

Este formulario es destinado a ser imprimido, relleno y enviado por medio del Servicio de Correos de los Estados Unidos. Los formularios o copias de formularios enviados de vuelta por correo electrónico no se aceptan para ser tramitados.

Consejo de Apelaciones al Seguro Industrial
PO Box 42401 Olympia, WA 98504-2401

AVISO DE APELACIÓN de Víctima de Crimen

Si usted no está de acuerdo con una decisión del Departamento de Labor e Industrias sobre una reclamación de víctima de crimen, este formulario puede ser usado para interponer un recurso de apelación de esa decisión. Debe interponer el recurso de apelación con el Consejo de Apelaciones al Seguro Industrial, DENTRO DE 90 DÍAS a partir de la fecha en que recibió la decisión del Departamento. El recurso de apelación puede ser interpuesto con el Consejo ya sea personalmente o por correo a la dirección más arriba.

La fecha de hoy: _____

Recurso de apelación interpuesto:

- Reclamante Beneficiario
 Custodio Testamentaría de

Nombre del (de la) reclamante _____

Número de Víctima de Crimen: _____

Deseo apelar la decisión del Departamento de Labor e Industrias fechada:
_____ [se adjunta fotocopia]

La situación surgió el (fecha) _____, en (lugar) _____

No estoy de acuerdo con la decisión del Departamento porque:

Quiero el siguiente remedio:

Deseo que las actuaciones se efectúen en: (Ciudad) _____

Doy fe que la declaración más arriba es veraz.

(Firma) _____

Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____

Nombre y apellido:(en letra de imprenta) _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado _____ Código _____ Postal _____

Es importante que el Consejo pueda comunicarse con usted sobre su apelación. Si no tiene teléfono, sírvase aportarnos el número de un amigo o familiar con quien el Consejo pueda dejar un mensaje. Además, sírvase avisar al Consejo si cambia de dirección.