



Δήλωση δικαιώματος

Για παροχές ολικής αναπηρίας σε εργαζόμενο υπό βιομηχανική ασφάλιση

Για τη συνέχιση των παροχών χωρίς διακοπή, η παρούσα δήλωση δικαιώματος θα πρέπει να συμπληρωθεί πλήρως, να υπογραφεί, να επικυρωθεί και να επιστραφεί εντός 30 ημερών.

Η υπογραφή σας απαιτείται.

- Εάν υπογράφετε ως πληρεξούσιος, υποβάλλετε ένα αντίγραφο του πληρεξούσιου.
- Για την προστασίας σας, η υπογραφή σας χρησιμοποιείται για σύγκριση με λογαριασμούς που σας έχουν εξοφληθεί.

Όνομα (ολογράφως) εργαζόμενου με ολική αναπηρία	Έχετε εργαστεί από την τελευταία σας υποβολή του εντύπου δήλωσης; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Αν ναι , πότε ξεκινήσατε να εργάζεστε;	
Ταχυδρομική διεύθυνση	Αριθμός ημερών εργασίας εβδομαδιαίως	Μέσες αποδοχές εβδομαδιαίως \$
Πόλη Πολιτεία Ταχυδρομικός κώδικας	Όνομα εργοδότη και ταχυδρομική διεύθυνση	
Η διεύθυνση κατοικίας είναι ίδια με την ταχυδρομική διεύθυνση; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Αν όχι , εισάγετε τη διεύθυνση κατοικίας:	Έχετε παιδιά/προστατευόμενους κάτω των 18 ετών ή/και άτομα με αναπηρία που δεν διαβιούν μαζί σας; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	
	Αν ναι , εισάγετε τα ονόματα και τις διευθύνσεις των προστατευόμενων που δεν διαβιούν μαζί σας.	

Είχατε καταδικαστεί για αξιόποινη πράξη ή φυλακιστήκατε κατά το τελευταίο έτος πριν από τη συμπλήρωση του παρόντος ή οποιουδήποτε παλαιότερου εντύπου δήλωσης; <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι Αν ναι , Πότε: _____ Που: _____
Ποια είναι η παρούσα οικογενειακή σας κατάσταση/καταχωρημένη κατάσταση οικιακής συμβίωσης? Υπάρχει κάποια μεταβολή από το τελευταίο σας έντυπο δήλωσης? <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι Αν ναι , δώστε την ημερομηνία και εισάγετε τη μεταβολή (π.χ. γάμος, διαζύγιο, καταχωρημένη οικιακή συμβίωση, θάνατος κ.λ.π.) Ημερομηνία: _____ Μεταβολή: _____
Λαμβάνετε επί τους παρόντος ή έχετε ποτέ λάβει οφέλη από τον Οργανισμό Κοινωνικής Ασφάλισης (SSA)? <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι

Τυχόν μεταβολές της κατάστασης των προστατευόμενων ή των παιδιών για τα οποία λαμβάνεται συνταξιοδοτικές παροχές θα πρέπει να αναφέρονται. Οι μεταβολές των συνθηκών προστασίας ενδέχεται να τροποποιήσουν τις μηνιαίες παροχές σας. Οι μεταβολές της κατάστασης προστασίας περιλαμβάνουν: θάνατο, γάμο, δήλωση καταχωρημένης οικιακής συμβίωσης, φυλάκιση, χειραφέτηση ή μεταβολή στη φροντίδα και την κηδεμονία.

Αποτυχία αναφοράς των δραστηριοτήτων εργασίας, των μεταβολών κατάστασης ή τυχόν φυλακίσεων με σκοπό τη λήψη παροχών τις οποίες δεν δικαιούστε ενδέχεται να οδηγήσει σε αστικές ή ποινικές κατηγορίες.

Υπογραφή (απαιτείται)

Αριθμός τηλεφώνου

Ημερομηνία

Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης (μόνο ταυτότητα)

Η υπογραφή συμβολαιογράφου και το δείγμα της σφραγίδας ή το γραμματόσημο απαιτούνται. [RCW 42.44.090\(1\)](#)

Προσυπογράφηκε και έγινε ένορκη κατάθεση ενώπιον μου την εξής ημερομηνία
Υπογραφή συμβολαιογράφου
Για την πολιτεία του
Τόπος
Τίτλος
Η δικαιοδοσία μου λήγει

Υπογραφή συμβολαιογράφου ή γραμματόσημο
