

65TH 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

65TH 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 65th 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: (914) 525-4651

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