



Crime Victims Compensation Program
PO Box 44520
Olympia WA 98504-44520
360-902-5355 o 800-762-3716

Número de reclamación	Fecha de solicitud	Fecha de la lesión
-----------------------	--------------------	--------------------

Instrucciones: Si no puede trabajar debido a una lesión recibida como resultado de un delito y su empleador no le está pagando su sueldo completo, llene este formulario en su totalidad, fírmelo y envíelo a la dirección que aparece arriba en un plazo de 14 días. Debemos recibir el formulario para determinar los beneficios.

Nombre	Número de teléfono	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Declaración de la víctima

La siguiente declaración indica que usted no puede hacer ningún tipo de trabajo, remunerado o no, como trabajo voluntario, empleo por cuenta propia ni servicios de COPES o CHORE. No incluya la última fecha trabajada en el rango de fechas de su declaración siguiente:

Debido a mi lesión o enfermedad relacionada con un delito, no he trabajado y no he podido trabajar desde el día:		
_____	hasta el día	_____
Fecha de inicio		Fecha de terminación
Esto significa que usted no realizó ningún tipo de trabajo, remunerado o no, como trabajo voluntario, empleo por cuenta propia ni servicios de COPES o CHORE. No incluya la última fecha trabajada en el rango de fechas anterior.		

Regresé o regresaré a trabajar el día: _____	Horas al día: _____	Días a la semana: _____
Mi sueldo actual es de: \$ _____ <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes		

He solicitado los siguientes beneficios:		
<input type="checkbox"/> Ninguno	Fecha de la solicitud _____	<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 _____

En la fecha de la lesión, su empleador pagaba cualquier parte de los siguientes beneficios para usted o sus familiares:		
<input type="checkbox"/> Seguro médico	<input type="checkbox"/> Seguro dental	<input type="checkbox"/> Seguro de cuidado de la vista
<input type="checkbox"/> Vivienda o alojamiento	<input type="checkbox"/> Combustible	<input type="checkbox"/> Servicios básicos
¿Aún recibe esos beneficios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, última fecha en que los recibió: _____		

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
-------	-------	-------