



*Universidad Interamericana de Puerto Rico*

*Recinto de Arecibo*

*Oficina de Registraduría*

*ESTUDIANTES CON BENEFICIO DE ESTUDIOS POR VETERANOS  
INFORMACIÓN GENERAL*

☞NOMBRE:	
☞SEGURO SOCIAL DEL ESTUDIANTE:	☞NÚMERO DE ESTUDIANTE:
☞VA CLAIM NO. (Capítulo 35-Seguro Social del Veterano):	
☞FECHA DE NACIMIENTO:	
☞DIRECCIÓN:_____	
☞DIRECCIÓN EMAIL:	☞TELÉFONO:
☞FECHA COMIENZO ESTUDIOS EN LA INSTITUCIÓN:	
☞GRADO A COMPLETAR:	
<input type="checkbox"/> ASOCIADO <input type="checkbox"/> BACHILLERATO <input type="checkbox"/> MAESTRÍA <input type="checkbox"/> CERTIFICADO	
☞CONCENTRACIÓN:	
☞FECHA QUE ESPERA GRADUARSE:	
☞¿ESTUDIÓ EN OTRA UNIVERSIDAD?: <input type="checkbox"/> SÍ ¿Dónde?_____ <input type="checkbox"/> NO	
☞CAPÍTULO AL QUE PERTENECE:	
<input type="checkbox"/> CAP. 31-REHAB. VOC. <input type="checkbox"/> CAP. 30-G.I. BILL <input type="checkbox"/> CAP. 1606-RESERVA	
<input type="checkbox"/> CAP. 1607-REAP <input type="checkbox"/> CAP 33-911 <input type="checkbox"/> CAP. 35-DEPENDIENTE VETERANO	

**\*DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL EXPEDIENTE:**

1. *Carta de elegibilidad para recibir el beneficio de estudios por Veteranos*

**\*ES RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE NOTIFICAR A LA OFICINA DE REGISTRADURÍA CUALQUIER CAMBIO EN:**

1. *Carga Académica*
2. *Concentración*
3. *Dirección*
4. *Teléfono*
5. *Cambio en Capítulo*

---

FIRMA DEL ESTUDIANTE

---

FECHA