



Declaración de derechos de trabajador totalmente discapacitado a recibir beneficios bajo el Seguro industrial

Fecha	Nro. de reclamo	Nro. de folio
-------	-----------------	---------------

Se requiere su firma.

- Si está firmando con un poder notarial, presente una copia del poder.
- Para su protección, comparamos su firma y la firma de los cheques pagaderos a su nombre.

Para que los beneficios continúen sin interrupción, esta Declaración de derechos debe estar completa, firmada, notariada y ser devuelta dentro de 30 días.

Imprima el nombre del trabajador totalmente discapacitado	¿Ha trabajado desde la última vez que presentó el formulario de declaración? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió sí ¿cuándo comenzó?	
Dirección postal	Número de días trabajados por semana	Promedio de ingresos semanales \$
Ciudad Estado Código postal	Nombre del empleador y dirección postal	
¿Es la dirección residencial igual a la dirección postal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió no , escriba la dirección residencial:	¿Tiene hijos(as)/dependientes menores de 18 años de edad y/o que estén discapacitados que no residan con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Si respondió sí , escriba los nombres y direcciones de los dependientes que no residan con usted.	

Ha sido condenado o encarcelado por un crimen durante el año anterior a completar este formulario de declaración o cualquier otro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó sí , ¿Cuándo? ¿Dónde?
¿Cuál es su estado civil /pareja doméstica registrada actual? ¿Es este diferente a su último formulario de declaración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió sí , escriba la fecha y el cambio (por ejemplo, matrimonio, divorcio, pareja doméstica registrada, muerte, etc.) Fecha: Cambio:
¿Está recibiendo ahora o ha recibido alguna vez beneficios de la Administración de Seguro Social (SSA)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Cualquier cambio en el estado de dependientes o hijos(as) por los que está recibiendo beneficios de pensión debe reportarse. Cambios en las circunstancias de dependencia pueden alterar su beneficio mensual. Cambios en la dependencia incluyen: muerte; matrimonio; declaración de pareja doméstica registrada; encarcelamiento; emancipación o cambio en el cuidado y custodia.

Si no reporta actividades de trabajo, cambios de estado o encarcelamiento para continuar recibiendo beneficios a los que podría no tener derecho, usted podría enfrentar cargos civiles o criminales.

Firma (requerida)	Número de teléfono	Fecha	Número de Seguro Social (Solo para identificación)
-------------------	--------------------	-------	--

Se requiere la firma y la impresión del sello del notario. Código Revisado de Washington (RCW) 42.44.090(1)

Subscribed and sworn to before me this date (Fecha)	Notary Seal or Stamp (Sello notarial)
Notary public signature (Firma del notario público)	
For the state of (En el estado de)	
Residing at (Dirección)	
Title (Título)	
My commission expires (Fecha de vencimiento de la licencia)	