



Cuestionario de exposición a sustancias químicas

Nombre del demandante		Fecha de la lesión	Número de reclamo
Dirección del demandante			
Números de teléfono del demandante			
Teléfono de la casa	Celular	N.º de teléfono alternativo	Si no es su teléfono, indique nombre y relación
¿Ha solicitado beneficios de Longshore o FECA? ☐ Sí ☐ No			Si la respuesta es Sí, proporcione el número de reclamo federal:

Servicio militar

¿Ha prestado servicio militar? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es Sí, proporcione sus fechas de servicio	
	Desde	Hasta
Cargo militar		
Obligaciones del cargo militar		
¿Estuvo expuesto a alguna sustancia química u otros irritantes o gases en el ejército? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, describa la fuente y cómo estuvo expuesto. Si recibió tratamiento médico por la exposición, indique dónde:		

Exposición a sustancias químicas fuera del trabajo

¿Tiene algún pasatiempo o actividad fuera del trabajo que lo haya expuesto a irritantes o gases? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, describa			
¿Ha fumado alguna vez? ☐ Sí ☐ No Marque todas las opciones que correspondan ☐ Cigarro ☐ Cigarillos ☐ Pipa ☐ Otro			
Desde	Hasta	Cantidad fumada por día	Cantidad total de años
Haga una lista de cualquier otro pasatiempo o actividad en la que participa:			
¿Hubo cambios recientes en su hogar, p. ej. productos de limpieza, alfombra nueva, remodelaciones, mascotas, uso de pesticidas, etc.? De ser así, explique:			

Enumere todas las afecciones médicas y medicamentos antes de presentar este reclamo.

Afección médica	¿Medicamento?	Nombre de medicamentos
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	
	Sí ☐ No ☐	

Enumere de todos los medicamentos o suplementos no recetados que está tomando actualmente

--

Reclamos por exposición laboral previamente presentados

N.º de reclamo	Estado en el que se presentó	Tipo de exposición

Historial de exposición a sustancias químicas

¿Cuál es la afección médica por la que está presentando este reclamo?		¿Qué síntomas tiene?		¿Cuándo notó por primera vez que tenía estos síntomas?		Mes / Año	
¿Cuándo le dijo un médico por primera vez que su trabajo era la causa de los síntomas?		Mes / Año		¿Ha consultado con otro médico por estos síntomas?		☐ Sí ☐ No	
				¿Se ha realizado algún examen médico por estos síntomas?		☐ Sí ☐ No	
Nombre del médico que le dijo que los síntomas están relacionados con su trabajo: (en letra imprenta o a máquina)							
Dirección		Ciudad		Estado		C.P. + 4	
Complete los formularios de divulgación de expedientes médicos que se adjuntan para que nosotros podamos obtener sus expedientes. ¿Su formulario de divulgación completo está adjunto?				Si el formulario de divulgación no está completo, se puede demorar o rechazar su reclamo de beneficios.			
				☐ Sí ☐ No			
Tipo de trabajo que realiza que piensa que causó los síntomas:				Fecha de comienzo como empleado en el primer trabajo que piensa que causó los síntomas.			
				Mes / Año			
Declare los ingresos del trabajo del último empleador donde ocurrió la exposición		Por hora		Mensualmente		Anualmente	

Historial de empleo

Comience con su trabajo más RECIENTE y siga HACIA ATRÁS Incluya todos los empleos actuales y anteriores.
Todas las fechas deben ser su mejor estimación.

Nombre del negocio del empleador		Su cargo		Fechas de empleo:		Desde (mes/año)		Hasta (mes/año)	
Dirección del empleador		Número de teléfono del empleador							
Ciudad		Estado		C.P. + 4		¿Cuántas horas por semana le llevaba realizar la actividad que usted cree que causó los síntomas?			
						horas			
Describa las obligaciones del trabajo y cómo contribuyeron a su exposición a sustancias químicas. Incluya aproximadamente cuánto tiempo por día pasó realizando cada actividad									
¿Cree que esta exposición contribuyó a su afección actual? Sí ☐ No ☐									
¿Ha usado algún equipo o vestimenta de protección mientras estaba expuesto? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es Sí, enumere el equipo usado:									

Nombre del negocio del empleador		Su cargo		Fechas de empleo:		Desde (mes/año)		Hasta (mes/año)	
Dirección del empleador		Número de teléfono del empleador							
Ciudad		Estado		C.P. + 4		¿Cuántas horas por semana le llevaba realizar la actividad que cree que causó los síntomas?			
						horas			
Describa las obligaciones del trabajo y cómo contribuyeron a su exposición a sustancias químicas. Incluya aproximadamente cuánto tiempo por día pasó realizando cada actividad									
¿Cree que esta exposición contribuyó a su afección actual? Sí ☐ No ☐									

