



Declaración de derechos de dependiente del trabajador fallecido 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 dependiente(s)		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código 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:		

Nombre del trabajador fallecido
Parentesco con el trabajador fallecido
¿Continúa usted dependiendo de los beneficios del trabajador fallecido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Su ingreso mensual de todas las fuentes excluyendo al trabajador fallecido: \$

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?
¿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 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)
--