



Crime Victims Compensation Program  
PO Box 44520  
Olympia WA 98504-4520  
Teléfono 800-762-3716 Fax 360-902-5333

Fecha de hoy:	Fecha de la lesión:	Número de reclamación	Nombre
---------------	---------------------	-----------------------	--------

Con el fin de determinar la elegibilidad para compensación por sueldos perdidos, es necesario llenar las secciones correspondientes al solicitante y al proveedor y entregar el formulario a L&I.

Las personas que hagan declaraciones falsas con el fin de obtener beneficios de compensación para víctimas de delitos quedarán sujetos a las sanciones civiles o penales establecidas en la ley.

### Declaración del solicitante

Debido a mi lesión o enfermedad relacionada con un delito, no he trabajado y no he podido trabajar desde el día:			
_____		al	_____
Fecha de inicio			Fecha de terminación
He solicitado los siguientes beneficios:			
	Fecha de la solicitud		Fecha de la solicitud
<input type="checkbox"/> Ninguno	_____	<input type="checkbox"/> Otra asistencia pública	_____
<input type="checkbox"/> Desempleo	_____	<input type="checkbox"/> Seguro Social	_____
<input type="checkbox"/> Permiso familiar remunerado	_____	<input type="checkbox"/> Jubilación	_____
Regresé a trabajar el día: _____ (cualquier tipo de trabajo, incluido el trabajo por cuenta propia)			
<input type="checkbox"/> A tiempo completo, sin restricciones	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial - _____ horas al día	<input type="checkbox"/> Funciones modificadas	

Con mi firma en la parte inferior certifico bajo pena de perjurio, según las leyes del estado de Washington, que lo anteriormente establecido es verdadero y correcto, y además que: Entiendo que si hago una declaración falsa acerca de mis actividades o mi estado físico tendré que devolver mis beneficios y podría enfrentar sanciones civiles o penales. Entiendo que debo notificar de inmediato a mi gestor de reclamaciones si desempeño cualquier trabajo (remunerado o no), si mi médico me indica que no trabaje, si soy encarcelado y sentenciado, o si hay cambios en la custodia de mis hijos.

Fecha	Lugar	Firma
-------	-------	-------

### Declaración del médico

Diagnóstico debido a la lesión:	
Fecha del último tratamiento	Fecha de la siguiente cita programada