¿Ha usado algún equipo o vestimenta de protección mientras estaba expuesto? Sí ☐ No ☐
Si la respuesta es Sí, enumere el equipo usado:

Nombre del negocio del empleador	Su cargo	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador			
Ciudad	Estado	C.P. + 4	¿Cuántas horas por semana le llevaba realizar la actividad que cree que causó los síntomas? horas	
Describa las obligaciones del trabajo y cómo contribuyeron a su exposición a sustancias químicas. Incluya aproximadamente cuánto tiempo por día pasó realizando cada actividad				
¿Cree que esta exposición contribuyó a su afección actual? Sí ☐ No ☐				
¿Ha usado algún equipo o vestimenta de protección mientras estaba expuesto? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es Sí, enumere el equipo usado:				

Nombre del negocio del empleador	Su cargo	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador			
Ciudad	Estado	C.P. + 4	¿Cuántas horas por semana le llevaba realizar la actividad que cree que causó los síntomas? horas	
Describa las obligaciones del trabajo y cómo contribuyeron a su exposición a sustancias químicas. Incluya aproximadamente cuánto tiempo por día pasó realizando cada actividad				
¿Cree que esta exposición contribuyó a su afección actual? Sí ☐ No ☐				
¿Ha usado algún equipo o vestimenta de protección mientras estaba expuesto? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es Sí, enumere el equipo usado:				

Nombre del negocio del empleador	Su cargo	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador			
Ciudad	Estado	C.P. + 4	¿Cuántas horas por semana le llevaba realizar la actividad que cree que causó los síntomas? horas	
Describa las obligaciones del trabajo y cómo contribuyeron a su exposición a sustancias químicas. Incluya aproximadamente cuánto tiempo por día pasó realizando cada actividad				
¿Cree que esta exposición contribuyó a su afección actual? Sí ☐ No ☐				
¿Ha usado algún equipo o vestimenta de protección mientras estaba expuesto? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es Sí, haga una lista del equipo usado:				

Nombre del negocio del empleador	Su cargo	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador			
Ciudad	Estado	C.P. + 4	¿Cuántas horas por semana le llevaba realizar la actividad que cree que causó los síntomas? horas	
Describa las obligaciones del trabajo y cómo contribuyeron a su exposición a sustancias químicas. Incluya aproximadamente cuánto tiempo por día pasó realizando cada actividad				
¿Cree que esta exposición contribuyó a su afección actual? Sí ☐ No ☐				
¿Ha usado algún equipo o vestimenta de protección mientras estaba expuesto? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es Sí, enumere el equipo usado:				

Nombre del negocio del empleador	Su cargo	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador			
Ciudad	Estado	C.P. + 4	¿Cuántas horas por semana le llevaba realizar la actividad que cree que causó los síntomas? horas	
Describa las obligaciones del trabajo y cómo contribuyeron a su exposición a sustancias químicas. Incluya aproximadamente cuánto tiempo por día pasó realizando cada actividad				
¿Cree que esta exposición contribuyó a su afección actual? Sí ☐ No ☐				
¿Ha usado algún equipo o vestimenta de protección mientras estaba expuesto? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es Sí, haga una lista del equipo usado:				

Nombre del negocio del empleador	Su cargo	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador			
Ciudad	Estado	C.P. + 4	¿Cuántas horas por semana le llevaba realizar la actividad que cree que causó los síntomas? horas	
Describa las obligaciones del trabajo y cómo contribuyeron a su exposición a sustancias químicas. Incluya aproximadamente cuánto tiempo por día pasó realizando cada actividad				
¿Cree que esta exposición contribuyó a su afección actual? Sí ☐ No ☐				
¿Ha usado algún equipo o vestimenta de protección mientras estaba expuesto? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es Sí, enumere el equipo usado:				

Nombre del negocio del empleador	Su cargo	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador			
Ciudad	Estado	C.P. + 4	¿Cuántas horas por semana le llevaba realizar la actividad que cree que causó los síntomas? horas	
Describa las obligaciones del trabajo y cómo contribuyeron a su exposición a sustancias químicas. Incluya aproximadamente cuánto tiempo por día pasó realizando cada actividad				
¿Cree que esta exposición contribuyó a su afección actual? Sí ☐ No ☐				
¿Ha usado algún equipo o vestimenta de protección mientras estaba expuesto? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es Sí, enumere el equipo usado:				

