

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:*

Date of death / *Fecha de Defunción:*

Place of death / *Lugar de Defunción:*

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 / *Si* No

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

Medals Received / *Medallas Otorgadas:*

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

Last Rank / *Ultimo 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 / *Célular:*

Email / *Correo Electrónico:*

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. My signature confirms that I give permission to El Pozo Productions to publish any photos submitted in its website and other publications.
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. Mi firma confirma que doy permiso a El Pozo Productions para publicar cualquier foto enviada en su sitio web y otras publicaciones.

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: / *Para información/ayuda: (914) 525-4651*

El Pozo Productions
3509 Fallbrook Drive
Kissimmee, FL 34759