



FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO

Número del reclamo

Fecha de la solicitud

Fecha de la lesión

Instrucciones para el trabajador: Complete este formulario para que podamos considerarlo para recibir beneficios. Si no puede trabajar debido a una lesión o enfermedad sufrida en su lugar de trabajo Y su empleador no le está pagando su salario completo: 1) Complete este formulario. 2) Firme y escriba la fecha. 3) Envíelo a la dirección escrita arriba dentro de 14 días.

Nombre	Número de teléfono		
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	

Llene esta casilla SOLAMENTE si tiene una dirección y/o número de teléfono nuevo.

Declaración del trabajador

Debido a una lesión/enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo, no he trabajado desde el _____ hasta el _____

Esto significa que usted no hizo **ningún** tipo de trabajo – pagado o sin pago – como trabajo voluntario, empleo por cuenta propia o servicios sociales, COPES o CHORE. Por favor NO incluya la última fecha trabajada en la parte de arriba.

Regresé/regresaré a trabajar el _____	Estoy trabajando _____ Horas por día _____ Días por semana
	Mi salario actual es: \$ _____ por <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Mes
He solicitado los beneficios siguientes:	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Estampillas para comida solamente <input type="checkbox"/> Beneficios de jubilación <input type="checkbox"/> Beneficios de seguro <input type="checkbox"/> Otros programas de asistencia Pública <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Social

En el día que se lesionó, ¿Le estaba pagando su empleador alguna parte del seguro médico, dental y/o de la vista de usted y/o su familia o proporcionando vivienda, comida y/o combustible (servicios públicos)? Sí No

¿Continúa recibiendo estos beneficios? Sí No, fecha en que terminaron los beneficios _____

Con mi firma abajo, certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes de Washington que lo anterior es verdadero y correcto y además: Entiendo que si hago una declaración falsa sobre mis actividades o mi condición física, tendré que devolver mis beneficios y podría afrontar sanciones civiles o criminales. Entiendo que tengo que notificarle de inmediato a mi gerente de reclamo, si realizo cualquier tipo de trabajo (remunerado o no), si mi doctor me da de alta para trabajar, si estoy encarcelado y bajo sentencia o si hay algún cambio en la custodia legal de mis hijos.

# de teléfono	Fecha	Nombre del trabajador (letra de imprenta)	Firma del trabajador