Nombre del negocio del empleador	Su cargo	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador			
Ciudad	Estado	C.P. + 4	¿Cuántas horas por semana le llevaba realizar la actividad que cree que causó los síntomas? horas	
Describa las obligaciones del trabajo y cómo contribuyeron a su exposición a sustancias químicas. Incluya aproximadamente cuánto tiempo por día pasó realizando cada actividad				
¿Cree que esta exposición contribuyó a su afección actual? Sí ☐ No ☐				
¿Ha usado algún equipo o vestimenta de protección mientras estaba expuesto? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es Sí, enumere el equipo usado:				

Nombre del negocio del empleador	Su cargo	Fechas de empleo:	Desde (mes/año)	Hasta (mes/año)
Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador			
Ciudad	Estado	C.P. + 4	¿Cuántas horas por semana le llevaba realizar la actividad que cree que causó los síntomas? horas	
Describa las obligaciones del trabajo y cómo contribuyeron a su exposición a sustancias químicas. Incluya aproximadamente cuánto tiempo por día pasó realizando cada actividad				
¿Cree que esta exposición contribuyó a su afección actual? Sí ☐ No ☐				
¿Ha usado algún equipo o vestimenta de protección mientras estaba expuesto? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es Sí, enumere el equipo usado:				

Declaro que las respuestas dadas son verdaderas según mi leal saber y entender

Nombre en letra imprenta	Firma	Fecha
--------------------------	-------	-------

Department of Labor and
Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291



Autorización del Trabajador para Obtener Registros de Trabajos Despachados por el Sindicato

A Quien Corresponda:

Por medio de la presente, usted está autorizado para proporcionarle al Departamento de Labor e Industrias del Estado de Washington una copia de mis registros de trabajos despachados por el sindicato.

Entiendo que Labor e Industrias utilizará esta información para evaluar mi reclamo de enfermedad ocupacional para obtener beneficios.

Estoy de acuerdo en que esta autorización será válida hasta que el reclamo concluya, a menos que yo la revoque por escrito a Labor e Industrias.

USTED PUEDE aceptar una fotocopia del formulario como original.

Firma del trabajador o del representante

Fecha

Número de seguro social

Fecha de nacimiento

Devuelva este formulario a:
Department of Labor and Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

Si está solicitando al Departamento que obtenga su Registro de Trabajos Despachados por el Sindicato, por favor proporcione la siguiente información con su formulario de autorización:

Nombres y direcciones de todos los locales del sindicato en los que ha trabajado en o fuera del estado de Washington.

Nombre del local del sindicato		
Local		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del local del sindicato		
Local		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del local del sindicato		
Local		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del local del sindicato		
Local		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal



AUTORIZACIÓN PARA PROVEER INFORMACIÓN

Nombre

Número de reclamo

Nº de seguro social (sólo para identificación)

Fecha de nacimiento

A:

Le autorizo que le provea al Departamento Labor e Industrias o sus representantes, cualquier información que tenga acerca de mi condición mientras estuve bajo su tratamiento médico. Además de sus observaciones, por favor incluya: records de mi historial médico, reportes de exámenes, consultas, reportes de rayos-X, análisis de laboratorio, reportes de operaciones y de patología, hojas clínicas de los doctores y las enfermeras, records de los hospitales, diagnósticos, recetas médicas o información de tratamiento médico referente a la enfermedad, lesión u otra condición física. La copia original o una copia fotostática son aceptables.

Por favor provea todos los records de tratamiento por la siguiente condición médica:

Los datos provistos deben incluir:

☐

Tratamiento
psiquiátrico

☐

Abuso del alcohol

☐

Abuso de narcóticos
(drogas)

☐

SIDA (HIV)

y/u otra información protegida por las leyes federales.

(Firma)

Comprendo que estoy proveyendo estos records para que el Depto. de Labor e Industrias pueda administrar y procesar mi reclamo. Yo comprendo que estos records serán tratados confidencialmente de acuerdo con las leyes del Estado de Washington (RCW 51.28.070).

Esta autorización podría ser revocada.

Fecha de hoy

Firma

*** Por favor, envíe la información a:**

**CLAIMS SECTION
DEPARTMENT OF LABOR AND INDUSTRIES
PO BOX 44291
OLYMPIA WA 98504-4291**

*Nota: Para su comodidad, la dirección se verá en un sobre de ventanilla.

REQUEST FOR SOCIAL SECURITY EARNINGS INFORMATION

*Use This Form If You Need

1. Certified/Non-Certified Detailed Earnings Information

Includes periods of employment or self-employment
and the names and addresses of employers.

