



## DECLARACIÓN DE DERECHOS PARA BENEFICIOS DE DEPENDIENTES DEL TRABAJADOR FALLECIDO BAJO EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

### Aviso: Se requiere su firma

Si está firmando usted mismo, por favor asegúrese de firmar en la casilla para la firma o los documentos serán considerados incompletos y serán devueltos.

Si está firmando con poder notarial, envíe una copia del poder si no lo ha hecho anteriormente. Para su protección hacemos una comparación entre su firma y la firma en los cheques que estén endosados a su nombre.

**Para que los beneficios continúen sin interrupción, esta Declaración de derechos tiene que ser completada, firmada, notariada y devuelta al departamento dentro de 30 días.**

Nombre(s) de el(los) dependiente(s) (use letra imprenta)	Yo/nosotros dependía(mos) económicamente del fallecido(a) llamado:
Dirección postal	La relación era:
Ciudad Estado Código postal	¿Continúa siendo dependiente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es la dirección residencial igual a la dirección POSTAL?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mi/nuestro ingreso mensual de todos los recursos, sin incluir a esta persona es de \$
Si NO, escriba la dirección residencial.	

Las circunstancias de mi/nuestra dependencia no han cambiado desde el accidente industrial fatal y la prueba de mi/nuestro reclamo fue sometida al Departamento de Labor e Industrias. Cualquier cambio en el estado del reclamo debe ser reportado, tal como: fallecimiento de un dependiente, ayuda financiera y adquisición de propiedades que puedan alterar las circunstancias de dependencia. Si hubo algún cambio desde que sometió la última declaración, complete lo siguiente. **Su declaración podría cambiar sus beneficios mensuales. Si no reporta empleo, matrimonio, cambios en los dependientes o encarcelamientos para continuar recibiendo beneficios a los que usted no tuviera derecho, podría resultar en cargos civiles o criminales.**

Desde la última vez que sometió el formulario de Declaración de derechos ¿Ha sido culpable de un crimen y está cumpliendo una sentencia?

No  Sí  Si contestó Sí, ¿cuándo? ¿Dónde?

N° de Seguro Social# (Sólo para identificación)	N° de teléfono	Fecha	Firma (requerida)
---	----------------	-------	-------------------

**Se requiere la firma y la impresión del sello o estampilla del notario. RCW 42.44.090 (1)**

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