RESET

Claims Section
Department of Labor and Industries
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

AUTORIZACION PARA PROVEER INFORMACION DE RECLAMOS

(para ser completada por el trabajador)

Número de reclamo.

Usted o su representante también pueden ver los documentos en el archivo de su reclamo en línea en el Centro de Cuentas y Reclamos del departamento. Para más información visite el sitio de Internet: www.Claiminfo.LNI.wa.gov.

Este formulario tiene que estar completado totalmente

Yo, _____ , autorizo a la siguiente persona como mi representante. _____

Nombre del representante autorizado - (use letra de imprenta)

Número de teléfono

( )

Dirección

Ciudad Estado Código postal+4

Por favor marque las cajas apropiadas.

☐ Yo autorizo que le provean el expediente de mi reclamo al representante indicado arriba, para que lo revise.

☐ Yo autorizo que envíen por correo el expediente de mi reclamo, cheques y correspondencia de esta fecha en adelante, a la dirección del representante autorizado indicado arriba.

☐ Yo autorizo que **solamente le provean la siguiente información** (al representante autorizado) del expediente de mi reclamo: *(por ejemplo, "todos los datos no-médicos", "el exámen del panel de Feb 4, 1977", etc.* por favor indique aquí esta información limitada:

☐ Yo estoy autorizando que provean información sobre enfermedad transmitida sexualmente (STD), si hay alguna, como definido en la ley del estado.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Esta autorización se mantendrá en efecto HASTA QUE SEA REVOCADA POR ESCRITO por el reclamante.

Fecha	Teléfono ( )	Dirección del trabajador	
Ciudad	Estado	Código postal	Firma del trabajador