

COMPLETE ESTA DECLARACIÓN
 FIRMADA Y DEVUÉLVALA A:
 Department of Labor and Industries
 Division of Insurance Services
 PO Box 44291
 Olympia WA 98504-4291



DECLARACIÓN FIRMADA PARA COMPENSACIÓN DE TIEMPO PERDIDO

Número del reclamo
Nombre (Por favor en letra imprenta)

Debido a mi lesión/enfermedad relacionada con el trabajo no pude trabajar y no estaba capacitado para trabajar desde el _____ hasta el _____.

Marque una casilla en cada línea para completar las declaraciones de abajo:

- He estado** **No he estado** trabajando por cuenta propia durante este período.
- He estado** **No he estado** trabajando con pago o sin pago, incluyendo pero no limitado a Servicios COPEs o CHORE, o trabajo voluntario debido a una lesión/enfermedad relacionada con el trabajo.
- He aplicado** **No he aplicado** para o recibido beneficios de desempleo durante este período.
- He recibido** **No he recibido** beneficios de Seguro Social durante este período.
- He aplicado** **No he aplicado** para o recibido beneficios de DSHS durante este período.
- He estado** **No he estado** condenado por cometer un crimen y bajo sentencia durante este período.

Por medio de mi firma abajo, certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Washington que lo anterior es verdadero y correcto y que además:

Entiendo que si hago una declaración falsa sobre mis actividades o condición física, tendré que devolver mis beneficios y es posible que tenga que enfrentar cargos civiles o criminales.

Entiendo que debo comunicarme inmediatamente con mi gerente del reclamo si hago cualquier clase de trabajo (con pago o sin pago), si mi doctor me da de alta para regresar a trabajar, si estoy en la cárcel y bajo sentencia, si cambia la custodia de mis hijos y si aplico o recibo beneficios de Seguro Social o de DSHS.

Firma			Fecha		
DIRECCIÓN postal			DIRECCIÓN del domicilio:		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código Postal
¿Es la dirección POSTAL igual a la del domicilio? :			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	