



Solicitud del beneficiario para beneficios de reclamo

Idioma de preferencia (marque uno):
 inglés español ruso coreano chino vietnamita laosiano camboyano otro:

Trabajador fallecido

Número de reclamo		Número de Seguro Social del trabajador fallecido	
Nombre del trabajador fallecido		Proveedor de cuidado de la salud que trataba al trabajador a la fecha de muerte	
Fecha de nacimiento	Fecha de lesión	Fecha de muerte	
Lugar donde ocurrió la muerte		Fecha de matrimonio o registro de relación doméstica	
Autopsia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Causa de muerte		
Nombre de la funeraria		Nombre del empleador al ocurrir la lesión	
Dirección de la funeraria		Dirección del empleador al ocurrir la lesión	
Ciudad	Estado	Código postal + 4	Ciudad Estado Código postal + 4

Información del solicitante

Nombre del solicitante	Parentesco con el difunto	Fecha de nacimiento	Número de teléfono
Dirección residencial		Ciudad	Estado Código postal + 4
Dirección postal		Ciudad	Estado Código postal + 4
Si usted es el cónyuge o pareja doméstica registrada, ¿estaban ustedes viviendo en lugares separados a la fecha de la muerte? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, escriba la fecha y causa de separación a continuación.			
Fecha de separación	Causa de separación		
Número de Seguro Social	Fecha en que se divorció o se disolvió legalmente la relación	Fecha de unión, si se casó o registró en relación doméstica después de fallecer el trabajador	

Hijos o hijastros dependientes del difunto

Tutor legal

Nombre (primer nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Sexo	Nombre del tutor	Número de Seguro Social (solo para identificación)
			Dirección	
			Ciudad	Estado Código postal + 4
			Número de teléfono	Fecha de nombramiento Fecha de nacimiento
¿Algún hijo entre 18 y 23 años está en una institución del estado o matriculado en una escuela a tiempo completo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si respondió sí, por favor presente prueba			Por favor adjunte copia de estos documentos si se aplica: A. Certificado de defunción o autopsia si se realizó. B. Certificado de matrimonio o Declaración de pareja doméstica registrada. C. Certificado(s) de nacimiento de los hijos D. Cartas de tutela u orden de custodia E. Documentos de custodia de los hijastros. F. Prueba de matrícula a tiempo completo en escuela acreditada de hijos entre 18 y 23 años.	

Las personas que hagan declaraciones falsas para obtener beneficios de seguro industrial están sujetas a cargos civiles y/o criminales bajo la ley.

Bajo pena de perjurio según las leyes del estado de Washington, declaro que lo arriba escrito es verdadero y correcto.

Firma del solicitante X	Fecha
-----------------------------------	-------