

ЗАПОЛНИТЕ ДАННЫЙ АФФИДЕВИТ И
 ОТПРАВЬТЕ ПО АДРЕСУ:
 Department of Labor and Industries
 Division of Insurance Services
 PO Box 44291
 Olympia WA 98504-4291

**АФФИДЕВИТ для КОМПЕНСАЦИИ
 ПОТЕРИ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ**

Номер иска
Имя и фамилия (печатными буквами)

В связи с производственной травмой/ болезнью, полученной мной, я не работал (а) и не мог (ла) работать с _____ по _____.

Поставьте отметку в поле, чтобы дополнить утверждения ниже:

<input type="checkbox"/> Я занимался (ась)	<input type="checkbox"/> Я не занимался (ась)	самостоятельной деятельностью в указанный период времени.
<input type="checkbox"/> Я выполнял (а)	<input type="checkbox"/> Я не выполнял (а)	какую-либо работу, оплачиваемую или не оплачиваемую, включая, помимо прочего, услуги в рамках программ COPES и CHORES, или работу добровольца в связи с производственной травмой/ заболеванием.
<input type="checkbox"/> Я подавал (а)	<input type="checkbox"/> Я не подавал (а)	заявление на получение или получал (а)/ не получал (а) соответственно пособие по безработице в указанный период времени.
<input type="checkbox"/> Я получал (а)	<input type="checkbox"/> Я не получал (а)	выплаты по программе социальной защиты в указанный период времени.
<input type="checkbox"/> Я подавал (а)	<input type="checkbox"/> Я не подавал (а)	заявление на получение или получал (а)/ не получал (а) соответственно пособие Департамента социального обеспечения и здравоохранения (DSHS) в указанный период времени.
<input type="checkbox"/> Я был (а)	<input type="checkbox"/> Я не был (а)	осужден (а) и отбывал (а)/ не отбывал (а) соответственно наказание в указанный период времени.

Подписываясь ниже, я удостоверяю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата Вашингтон, что указанная информация является истинной и верной и, кроме того:

Я понимаю, что если я предоставлю ложную информацию о своих действиях или физическом состоянии, я буду должен (должна) возместить сумму выплат и могу понести административное или уголовное наказание.

Я понимаю, что я должен (должна) немедленно связаться со своим менеджером по рассмотрению исков, если я выполняю какую-либо работу (оплачиваемую или неоплачиваемую), если мой врач разрешил мне выйти на работу, если я осужден (а) и отбываю наказание, если условия опекуновства моих детей изменятся и если я подал (а) заявление и получаю выплаты по программе социальной защиты или пособие Департамента социального обеспечения и здравоохранения (DSHS).

_____ Подпись			_____ Дата		
ПОЧТОВЫЙ адрес			Адрес МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА		
Город	Штат	Индекс	Город	Штат	Индекс

Адрес места жительства совпадает с
 ПОЧТОВЫМ адресом: Да _____ Нет _____