Department of Labor and Industries
Pension Benefits
PO Box 44281
Olympia WA 98504-4281

Declaración de derechos

de hijos(as) discapacitados(as) o tutores a recibir beneficios bajo el Seguro industrial

Fecha	Nro. de reclamo	Nro. de folio

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

- Si usted está firmando por sí mismo, por favor firme donde se indica o el documento se considerará incompleto y será devuelto.
- 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.

Imprima el nombre del trabajador totalmente discapacitado

Dirección postal

Ciudad Estado Código postal

¿Es la dirección residencial igual a la dirección postal?
☐ Sí ☐ No Si respondió **no**, escriba la dirección residencial:

La definición de tutor legal incluye un(a) viudo(a) que estaba recibiendo pensión y ha vuelto a casarse pero conserva el cuidado y custodia de hijos(as) o dependientes menores de edad o discapacitados. U otros que tienen bajo su custodia y cuidado hijos(as) o dependientes menores de edad o discapacitados del trabajador. Esta persona recibe ahora los beneficios de pensión para los hijos/dependientes.

¿Tiene hijos(as)/dependientes menores de 18 años de edad y/o que estén discapacitados que no residan con usted?
☐ Sí ☐ No
Si respondió **sí**, escriba los nombres y direcciones de los dependientes que no residan con usted.

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.

¿Ha habido algún cambio en las circunstancias de dependencia para cualquier hijo(a) por el que recibe beneficios bajo el Seguro industrial?
☐ Sí ☐ No
Si respondió sí, proporcione la siguiente información:
Nombre del dependiente por el que está reportando el cambio:
Fecha de efectividad del cambio de dependencia:
Explicación:

¿ Ha sido condenado o encarcelado por un crimen durante el año anterior a completar este formulario de declaración o cualquier otro?

☐ No ☐ Sí Si contestó sí, ¿Cuándo? ¿Dónde?

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 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)

Notary Seal or Stamp (Sello notarial)

EMPEZAR DE NUEVO