

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

D



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

SUPERVISOR'S REPORT OF INVESTIGATION
SUPERVISORES INFORME DE LA INVESTIGACION

This form must be completed in its entirety by the IMMEDIATE SUPERVISOR of the injured employee and must accompany all Employer's First Report of Injury or Illness forms (C-3 form).

Este formulario debera ser llenado completamente por el supervisor inmediato del empleado lesionado y debe de acompañar el Primer Reporte de Lesion o Enfermedad (Formulario C-3)

Injured Worker's Name:

Nombre del Empleado Lesionado: _____

Job Site/Injury Location:

Lugar de Trabajo/Ubicacion de Accidente: _____

Date of Injury/Illness:

Fecha de Accidente: _____

Time of day injury/illness occurred:

Hora en que sucedio lesion o enfermedad? _____

Time Employee's Shift Begins:

AM/PM

Hora en la cual el trabajador lesionado empieza su turno

Employee's Hire Date:

Fecha que el empleado lesionado fue contratado: _____

Who reported the injury/illness?

Quien reporto la lesion o enfermedad? _____

To whom was it reported?

A quien fue reportado? _____

Type of injury/illness:

Clase de lesion o enfermedad: _____

What was the Employee doing when the injury/illness occurred?

Que hacia el empleado cuando sucedio la lesion o enfermedad? _____

Describe how the injury/illness occurred:

Describe como _____

D

SUPERVISOR'S REPORT OF INVESTIGATION

SUPERVISORES INFORME DE LA INVESTIGACION

Continued

Were there any witnesses?

Hubo algun testigo?

Yes/Si No

If "YES," see attached Witness Statement Sheet
Si hubo, veal la Declaracion del Testigo

Could this injury/illness have been prevented?

Se hubiera podido evitar esta lesion o enfermedad?

If "YES," how?

Si contesto SI, explique:

Specifically, what did anyone do, or fail to do, that caused the accident?

Especifique claramente que hicieron o dejaron de hacer las demas personas para que este accidente ocurriera?

Was this injury/illness the result of unsafe working condition(s) at the job site?

Fue esta lesion o enfermedad el resultado de una situacion insegura en el lugar del trabajo?

Yes/Si No

If "YES," please describe the condition(s):

Si contesto SI. Por favor describa la situacion:

What action(s) have been taken to prevent such an injury/illness from occurring again?

Que acciones se han tomado para prevenir que no sucedan este tipo de accidente?

over



SUPERVISORS REPORT OF INVESTIGATION
SUPERVISORES INFORME DE LA INVESTIGACION

Continued

Have you any reason to believe this was not an on-the-job injury/illness?

Cree usted que haya alguna razon de que esta lesion o enfermedad no ocurrio en las horas de trabajo?

Yes/Si No Unknown

If "YES," please supply as much information and detail as possible:

Si asi fue, proporcione la mayor informacion posible detalladamente:

Is the employee alleging a Worker's Compensation claim?

Esta el empleado exigiendo un reclamo de Compensacion Laboral?

Yes/Si No

Has the employee missed any time from work?

Ha perdido el empleado dias de trabajo a razon del accidente? Cual fue el horario de trabajo regular perdido a consecuencia de este accidente:

Yes/Si No

What was the next regularly scheduled shift missed as a result of the injury/illness?

Explique la fecha de los horarios completos que el empleado perdio, los cuales hubiera trabajado de no haberse lesionado?

List the date of complete shifts the employee missed, but would have normally worked if not injured:

Explique el horario regular del empleado lesionado.

____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

List the schedule regularly worked by the employee. If not set schedule, show number of days usually worked by the employee during an average week:

Si el empleado lesionado no tiene un horario fijo, muestre el numero de dias que el empleado lesionado trabaja usualmente en un periodo de una semana:

____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Sunday	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday
Domingo	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado

Has employee returned to work?

Ha regresado a trabajar el empleado lesionado? No Yes/Si

Date Returned: _____

Fecha que regreso:

Expected Date of Return: _____

Fecha que regresara:

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 arronea en esta declaracion puede resultar en accion disciplinaria. Supervisor's Report of Investigation

Signature/Firma

Supervisor's Report of Investigation

Date/Fecha