

Department of Labor and Industries
 PO Box 44520
 Olympia, WA 98504-4520



REQUEST FOR SURVIVOR COUNSELING BENEFITS

Please return this form to:
 Crime Victims Compensation Program
 Department of Labor and Industries
 PO BOX 44520
 Olympia WA 98504-4520

The Crime Victims Compensation program provides up to twelve (12) grief counseling sessions for each immediate family member of a homicide victim. The counseling sessions are authorized for one year after the crime victim's claim has been allowed.

Immediate family members include parents, a spouse, a registered domestic partner, children, siblings, grandparents and those members of the same household who have assumed the rights and duties associated with a family. Each family member applying for this benefit must complete the following form. Duplicates of this form may be made for multiple family members.

If you have other insurance available, your provider must bill that insurance first.

If you have any questions about these benefits, please call the Crime Victims Compensation Program at 1-800-762-3716.

Homicide Victim's Name			Crime Victim Claim Number		
Date of Homicide / /					
Applicant's Name				DOB / /	
Address					
City		State	Zip	Phone Number ()	
Relationship to deceased victim <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Registered Domestic Partner <input type="checkbox"/> Sibling <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Child					
Do you have medical insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, name of insurance company		Phone Number ()	
Policy Holder Name		Policy Number		SSI of Policy Holder (For ID only)	
Counselor Name				Phone Number ()	
Counselor Address			City	State	Zip
Date / /		Applicant's Signature *			

** If the applicant is a minor, the parent or other legal custody holder of the applicant may sign.*



SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE APOYO PARA LOS SOBREVIVIENTES

Por favor devuelva este formulario a:

Crime Victims Compensation Program
 Department of Labor and Industries
 PO BOX 44520
 Olympia WA 98504-4520

El Programa de Compensación para Víctimas de Crimen provee hasta doce (12) sesiones de apoyo para personas en duelo por cada miembro inmediato de la familia o víctima de homicidio. Las sesiones de apoyo están autorizadas por un año a partir de la autorización del reclamo de la víctima.

Los miembros inmediatos de la familia incluyen a los padres, cónyuges, pareja doméstica registrada, hijos, hermanos, abuelos y aquellos miembros del mismo hogar que hayan asumido los derechos y responsabilidades asociados con una familia. Cada miembro de familia que esté solicitando este beneficio debe completar el siguiente formulario. Pueden hacer copias de este formulario en el caso de múltiples miembros de familia.

Si usted tiene otro seguro disponible, su proveedor debe cobrarle primero a ese seguro.

Si tiene preguntas sobre estos beneficios, por favor llame al programa de Compensación para Víctimas de Crimen al 1-800-762-3716.

Nombre de la víctima del homicidio		Número de reclamo de Víctimas de Crimen	
Fecha del homicidio / /			
Nombre del solicitante		Fecha de nacimiento / /	
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono ()
Relación con la víctima fallecida <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica registrada <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo			
¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió sí, nombre de la compañía de seguro		Número de teléfono ()
Nombre del dueño de la póliza	Número de póliza	Identificación del seguro social del dueño de la póliza (Para identificación solamente)	
Nombre del consejero		Número de teléfono ()	
Dirección del consejero		Ciudad	Estado Código Postal
Fecha / /	Firma del solicitante *		

* Si la persona solicitando los servicios es menor de edad, uno de los padres o la persona con custodia legal puede firmar.