Department of Labor and Industries
Pension Benefits Program
PO Box 42281
Olympia WA 98504-2281

Teléfono: 360-902-5119 Fax: 360-902-6455

Cuestionario de beneficios de pensión

Recuerde anotar el número de reclamo en todos los documentos adjuntos.

Nombre | Fecha de nacimiento | Número de reclamo del L&I

Dirección postal

Ciudad | Estado | Código postal

Su lugar de residencia (si es diferente de la dirección postal)

Ciudad | Estado | Código postal

Representante legal (si corresponde)

A. Su estado civil *en la fecha de la lesión* (Marque una opción).

¿Estaba casado o en una relación de pareja doméstica registrada cuando se lesionó?

☐ Sí ☐ No

B. Su estado civil *actual* (Marque una opción. La documentación obligatoria está marcada con números. Vea la página 2).

☐ Soy soltero *y* nunca estuve casado ni en una relación de pareja doméstica registrada.

☐ Estoy casado *o* en una relación de pareja doméstica registrada.

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____ ❶

☐ Enviudé en esta fecha: _____ y no he vuelto a contraer matrimonio. ❷

☐ Me divorcié en esta fecha: _____ y no he vuelto a contraer matrimonio. ❸

C. Sus hijos *en este momento* (Marque una opción. La documentación obligatoria está marcada con números. Vea la página 2).

En ***este momento*** tengo:

☐ Hijos menores de 18 años que viven conmigo ❹

☐ Hijos menores de 18 que viven con el otro padre o tutor ❺

Nombre, número de teléfono y dirección del padre o tutor que tiene la custodia:

_____

_____

☐ Hijos *de* cualquier edad que son discapacitados ❻

☐ Ninguno de los anteriores ❼

D. ¿Recibe beneficios de Seguro Social en la actualidad? (Por favor responda ambas preguntas).

¿Recibe ***actualmente*** beneficios de Seguro Social? ☐ Sí ☐ No

¿Ha ***solicitado*** beneficios de Seguro Social? ☐ Sí ☐ No

E. Firma

Comprendo que el Departamento de Labor e Industrias utilizará mis respuestas a las preguntas anteriores y se basará en ellas para calcular el monto de mi pensión (*de acuerdo con la Ley de Seguro Industrial del Estado de*

Washington, Título 51 del Código Revisado de Washington [RCW, por sus siglas en inglés]). Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado anteriormente es verdadera y correcta.

Nombre en letra imprenta	Firma	Fecha

Documentación que debe adjuntar para completar este formulario. (Vea los números correspondientes en la página 1).

Si esto corresponde a su caso:	Adjunte esta documentación:
❶ Si está casado o en una relación de pareja doméstica registrada.	Una copia del certificado de matrimonio o declaración de relación de pareja doméstica registrada.
❷ Si su cónyuge o pareja doméstica registrada falleció ***después*** de la fecha de la lesión *y* usted *no* contrajo matrimonio nuevamente.	1. Una copia del certificado de matrimonio o declaración de relación de pareja doméstica registrada. 2. Una copia del certificado de defunción.
❸ Si se divorció (o la relación de pareja doméstica registrada se disolvió legalmente) *después* de la fecha de la lesión.	1. Una copia del certificado de matrimonio o declaración de relación de pareja doméstica registrada. 2. Una copia firmada de la sentencia definitiva de divorcio o disolución.
❹ Si tiene hijos menores de 18 años que viven con usted.	Una copia de las actas de nacimiento de sus hijos.
❺ Si tiene hijos menores de 18 años que viven con el otro padre o tutor.	1. Una copia de las actas de nacimiento de sus hijos. 2. Una copia de la documentación legal, tales como una sentencia judicial de custodia o plan de crianza. ***O*** Una declaración firmada que indique quién tiene la custodia de los hijos.
❻ Si tiene hijos de entre 18 y 23 años de edad que asisten como alumnos de tiempo completo a una escuela de educación superior reconocida.	1. Constancia por escrito del estado de sus hijos como alumnos de tiempo completo emitida por la escuela de educación superior. 2. La dirección actual de los estudiantes. 3. Una copia de las actas de nacimiento de los estudiantes.
❼ Si tiene hijos de cualquier edad que son discapacitados.	1. Una copia de las actas de nacimiento de sus hijos 2. Certificado médico de discapacidad Llame al 360-902-5119 para obtener información detallada.

¿Tiene preguntas? Llame al 360-902-5119.

Envíe los formularios completos por fax al 360-902-6455.

Recuerde anotar el número de reclamo en todos los documentos adjuntos. Todos los documentos deben ser copias, no los originales.

EMPEZAR DE NUEVO