OR

2. Certified Yearly Totals of Earnings

Includes total earnings for each year but does not
include the names and addresses of employers.

**DO NOT USE THIS FORM TO REQUEST
YEARLY EARNINGS TOTALS**

Yearly earnings totals are FREE to the public
if you do not require certification.

To obtain FREE yearly totals of earnings,
visit our website at www.ssa.gov/myaccount.

**Privacy Act Statement
Collection and Use of Personal Information**

Section 205 of the Social Security Act, as amended, authorizes us to collect the information on this form. We will use the information you provide to identify your records and send the earnings information you request. Completion of this form is voluntary; however, failure to do so may prevent your request from being processed.

We rarely use the information in your earnings record for any purpose other than for determining your entitlement to Social Security benefits. However, we may use it for the administration and integrity of Social Security programs. We may also disclose information to another person or to another agency in accordance with approved routine uses, which include but are not limited to the following:

1. To enable a third party or an agency to assist Social Security in establishing rights to Social Security benefits and/or coverage;
2. To comply with Federal laws requiring the release of information from Social Security records (e.g., to the Government Accountability Office and Department of Veterans' Affairs);
3. To make determinations for eligibility in similar health and income maintenance programs at the Federal, State, and local level; and,
4. To facilitate statistical research, audit, or investigative activities necessary to assure the integrity and improvement of Social Security programs.

A complete list of routine uses for earnings information is available in our Systems of Records Notices entitled, the Earnings Recording and Self-Employment Income System (60-0059), the Master Beneficiary Record (60-0090), and the SSA-Initiated Personal Earnings and Benefit Estimate Statement (60-0224).

In addition, you may choose to pay for the earnings information you requested with a credit card. 31 C.F.R. Part 206 specifically authorizes us to collect credit card information. The information you provide about your credit card is voluntary. Providing payment information is only necessary if you are making payment by credit card. You do not need to fill out the credit card information if you choose another means of payment (for example, by check or money order). If you choose the credit card payment option, we will provide the information you give us to the banks handling your credit card account and the Social Security Administration's (SSA) account.

Routine uses applicable to credit card information, include but are not limited to:

(1) to enable a third party or an agency to assist Social Security to effect a salary or an administrative offset or to an agent of SSA that is a consumer reporting agency for preparation of a commercial credit report in accordance with 31 U.S.C. §§ 3711, 3717 and 3718; and (2) to a consumer reporting agency or debt collection agent to aid in the collection of outstanding debts to the Federal Government.

A complete list of routine uses for credit card information is available in our System of Records Notice entitled, the Financial Transactions of SSA Accounting and Finance Offices (60-0231). The notice, additional information regarding this form, routine uses of information, and our programs and systems is available on-line at www.socialsecurity.gov or at your local Social Security office.

Paperwork Reduction Act Statement - This information collection meets the requirements of 44 U.S.C. § 3507, as amended by section 2 of the Paperwork Reduction Act of 1995. You do not need to answer these questions unless we display a valid Office of Management and Budget control number. We estimate that it will take about 11 minutes to read the instructions, gather the facts, and answer the questions. **Send only comments relating to our time estimate above to:** SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.

1. Provide your name as it appears on your most recent Social Security card or the name of the individual whose earnings you are requesting.

[illegible]

Date of Death:

 /

 /

 Date of Birth:

 /

 /

2. What kind of earnings information do you need? (Choose **ONE** of the following types of earnings or SSA must return this request.)

Year(s) Requested:

--	--	--	--

 to

--	--	--	--

Year(s) Requested:

--	--	--	--

 to

--	--	--	--

City	Olympia WA 98504-4286	ZIP Code	see left
------	-----------------------	----------	----------

Date:

 /

 /

City _____ ZIP Code _____

1. Signature of Witness	2. Signature of Witness
Address (Number and Street, City, State and ZIP Code)	Address (Number and Street, City, State and ZIP Code)

REQUEST FOR SOCIAL SECURITY EARNINGS INFORMATION

INFORMATION ABOUT YOUR REQUEST

You may use this form to request earnings information for **only ONE** Social Security Number (SSN)

How do I get my earnings statement?

You must complete the attached form to tell us the specific years of earnings you want and provide **ONE** mailing address. Mail the completed form to SSA within 60 days of signature. If you sign with an "X", your mark must be witnessed by two impartial persons who must provide their name and address in the spaces provided. Select **ONE** type of earnings statements and include the appropriate fee.

1. Certified/Non-Certified Itemized Statement of Earnings

This statement includes years of self-employment or employment and the names and addresses of employers.

2. Certified Yearly Totals of Earnings

This statement includes the total earnings for each year requested but *does not* include the names and addresses of employers.

