



**INFORME DE
REMUNERACION DEL TRABAJADOR
POR FAVOR IMPRESION CLARAMENTE**



Nombre y direccion de compania	
Estado de Empleo	Fecha del accidente
Nombre del contacto del patron y numero de telefono	Epoca del accidente AM PM

INFORMACIÓN DAÑADA del empleado

Nombre		
Direccion Ciudad Estado y cierre relampago		
El Telefono, incluye cualquier numero de telefono de la celula		
Fecha de Nacimiento	Edad	Numero de Seguridad Social
Circunde todos que se apliquen: varon hembra solo casado divorciado widowed a tiempo completo medio tiempo comision a sueldo cada hora		
Ocupacion	La fecha empleo	Salario semanal medio
Union #		
Complicacion de condiciones medicas: es decir, diabetes, tension arterial alta, asma, etc		

INFORMACION DE ACCIDENTE

Patron de al fecha notificado	La Semanda es: niguna lesion Jobsite medico clinica medica hospital lanzado hospitalizado del hospital tiempo muerte deber perdido modificado
Descripcion del accidente:	
Testigos:	
Localizacion del accidente:	Lesiones:
Esta esto un accidente cuestionable: si no	La fecha volvio al trabajo
Subrogacion: Es cualquier persona, la compania o las maquinaria responsable de lesion si no Si si, de los detalles:	
Cualquier informacion adicional:	
Nombre y firma de la persona que terminan informe	Fecha de hoy