

# InSource Employer Solutions

(Name of InSource's Client Employing Injured Worker)

## EMPLOYEE'S REPORT OF INCIDENT

COMPLETE ALL BLANKS

Date of This Report: \_\_\_\_\_ Date of Incident: \_\_\_\_\_

Name of Injured Worker: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Birthdate: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date Employee Reported Incident: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_

City, State & Zip: \_\_\_\_\_ Marital Status: \_\_\_\_\_

Weekly (or Hourly) Wages: \_\_\_\_\_ Number of Dependents: \_\_\_\_\_

Time of Incident: \_\_\_\_\_ Time Employee Reported for Work Day of Incident: \_\_\_\_\_

Person Employee Reported Incident To: \_\_\_\_\_

Client Where Incident Occurred: \_\_\_\_\_

Address Where Incident Occurred: \_\_\_\_\_

Describe the incident in detail (how, why, where, what):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Type of Injury (cut, sprain, bruise, fracture, etc.): \_\_\_\_\_

Which part of body injured (be specific): \_\_\_\_\_

Are there any safety issues that contributed to this injury? If so, please detail:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

List all witnesses to this incident:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

List all prior injuries sustained at work and outside of work in the last 10 years that required medical attention (include dates, injuries, and body parts):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I, employee, the undersigned, certify that the above is a true and correct statement of fact and that I made such statements of my own free will. I understand that any payments to me or anyone else for expenses in connection with my accident and resulting injury is not an admission of liability on the part of **my employer and/or the Insurance Company**. I authorize full access to copies of medical records, radiology reports, drug/alcohol screenings, and documents of any kind relating to my past or present injury/illness to **my employer**. I hereby agree to release this information and hold all such medical providers harmless for the release of this information as set forth in this authorization. **"Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison."**

\_\_\_\_\_  
EMPLOYEE SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
DATE OF REPORT

\_\_\_\_\_  
TRANSLATED by (if necessary)

The Employer & InSource Employer Solutions prosecute to the fullest jurisdictional extent for all fraudulent claims reported.

**\*\*\*\*REPORT DUE WITHIN 24 HOURS OF ACCIDENT\*\*\*\***

# InSource Employer Solutions

(Nombre del cliente de InSource / Empleador del trabajador lesionado)

## REPORTE DE INCIDENTE POR PARTE DEL EMPLEADO LESIONADO

### COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS

Fecha de este reporte: \_\_\_\_\_ Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado lesionado: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha en la que el empleado reportó el accidente: \_\_\_\_\_

Dirección de vivienda: \_\_\_\_\_ Teléfono de habitación: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado & Código de área: \_\_\_\_\_ Estado Marital: \_\_\_\_\_

Paga semanal o por hora: \_\_\_\_\_ Número de Dependientes: \_\_\_\_\_

Hora del accidente: \_\_\_\_\_ Hora en la que el empleado comenzó a trabajar el día del accidente: \_\_\_\_\_

Persona a quien el empleado reportó el accidente: \_\_\_\_\_

Cliente donde ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

Dirección donde ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

Descripción del accidente en detalle (cómo, por qué, donde, qué):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tipo de lesión (laceración, esguince, contusión, fractura, etc.): \_\_\_\_\_

Parte del cuerpo lesionado (sea específico): \_\_\_\_\_

Su lesión fue debida a alguna violación de seguridad? Explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lista de testigos de su accidente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Especifique cualquier lesion sostenida en os últimos 10 años, bien sea personal o de trabajo. Favor incluir fecha, tipo de lesion y parte del cuerpo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo, empleado, el abajo firmante, certifico que lo anterior es una declaración de hechos verdadera y correcta y que hice tales declaraciones por mi propia voluntad. Entiendo que cualquier pago a mí o a cualquier otra persona por los gastos relacionados con mi accidente y la lesión resultante no es una admisión de responsabilidad **por parte de mi empleador y / o la Compañía de Seguros**. Autorizo el acceso completo a copias de registros médicos, informes de radiología, exámenes de detección de drogas / alcohol y documentos de cualquier tipo relacionados con mi lesión / enfermedad pasada o presente a **mi empleador**. Por la presente, me comprometo a divulgar esta información y eximir de responsabilidad a todos los proveedores médicos por la divulgación de esta información según lo establecido en esta autorización. **"Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y reclusión en una prisión estatal"**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL EMPLEADO FECHA TRADUCIDO por (de ser necesario)

*El Empleador & Business Insurers of GA procesará en la mayor medida jurisdiccional por todos los reclamos fraudulentos reportados.*

**\*\*\*\* ESTE INFORME DEBE DE SER COMPLETADO Y ENTREGADO DURANTE LAS  
PRIMERAS 24 HORAS LUEGO DEL ACCIDENTE \*\*\*\***