If you require one of each type of earnings statement, you must complete two separate forms. Mail each form to SSA with one form of payment attached to each request.

How do I get someone else's earnings statement?

You may get someone else's earnings information if you meet one of the following criteria, attached the necessary documents to show your entitlement to the earnings information and include the appropriate fee.

1. Someone Else's Earnings

The natural or adoptive parent or legal guardian of a minor child, or the legal guardian of a legally declared incompetent individual, may obtain earnings information if acting in the best interest of the minor child or incompetent individual. You must include proof of your relationship to the individual with your request. The proof may include a birth certificate, court order, adoption decree, or other legally binding document.

2. A Deceased Person's Earnings

You can request earnings information from the record of a deceased person if you are:

- The legal representative of the estate;
- A survivor (that is, the spouse, parent, child, divorced spouse of divorced parent); or
- An individual with a material interest (e.g., financial) who is an heir at law, next of kin, beneficiary under the will or donee of property of the decedent.

You must include proof of death and proof of your relationship to the deceased with your request.

Is There A Fee For Earnings Information?

Yes. We charge a \$102 fee for providing information for purposes unrelated to the administration of our programs.

1. Certified or Non-Certified Itemized Statement of Earnings

In most instances, individuals request itemized statements of earnings for purposes unrelated to our programs such as for a private pension plan or personal injury suit. Private pension plans may email OCO.Pension.Fund@ssa.gov for an alternate method of obtaining itemized earnings information.

We will certify the itemized earnings information for an additional \$32.00 fee. Certification is usually not necessary unless you are specifically requested to obtain a certified earnings record.

Sometimes, there is no charge for itemized earnings information. If you have reason to believe your earnings are not correct (for example, you have previously received earnings information from us and it does not agree with your records), we will supply you with more detail for the year(s) in question. Be sure to show the year(s) involved on the request form and explain why you need the information. If you do not tell us why you need the information, we will charge a fee.

2. Certified Yearly Totals of Earnings

We charge \$32 to certify yearly totals of earnings. However, if you do not want or need certification, you may obtain yearly totals FREE of charge at www.ssa.gov/myaccount. Certification is usually not necessary unless you are advised specifically to obtain a certified earnings record.

Method of Payment DO NOT SEND CASH.

You may pay by credit card, check or money order.

• Credit Card Instructions

Complete the credit card section on page 4 and return it with your request form.

• Check or Money Order Instructions

Enclose one check or money order per request form payable to the Social Security Administration and write the Social Security number in the memo.

How long will it take SSA to process my request?

Please allow SSA 120 days to process this request. After 120 days, you may contact 1-800-772-1213 to leave an inquiry regarding your request.

REQUEST FOR SOCIAL SECURITY EARNINGS INFORMATION

• Where do I send my complete request?

Mail the completed form, supporting documentation, and applicable fee to:

Social Security Administration
Division of Earnings Record Operations
P.O. Box 33003
Baltimore, Maryland 21290-3003

If using private contractor such as FedEx mail form, supporting documentation and applicable fee to:

Social Security Administration
Division of Earnings Record Operations
300 N. Greene St.
Baltimore, Maryland 21290-0300

• How much do I have to pay for an Itemized Statement of Earnings?

Non-Certified Itemized Statement of Earnings	Certified Itemized Statement of Earnings
\$102.00	\$134.00

• How much do I have to pay for certified yearly totals of earnings?

Certified yearly totals of earnings cost \$32.00. You may obtain non-certified yearly totals FREE of charge at www.ssa.gov/myaccount. Certification is usually not necessary unless you are specifically asked to obtain a certified earnings record.

YOU CAN MAKE YOUR PAYMENT BY CREDIT CARD

As a convenience, we offer you the option to make your payment by credit card. However, regular credit card rules will apply. You may also pay by check or money order. Make check payable to Social Security Administration.

CHECK ONE	☐ Visa	☐ American Express
	☐ MasterCard	☐ Discover
Credit Card Holder's Name (Enter the name from the credit card)	First Name, Middle Initial, Last Name	
Credit Card Holder's Address	Number & Street	
	City, State, & ZIP Code	
Daytime Telephone Number	() -	
	Area Code	
Credit Card Number	- - -	
Credit Card Expiration Date	(MM/YY)	
Amount Charged See above to select the correct fee for your request. Applicable fees are \$32, \$102 or \$134. SSA will return forms without the appropriate fee.	\$	
Credit Card Holder's Signature		
DO NOT WRITE IN THIS SPACE OFFICE USE ONLY	Authorization	
	Name	Date
	Remittance Control #	