

**Injured worker fills out, front & back, gives to SUPERVISOR...
Who gives to employer's office to return to Athens**



**California Contractors Network SIG
Athens Administrators
P.O. Box 696, Concord CA 94522
Phone: 844-713-7766
Fax: 770-9810-2634**

Injured Worker Accident Statement
Declaracion Del Empleado Lesionado Del Accidente

Injured Worker: _____
Nombre Del Trabajador Lesionado:

Social Security #: _____ **Accident Date:** _____
Numero de Seguro Social: Fecha de Accidente:

Job Title: _____
Ocupacion:

Home Address: _____ **Home Phone:** _____
Direccion: Numero de Telefono:

Age: _____ **Sex:** _____ **Male** _____ **Female**
Edad: Sexo: Masculino Femenino

To whom was the injury/illness reported? _____
A quien reporto su accidente?

When was the injury/illness reported? _____ **Date:** _____ **Time:** _____
Cuando fue su accidente reportado? Fecha: Hora:

Where did the accident occur? _____
Donde ocurrio el accidente?

LOCATION job name & address/Nombre y Direccion	OF site-	ACCIDENT/UBICACION facility/Sitio	De	DELACCIDENTE Trabajo

Local Supervisor to whom you report: _____
Supervisor Local al cual usted se reporta?

Were there any witnesses? _____ **Yes** _____ **No** _____ **If YES, who?** _____
Hubo algun testigo? Si No Si asi fue, quien?

What were you doing at the time of accident? (Please describe events leading to injury/illness. Name any object or substance involved and how it was involved.)
Que estaba haciendo cuando sucedio el accidente? (Por favor, describa que propicio el accident. Mencione cualquier objeto o substancia involucrada en el accident y de que manera.) _____

Were you hurt? **Yes/Si** **No**
Fue usted lesionado?



Injured Worker Accident Statement

Declaracion Del Empleado Lesionado Del Accidente

Continued

How did accident occur? Please be specific. Name machine, tool, vehicle, substance, etc. in use at time of accident:

Como sucedio el accidente? Por favor especifique. Mencione maquinaria, herramienta, vehiculo, substancia, etc. en uso en el momento del accidente:

Describe injury/illness:

Describe lesion o enfermedad: _____

Did you seek medical attention?

Recibio atencion medica?

Yes/Si

No

If "YES," when did you seek medical attention?

Si asi fue, cuando recibio atencion medica? _____

Physician's Name and Address:

Nombre y direccion del medico que lo atendio: _____

How can you avoid an accident in the future?

Como puede usted evitar un accidente en el futuro: _____

How can the company help to avoid this type of accident?

Como puede la compania ayudar a evitar esta clase de accidente? _____

I understand that falsification of this statement, or any misrepresented information contained in this statement, can result in disciplinary action.

Entiendo que falsificacion de esta declaracion o dar cualquier informacion erronea en esta declaracion puede resultar en accion disciplinaria.

Signature/Firma

Date/Fecha