

**DECLARACIÓN**

LEY NÚM . 139 DE 26 DE JUNIO DE 1968, ENMENDADA

1. Nombre del trabajador/a fallecido/a:	2. Número de Seguro Social:
3. Nombre del [la] solicitante o testigo:	4. Número de Seguro Social:

5. Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, \_\_\_\_\_,

(Nombre del[la] declarante)

(Ocupación)

y vecino de \_\_\_\_\_,

(Dirección residencial completa)

\_\_\_\_\_, Puerto Rico, declaro voluntariamente:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**CERTIFICO** que la información suministrada por mí en este formulario es correcta. Sé que la Ley Núm. 139 de 26 de junio de 1968, enmendada, en su Sección 11 (a), impone penas graves- como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal- por ocultar información u ofrecer información falsa relativa a una reclamación de beneficios.

6. Firma del [la] declarante	7. Fecha	8. Teléfono
------------------------------	----------	-------------

9. CERTIFICO que esta declaración fue suscrita ante mí por \_\_\_\_\_,  
(Nombre del [la] declarante)  
en \_\_\_\_\_, Puerto Rico, el \_\_\_\_\_.  
(Pueblo) (Fecha)

10. Nombre en letra de molde del representante autorizado	11. Firma del representante autorizado	12. Puesto
---	--	------------