



**Declaración jurada de
la solicitud**
Application Attestation



Nombre del beneficiario
Número de identificación de WA Cares

Confirme y firme lo siguiente para iniciar su solicitud.

Al firmar esta declaración jurada de la solicitud, reconozco que solicito los beneficios del Fondo WA Cares. Juro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de Washington, que proporcionaré información verdadera y correcta en la medida de mi conocimiento.

Tanto el solicitante como el representante legal deben firmar, a menos que ya haya un documento de representante vigente en el expediente. Si el solicitante no es capaz de firmar, puede marcar con una x.

Información del solicitante

Firma del solicitante	Fecha	Nombre en letra de molde
Firma del representante legal	Fecha	Nombre en letra de molde
Firma del testigo (si se firmó con una X)	Fecha	Nombre en letra de molde