

Department of Labor and
Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291



Autorización del Trabajador para Obtener Registros de Trabajos Despachados por el Sindicato

A Quien Corresponda:

Por medio de la presente, usted está autorizado para proporcionarle al Departamento de Labor e Industrias del Estado de Washington una copia de mis registros de trabajos despachados por el sindicato.

Entiendo que Labor e Industrias utilizará esta información para evaluar mi reclamo de enfermedad ocupacional para obtener beneficios.

Estoy de acuerdo en que esta autorización será válida hasta que el reclamo concluya, a menos que yo la revoque por escrito a Labor e Industrias.

USTED PUEDE aceptar una fotocopia del formulario como original.

Firma del trabajador o del representante

Fecha

Número de seguro social

Fecha de nacimiento

Devuelva este formulario a:
Department of Labor and Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

Si está solicitando al Departamento que obtenga su Registro de Trabajos Despachados por el Sindicato, por favor proporcione la siguiente información con su formulario de autorización:

Nombres y direcciones de todos los locales del sindicato en los que ha trabajado en o fuera del estado de Washington.

Nombre del local del sindicato		
Local		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del local del sindicato		
Local		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del local del sindicato		
Local		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del local del sindicato		
Local		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal