta de seguro médico
Apellido	Primer Nombre	IM	Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Correo Electrónico	Dirección	Ciudad		Estado
Número Telefónico (incluya código de área)	Fecha de nacimiento (mm-dd-aaaa)	Califica para Medicare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otro Seguro Médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Parentesco al Veterano (e.j: cónyuge, hijo, hijastro)
		Si sí, llene el formulario VA 10-7959c y adjunte una copia de la tarjeta de Seguro Medicare		Si sí, llene el formulario VA 10-7959c y adjunte una copia de la tarjeta de seguro médico

## Sección III - Certificación

Leyes Federales (18 USC 287 y 1001) Proporcionan penas criminales si deliberadamente hace reclamos o declaraciones fraudulentas, falsas o ficticias

Yo certifico que la información de arriba esta correcta y es verdadera según mi entendimiento y creencias. (Firme y ponga fecha a la derecha.) Si la certificación es firmada por una persona que no sea el solicitante complete la siguiente:			FIRMA X	Fecha
Apellido	Primer Nombre	IM	Número de teléfono (incluya código de área)	Parentesco al aplicante
Dirección			Ciudad	Estado
				Código Postal

**Aviso:** La terminación del matrimonio, por divorcio o anulación, al patrocinador calificado termina elegibilidad de CHAMPVA a partir de la medianoche en la fecha que entra en vigor la disolución del matrimonio. Cambios de su estado civil deben de declararse inmediatamente a CHAMPVA, ATTN: Eligibility Unit, PO Box 469028, Denver, CO 80246-9028 o llame al 1-800-733-8387.

**Información del Acta de Privacidad:** La autoridad para la colección de la información pedida en este formulario es 38 USC 501 y 1781. El propósito de recoger esta información es determinar su elegibilidad para los beneficios de CHAMPVA. La información que usted proporciona se puede verificar por un programa de verificación de computadora en cualquier momento. Se le pide proporcionar su número de Seguro Social ya que su expediente de VA es archivado y recuperado por este número. No tiene que proveer la información requerida en este formulario pero si no nos da alguna o toda la información requerida, puede atrasar o resultar en rechazo de su petición para beneficios de CHAMPVA. El no proporcionar la información solicitada no tendrá un impacto negativo en otros beneficios de VA, a los cuales tiene derecho. Las respuestas que nos dé serán consideradas confidenciales y pueden divulgarse fuera de VA solamente si está autorizada bajo la Ley de Privacidad incluyendo sus usos rutinarios, así identificados bajo el sistema de archivos VA bajo el número 54VA16, titulado "Centros de Administración de Salud - Registros de Salud Civil y Programa Médico - VA", según lo dispuesto en la compilación de las emisiones de la ley de privacidad vía el acceso en línea de GPO en <http://www.gpoaccess.gov/privacyact/index.html>. Por ejemplo, el número de Seguro Social se puede divulgar a contratistas, socios comerciales, y a otros proveedores de servicios de cuidado de salud para determinar su elegibilidad para los beneficios médicos y para el pago de los servicios.

**Acto de Reducción de Papeleo:** El acto de la reducción del papeleo: Esta recogida de información está de acuerdo con los requisitos de liquidación de la sección 3507 del acto de la reducción del papeleo de 1995. La carga pública para reportar esta colección de información se estima en un promedio de 10 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la colección de información. Los comentarios con respecto a esta estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta colección, incluyendo sugerencias para reducir la carga, pueden ser dirigidas llamando a la línea de ayuda CHAMPVA, 800-733-8387. Los encuestados deben ser conscientes que a pesar de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona será sujeta a cualquier pena al no cumplir con una colección de información si no exhibe un número de control de OMB válido y vigente. El propósito de esta colección de datos es determinar la elegibilidad para los beneficios de CHAMPVA.

## Aplicación para Beneficios CHAMPVA – Definiciones y notas importantes

### ***Criteria de Elegibilidad de CHAMPVA***

Las siguientes personas tienen elegibilidad para beneficios CHAMPVA, **siempre y cuando no califican para beneficios TRICARE del DoD:**

- el cónyuge o el niño de un Veterano clasificada por VA como incapacitado permanentemente y totalmente conectado al servicio;
- el cónyuge o el niño superviviente de un Veterano quien murió como resultado de una condición clasificada por VA como permanente y total conectada al servicio; o quién, a la hora de morir, era clasificado como incapacitado permanentemente y totalmente conectada al servicio; y
- el cónyuge o el niño superviviente de una persona quién murió en la línea de combate y no por mala conducta.

