



## Oświadczenie dotyczące uprawnień

Pracownicy trwale niezdolni do pracy objęci ubezpieczeniem od wypadków przy pracy

**Aby móc nieprzerwanie korzystać ze świadczeń, należy wypełnić i podpisać niniejsze oświadczenie dotyczące uprawnień, potwierdzić je notarialnie i odesłać w ciągu 30 dni.**

**Pana/Pani podpis jest wymagany.**

- Jeśli składa Pan/Pani podpis na mocy pełnomocnictwa, należy złożyć kopię pełnomocnictwa.
- Dla Pana/Pani bezpieczeństwa Pana/Pani podpis porównywany jest z podpisem na czekach wystawionych na Pana/Panią.

Imię i nazwisko pracownika trwale niezdolnego do pracy (drukowanymi literami)			Czy podejmował Pan / podejmowała Pani pracę od momentu złożenia ostatniego oświadczenia? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli <b>tak</b> , to kiedy nastąpił początek pracy?	
Adres korespondencyjny			Liczba dni pracy w tygodniu	Średni zarobek tygodniowy \$
Miejscowość	Stan	Kod pocztowy	Nazwa i adres pracodawcy	
Czy adres zamieszkania jest taki sam jak adres korespondencyjny? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli <b>nie</b> , podać adres zamieszkania:			Czy utrzymuje Pan/Pani dzieci lub osoby zależne poniżej 18. roku życia lub niepełnosprawne, które nie mieszkają z Panem/Panią? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
			Jeśli <b>tak</b> , podać imiona, nazwiska i adresy osób pozostających na Pana/Pani utrzymaniu, ale niezamieszkujących z Panem/Panią.	

Czy skazano Pana/Panią za przestępstwo lub aresztowano w ciągu ostatniego roku przed wypełnieniem niniejszego lub jakiegokolwiek wcześniejszego oświadczenia? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jeśli <b>tak</b> , Kiedy: _____ Gdzie: _____	
Jaki jest Pana/Pani obecny stan cywilny? Czy zmienił się on od czasu złożenia poprzedniego oświadczenia? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jeśli <b>tak</b> , podać datę i charakter zmiany (tj. wejście w związek małżeński, rozwód, rejestracja związku partnerskiego, śmierć itd.) Data: _____ Zmiana: _____	
Czy obecnie otrzymuje Pan/Pani lub kiedykolwiek otrzymywał/otrzymywała świadczenia z Social Security Administration (SSA)? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	

Należy zgłosić każdą zmianę w statusie osób na utrzymaniu lub dzieci, na które pobiera Pan/Pani świadczenie. Zmiana dotycząca osób na utrzymaniu może wpłynąć na otrzymywane przez Pana/Panią comiesięczne świadczenie. Zmiany takie obejmują: śmierć, wejście w związek małżeński, rejestrację związku partnerskiego, uwięzienie, usamowlonienie lub zmianę zasad opieki lub kurateli.

**Niezgłoszenie podjęcia pracy, zmiany stanu cywilnego lub uwięzienia w celu dalszego otrzymywania świadczeń, do których może nie mieć Pan/Pani uprawnień, może skutkować pociągnięciem Pana/Pani do odpowiedzialności cywilnej lub karnej.**

Podpis (wymagany)

Numer telefonu

Data

Numer ubezpieczenia społecznego  
(wyłącznie do celów identyfikacyjnych)

**Wymagane są podpis oraz pieczęć notariusza. [RCW 42.44.090\(1\)](#)**

Subscribed and sworn to before me this date
Notary public signature
For the state of
Residing at
Title
My commission expires

<b>Notary Seal or Stamp</b>
-----------------------------