

Supervisor fills out, returns to Employer's office...For return to ATHENS

**El supervisor debe llenar este formulario completamente y regresarlo
a la oficina de su empresa para que sea entregado a ATHENS**

A



**California Contractors Network SIG
Athens Administrators
PO Box 696
Concord, CA 94522
Phone: 1-844-713-7766
Fax: 1-770-810-2634**

**EMPLOYEE VERIFICATION OF RECEIPT OF DWC1 AND MPN NOTICE
VERIFICACION DE EMPLEADO DE LA RECEPCION DEL AVISO DEL MPN Y DWC1**

**I acknowledge that I have received, read, and understand the contents of the worker's compensation
INJURY PACKET.**

Yo doy conocimiento de haber recibido, leído y comprendido el contenido en el paquete de Compensacion a Trabajadores Lesionados.

Employee Signature/*Firma del Empleado*

Supervisor Signature/*Firma del Supervisor*

Date/*Fecha*