

Department of Labor and Industries  
 Crime Victims Compensation Program  
 PO Box 44520  
 Olympia WA 98504-4520  
 (360) 902-5355 o  
 1-800-762-3716



INDEX: VVF  
**FORMULARIO DE  
 VERIFICACIÓN DE  
 EMPLEO**

No de reclamo
Fecha de la solicitud
Fecha de la lesión

**Instrucciones para la víctima:** Esta es su solicitud para compensación de tiempo perdido. Este formulario debe completarse para considerar si usted puede recibir beneficios. Si no puede trabajar debido a la lesión sufrida en un crimen **Y** su empleador no le está pagando su salario completo:  
 1) Complete este formulario. 2) Firme y escriba la fecha.  
 3) Envíelo a la dirección escrita arriba dentro de 14 días.

Nombre	Número de teléfono		
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	

**Declaración de la víctima**

Debido a la lesión/enfermedad relacionada con un crimen, no he trabajado y no he podido trabajar desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

Esto significa que usted no hizo **ningún** tipo de trabajo – pagado o sin pago – como trabajo voluntario, empleo por cuenta propia o servicios sociales, COPES o CHORE.

Por favor **NO** incluya la última fecha trabajada en la parte de arriba.

Regresaré /regresé a trabajar el _____	Estoy trabajando _____ Horas por día _____ Días por semana Mi salario actual es: \$ _____ por <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Mes
He solicitado los beneficios siguientes: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Desempleo – fecha de solicitud _____ <input type="checkbox"/> Estampillas para comida solamente– fecha de solicitud _____ <input type="checkbox"/> Otros programas de asistencia pública – fecha de solicitud _____ <input type="checkbox"/> Beneficios de seguro social – fecha de solicitud _____ <input type="checkbox"/> Beneficios de jubilación- fecha de solicitud _____	

En el día que se lesionó, ¿Le estaba pagando su empleador alguna parte del seguro médico, dental y/o de la vista de usted y/o su familia o proporcionando vivienda, comida y/o combustible (servicios públicos)?

Sí  No

¿Continúa recibiendo estos beneficios?

Sí  No, **fecha en que terminaron los beneficios** \_\_\_\_\_

*Con mi firma abajo, certifico lo siguiente:*

*Entiendo que si hago una declaración falsa sobre mis actividades o mi condición física, tendré que devolver mis beneficios y podría afrontar sanciones civiles o criminales. Entiendo que tengo que notificarle de inmediato a mi gerente de reclamo, si realizo cualquier tipo de trabajo (remunerado o no), si mi doctor me da de alta para trabajar, si estoy encarcelado y bajo sentencia o si hay algún cambio en la custodia legal de mis hijos.*

Firma de la víctima:	Fecha:
----------------------	--------