**Impacto Medicare.** Si Vd. es elegible o llega a ser elegible para Medicare Parte A y tiene menos de 65 años, DEBE de tener Parte B para ser cubierto por CHAMPVA. Efectivo Octubre 1, 2001, los beneficios CHAMPVA fueron extendidos a beneficiarios de 65 años o más. Si Vd califica para Medicare Parte A y tiene 65 años o más, se le requiere tener Parte B para ser cubierto por CHAMPVA si su 65.o cumpleaños fue el o después del 5 de junio de 2001, o si ya estaba inscrito en Parte B antes del 5 de junio de 2001.

### ***Definiciones de Elegibilidad***

***Incapacidad/condición relacionada con su servicio*** – se refiere a una decisión VA que una enfermedad del Veterano o lesión fue incurrida o agravada mientras estaba en servicio activo militar y resultó en algún grado de incapacidad.

***Patrocinador*** – Se refiere al Veterano al cual se basa la elegibilidad de CHAMPVA.

***Cónyuge***- refiere a esposa/esposo o viuda/o de un patrocinador elegible CHAMPVA-Si el cónyuge se vuelve a casar antes de los 55, los beneficios CHAMPVA terminan el día que vuelve a casarse. Efectivo el 4 de Febrero, 2003, si el cónyuge se casa en o después de los 55 años, los beneficios CHAMPVA continúan. Además, en algunos casos un cónyuge superviviente vuelto a casarse cuyo matrimonio termina por muerte, divorcio o anulamiento, es elegible para CHAMPVA cuando es apoyado por una copia de la documentación apropiada.

***Hijo/a***- Incluye legítimos, adoptados, ilegítimos e hijastros. Para ser elegible, el menor debe ser soltero y: 1) menor de 18 años; o 2) al tener los 18 años, quedo incapacitado y no puede mantenerse solo y esta calificado asi por una oficina regional VA; o 3) el que después que alcanza los 18 años y a continuación hasta la edad de 23, esta matriculado en un curso de instrucción tiempo completo en una institución educativa aprobada --- certificación escolar requerida (véase abajo).

***NOTA:*** A excepción de hijastros, la elegibilidad de los menores no se afecta por divorcio o nuevo matrimonio del cónyuge sobreviviente.

### **Certificación Escolar**

Para extender los beneficios de CHAMPVA a los estudiantes entre 18 a 23 años de edad, certificación escolar de matrícula de tiempo completo debe ser enviado por la universidad, escuela vocacional o secundaria, etc. Para los propósitos de estatus estudiantil para CHAMPVA se establece como un año escolar completo basado en la carta inicial de matrícula de la institución de educación acreditada, es decir, cuatro (4) años para los programas de educación tradicionales, dos años (2) para programas de educación técnicos. La certificación escolar por cada período o año completo se requiere para recertificación de asistencia de tiempo completo hasta la graduación o 23 años de edad. Para las escuelas secundarias, este período es desde el principio hasta el fin del año escolar normal.

Las cartas de certificación escolar deben estar en papel con membrete de la escuela e incluyen:

- El nombre completo del estudiante
- El número de Seguro Social (SSN) del estudiante
- Fecha de principio exacta y fecha proyectada de la graduación
- Número de horas de semestre o equivalente (escuelas secundarias excluidas)
- Certificación de estatus de tiempo completo

Los formularios generados por la escuela son aceptables mientras proporcionen la información antedicha. Mientras que las certificaciones sometidas en un idioma extranjero son aceptables, tiempo adicional será requerido para la traducción. Las certificaciones se pueden enviar por correo a la dirección en el frente o por fax al 1-303-331-7809.

**NOTA:** Es importante notificar el Centro de Administración de Salud de cualquier cambio en la situación del estudiante tal como el retiro o cambio de tiempo completo a tiempo parcial. Los períodos de vacación, los días de fiesta, y las vacaciones de verano de la escuela (siempre que el estudiante asiste a la escuela por tiempo completo tanto antes y después de las vacaciones de verano) no son considerados una interrupción de asistencia de tiempo completo y no crearán un lapso de elegibilidad de CHAMPVA.