



Crime Victims Compensation  
PO Box 44520  
Olympia WA 98504-4520

Fax: 360-902-5333  
Correo electrónico:  
[CrimeVictimsProgramM@Lni.wa.gov](mailto:CrimeVictimsProgramM@Lni.wa.gov)

# Solicitud de salarios perdidos del padre / madre / tutor legal / custodio de víctimas menores de edad

Lea las instrucciones antes de contestar este formulario. Si es el padre, la madre, el tutor legal o el custodio de una víctima menor de edad, quizá pueda solicitar los salarios perdidos por el tiempo que haya faltado al trabajo. Es posible que podamos reembolsarle hasta 30 citas en total.

Número de reclamo
-------------------

## Información del padre / madre / tutor legal / custodio

Nombre del padre / madre / tutor legal / custodio (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de teléfono
Domicilio (no apartado postal; incluya el número de departamento, si corresponde)	
Ciudad	Estado
Código postal	

## Información de la víctima

Nombre de la víctima menor de edad	Fecha de nacimiento del menor	Fecha de la lesión causada por un delito
------------------------------------	-------------------------------	--

## Reembolso de salarios:

Escriba aquí el tipo de cita y la información del salario. Si es elegible, se le reembolsará el salario por hora que ganaba en el momento de la cita. También necesitamos saber si se le pagó algún tipo de permiso por el tiempo que faltó al trabajo.

	A. Fecha	B. Tipo de cita	C. Hora de inicio	D. Hora de finalización	E. Total de horas que faltó al trabajo	F. Salario por hora	G. Horas de permiso utilizadas en total	H. Firma y fecha del personal del CJP o proveedor médico
1.		<input type="checkbox"/> CJP <input type="checkbox"/> MED						
2.		<input type="checkbox"/> CJP <input type="checkbox"/> MED						
3.		<input type="checkbox"/> CJP <input type="checkbox"/> MED						
4.		<input type="checkbox"/> CJP <input type="checkbox"/> MED						
5.		<input type="checkbox"/> CJP <input type="checkbox"/> MED						

## Información del empleador

Nombre del empleador	Nombre y puesto del contacto
Dirección del empleador	Número de teléfono del contacto
Ciudad	Estado
Código postal	

## Firma del padre / madre / tutor legal / custodio – los formularios sin firma serán devueltos

La solicitud de reemplazo de salario se relaciona con los procedimientos de justicia penal o las citas médicas o de salud mental de la víctima menor de edad que se relacionan con la lesión causada por el delito. Mi empleador no me ha pagado ese tiempo. Entiendo que es un delito presentar información a sabiendas de que es falsa. He leído y entendido las instrucciones de este formulario.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

## Instrucciones para contestar la solicitud de salarios perdidos del padre / madre / tutor legal / custodio de víctimas menores de edad

### Número de reclamo:

- Escriba el número de reclamo en el cuadro.

### Información del padre / madre / tutor legal / custodio:

- Escriba el nombre en el siguiente formato: apellido, nombre, inicial del segundo nombre.
- Escriba el mejor número de teléfono para contactarlo.
- Escriba su domicilio, incluyendo el número de departamento, si corresponde. No escriba un apartado postal.

### Información de la víctima:

- Escriba el nombre de la víctima menor de edad en el siguiente formato: apellido, nombre, inicial del segundo nombre.
- Escriba la fecha de nacimiento del menor de edad en el siguiente formato: mes/día/año (mm/dd/aaaa).
- Escriba la fecha en la que se sufrió la lesión por el delito, en el siguiente formato: mes/día/año (mm/dd/aaaa).

### Reembolso de salarios:

- Columna A: Escriba la fecha del procedimiento de justicia penal o de la cita médica o de salud mental (una fecha por renglón).
- Columna B: Marque la casilla CJP si la cita fue para un procedimiento de justicia penal. Marque la casilla MED si la cita fue una cita médica o de salud mental.
- Columna C: Escriba la hora en que empezó a faltar al trabajo debido a la cita.
- Columna D: Escriba la hora en que terminó la cita.
- Columna E: Escriba la cantidad total de horas que faltó al trabajo.
- Columna F: Escriba su salario por hora en el momento de la cita. Si es elegible, se le reembolsará el salario que ganaba en la fecha de la cita. Su gerente de reclamos le llamará a su empleador para confirmar su información salarial.
- Columna G: Escriba las horas de permiso que utilizó (enfermedad, vacaciones, tiempo de descanso pagado, varios). Si no utilizó permiso, escriba NA. Si recibió permiso por enfermedad de su empleador, quizá no sea elegible para reclamar salarios perdidos.
- Columna H: Pida la firma de la persona que lo atendió en el procedimiento judicial penal o en la cita médica o de salud mental.

### Ejemplo:

	A. Fecha	B. Tipo de cita	C. Hora de inicio	D. Hora de finalización	E. Total de horas que faltó al trabajo	F. Salario por hora	G. Horas de permiso utilizadas en total	H. Firma y fecha del personal del CJP o proveedor médico
1.	08/03/2020	<input checked="" type="checkbox"/> CJP <input type="checkbox"/> MED	10:30 AM	2:00 PM	3.5	\$15.00	NA	Firma y fecha del personal judicial
2.	08/05/2020	<input type="checkbox"/> CJP <input checked="" type="checkbox"/> MED	3:00 PM	4:30 PM	1.5	\$15.00	1.5	Firma y fecha del proveedor de servicios médicos o de salud mental

### Información del empleador:

- Escriba el nombre de su empleador.
- Escriba el nombre y puesto de la persona de contacto de su empleador.
- Escriba la dirección de su empleador.
- Escriba el número de teléfono de contacto de su empleador.

### Firma:

- Usted debe firmar el formulario para ser elegible para recibir el reembolso.

¿Necesita más ayuda? Visite [www.Lni.wa.gov/CrimeVictims](http://www.Lni.wa.gov/CrimeVictims) o llame al teléfono 1-800-762-3716