

# 65<sup>TH</sup> INFANTRY REGIMENT SERVICE CENSUS

Encuesta de Servicio en el Regimiento 65 de Infantería

## VETERAN INFORMATION:

Name / Nombre:

Address / Dirección:

City / Ciudad:

State/Estado:

ZIP Code/Zona Postal:

Phone / Teléfono:

Cell/Celular:

Email / Correo Electrónico:

Date of birth / Fecha Nacimiento:

Place of birth/Lugar de Nacimiento:

I am / Soy:  Puerto Rican  Other Hispanic: \_\_\_\_\_ (nationality)  Other: \_\_\_\_\_  Continental

## 65<sup>TH</sup> INFANTRY SERVICE / SERVICIO EN EL 65 DE INFANTERIA:

War Service / Guerras que sirvió:  WWII / 2da Guerra Mundial  Korean War / Guerra de Corea  Vietnam War / Guerra de Vietnam  
 Other / Otra Explain/Explique: \_\_\_\_\_

65th Company Served / Compañía del 65 que sirvió:

Army Service No. / Número de Servicio:

Dates of service with the 65th / Fechas de servicio con el 65:

Were you wounded? / ¿Fue herido?

Date wounded/ Fecha herido:

I am including a copy of DD214 (discharge papers) / Estoy incluyendo copia de la DD214 (documento de licenciamiento):  Yes / Sí  No

I am including a old photo of myself / Estoy incluyendo una foto antigua  Yes / Sí  No  Previously submitted / previamente enviada

Medals Received / Medallas Otorgadas:

## ONLY FOR ARMY RETIREES / SOLO PARA RETIRADOS DEL EJERCITO:

Last Rank / Último Rango:

Years Served (e.g., 1950-70) / Años de Servicio:

Total Years (e.g., 20 years) / Años en Total:

## REPRESENTATIVE SUBMITTING INFORMATION FOR DECEASED VETERAN: REPRESENTANTE ENVIANDO INFORMACION POR VETERANO FALLECIDO:

Name / Nombre:

Relationship to veteran/Parentesco al veterano:

Address / Dirección:

City / Ciudad:

State / Estado:

ZIP Code / Zona Postal:

Phone / Teléfono:

Cell / Celular:

Email / Correo Electrónico:

Veteran's Date of death / Fecha de Defunción:

Place of death / Lugar de Defunción:

## SIGNATURE / FIRMA

I authorize the verification of the information provided on this form as to my service (or my family member's service) with the 65<sup>th</sup> Infantry Regiment.

Autorizo la verificación de la información proporcionada en esta forma en cuanto a mi servicio (o el servicio de un familiar) con el Regimiento 65 de Inf.

Signature of veteran/representative:  
Firma del veterano/representante:

Date/ Fecha:

## INSTRUCTIONS / INSTRUCCIONES

Please mail this form with a copy of your DD214 to /  
Favor de enviar este formulario con copia de su DD214 a:

For information/help: (813) 981-0529

El Pozo Productions  
P.O Box 374  
Lutz, FL 33548