



# CUESTIONARIO PARA BENEFICIOS DE PENSIÓN

Usted está autorizado para recibir beneficios de pensión bajo la Ley de seguro industrial de Washington, RCW, Título 51. Esta información es requerida por ley y necesaria para que el departamento calcule correctamente sus beneficios. Por favor conteste las siguientes preguntas y firme la declaración al final de la página.

Si tiene preguntas, puede comunicarse con la Sección de beneficios de pensión al (360) 902-5119 o envíe un fax al (360) 902-6455.

- 1.) Envíe copias, **no los originales** de la información solicitada. Por favor escriba su número de reclamo en cada documento.
- 2.) Complete, firme y **devuelva** este formulario lo más pronto posible.

Nombre (Apellido, primer nombre, segundo nombre)		Fecha de nacimiento	Número del reclamo
Dirección postal (si no tiene un representante legal)	Número de teléfono	Número de seguro social (para identificación solamente)	
Domicilio (si es diferente a la dirección postal)			
Dirección postal del representante legal (si es aplicable)			
<b>¿Estaba usted casado o en una relación de pareja doméstica registrada cuando sufrió la lesión o enfermedad ocupacional?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió sí, por favor proporcione una <b>copia</b> de su certificado de matrimonio/declaración de pareja doméstica registrada. (Esta prueba se requiere para mostrar su estado civil en la fecha de la lesión).			

**¿Cuál es su estado civil actual? Por favor marque la casilla apropiada.**

- Soy soltero. Si es soltero debido a la muerte de su cónyuge/pareja doméstica registrada después de la fecha de la lesión, por favor proporcione una copia de su certificado de matrimonio o declaración de relación doméstica registrada y el certificado de defunción.
- Casado o pareja doméstica registrada. Proporcione una **copia** de su certificado de matrimonio o declaración de relación doméstica registrada. Nombre del (cónyuge o pareja doméstica registrada) \_\_\_\_\_ y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_.
- Mi relación legalmente terminó en (fecha de disolución) \_\_\_\_\_. Si la fecha de la disolución de la relación es **después** de la fecha de la lesión, por favor proporcione 1) una **copia** de su certificado de matrimonio o declaración de pareja doméstica registrada; **Y** 2) una **copia** firmada del decreto final de disolución.

**¿Cuál es el estado actual de su(s) hijo(s)? Por favor marque la casilla apropiada y proporcione una copia del certificado de nacimiento de cada uno de sus hijos.**

- Tengo hijo/hijos menor(es) de 18 años o de cualquier edad **que están** discapacitados y dependen de mí. **Se requiere documentación médica para aquellos que estén discapacitados y dependen de usted.**
- Tengo hijo/hijos menor(es) de 18 años que residen conmigo y actualmente no estoy casado/a o en una relación de pareja doméstica registrada con el otro padre/madre indicado en el/los certificado(s) de nacimiento. Proporcione una **copia** de los documentos indicando la persona que tiene custodia legal.
- Tengo hijo/hijos menor(es) de 18 años que residen en otro hogar. Proporcione una **copia** de los documentos indicando la persona que tiene custodia legal e indique el nombre actual y la dirección de esa persona.

Nombre del tutor legal	Dirección del tutor legal
------------------------	---------------------------

- Tengo hijo/hijos entre las edades de 18 y 23 años en una escuela acreditada como un estudiante de tiempo completo. Proporcione verificación por escrito de la escuela, la dirección actual del estudiante y una **copia** del certificado de nacimiento.

¿Ha solicitado usted para o está recibiendo beneficios de Seguro social?  SÍ  NO

Entiendo que el Departamento de Labor e Industrias utilizará y se basará en mis respuestas a las preguntas indicadas arriba para calcular la cantidad de mis beneficios de pensión bajo la Ley de seguro industrial de Washington, RCW Título 51.

**Bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Washington, yo declaro que lo escrito arriba es verdadero y correcto.**

Nombre en letra de imprenta	Firma	Fecha
-----------------------------	-------	-------