



EMPLOYEE'S REPORT OF INCIDENT

Center Consolidated S.D. 26JT requires that any employee who has had a work-related incident, which results in illness/injury, must report the incident immediately to his/her supervisor and complete this form. Loss of benefit penalties may be imposed if you fail to complete this form and return it to your supervisor within 4 days.

Please complete the information requested below and submit this form to your supervisor/manager. If you need to be seen by a medical provider because of this incident, you must first check with your supervisor/manager and/or follow company policy.

I, _____ employed by **Center Consolidated S.D. 26JT** was involved in a work-related incident, which resulted in an injury or illness.

Date of Incident: _____ Time: _____ Location: _____

Briefly describe accident: _____

Witnesses: _____

Illness or injury, which resulted: _____

I hereby authorize any physician, hospital, individual or other entity to permit bearer or representative of Employers Unity, LLC to view, copy, be furnished copy, or be given details of all recorded information, in connection to all medical issues raised by the claim for workers' compensation benefits. A photocopy of this authorization shall be accepted with the same authority as an original. All information obtained will be kept confidential.

I hereby declare under penalty of perjury that all statements contained herein, are to the best of my knowledge and belief, they are true, correct and complete. Any person who commits workers' compensation fraud, upon conviction, shall be guilty of a felony.

Signed: _____ S.S.#: _____ Date: _____



INFORME DEL ACCIDENTE DEL EMPLEADO

Center Consolidated S.D. 26JT exige que todo empleado que haya tenido un accidente de trabajo que dé lugar a una enfermedad o lesión lo denuncie de inmediato a su supervisor y complete este formulario. Podrán imponerse sanciones que acarreen la pérdida de beneficios si no completa este formulario y se lo entrega a su supervisor en un plazo de 4 días.

Sírvase completar la información que se solicita a continuación y entregar este documento a su supervisor o gerente. Si debido a este incidente debe hacerse ver por un médico, debe primero consultar con su supervisor o gerente y respetar la política de la compañía.

Yo, _____ empleado de **Center Consolidated S.D. 26JT** sufrí un accidente de trabajo que dio lugar a una enfermedad o lesión.

Fecha del incidente: _____ Hora: _____ Lugar: _____

Breve descripción del accidente: _____

Testigos: _____

Enfermedad o lesión resultante: _____

Por el presente autorizo a cualquier médico, hospital, persona u entidad que dé permiso al portador o representante de Employers Unity, LLC a ver, copiar, recibir copia o detalles de toda la información disponible afín a los problemas médicos surgidos como resultado del reclamo de beneficios de compensación al trabajador. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Se mantendrá la confidencialidad de toda información obtenida.

Por el presente declaro so pena de perjurio que toda afirmación aquí contenida es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender. Toda persona que cometa fraude de compensación al trabajador de ser condenada será considerada culpable de un delito mayor.

Firmado: _____ N° seguro social: _____ Fecha: _____



Center Consolidated S.D. 26JT Supervisor's Accident Investigation Report

GENERAL	Injured Employee		Job Title	
	Date of Accident	/ /	Hour	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	Accident Location:		Hour Shift Started	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
	Date Reported:	/ /	Hour	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

ACCIDENT	Description of Accident:	
	Witness:	
Equipment Malfunction?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Describe:

CAUSATION	Fundamental Cause:	
	Describe any Unsafe Acts:	
	Describe any Unsafe Conditions:	

PREVENTION	Actions to be taken to prevent recurrence:	
	Date Action Completed:	/ /
	<i>Employers Unity Recommendations:</i>	

Supervisor	Department	Date / /
------------	------------	----------



EMPLOYERS
UNITY^{LLC}

Center Consolidated S.D. 26JT

Declining Medical Treatment

I _____ have chosen not to seek medical treatment for my injuries sustained on _____, to (part of body) _____ and feel I am at maximum medical improvement. **If I choose to seek medical treatment at a later date I must get approval from my employer and insurance carrier before seeking treatment.**

Signed: _____

Date: _____

Supervisor: _____

Date: _____



Rechazo del paciente a seguir tratamiento médico

Yo, _____ he decidido no seguir tratamiento médico alguno por las lesiones sufridas en _____, (parte del cuerpo) _____ y considero haber llegado a mi máximo nivel de mejoría médica.

Si en una fecha posterior deseo seguir adelante con algún tratamiento médico, deberé conseguir previa autorización de mi empleador y de la compañía aseguradora.

Firmado por: _____

Fecha: _____

Supervisor: _____

Fecha: _____