



DECLARACIÓN DEL TESTIGO

POR FAVOR, ESCRIBA

A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE

Empleado lesionado _____

Núm. de reclamo de SORM WC _____

Fecha de la lesión _____

Declaración tomada por _____

Nombre del testigo: _____ Dirección de correo electrónico del testigo: _____

Domicilio: _____

Núm. telefónico principal: _____ Núm. telefónico secundario: _____

Empleador del testigo: _____

En esta fecha, _____, a aproximadamente _____ PM / AM yo estaba en (indique claramente su ubicación) _____ o cerca de ahí cuando se informa que ocurrió un accidente relacionado con el empleado arriba mencionado.

Marque solo una casilla

Vi el accidente. El accidente ocurrió de la siguiente manera: _____

Otra información pertinente y la fuente: _____

No vi el accidente. La información que me dio (nombre de la persona) _____ indica que ocurrió de la siguiente manera: _____

Otra información pertinente y la fuente: _____

No sé nada de lo ocurrido.

Firma

Fecha

Instrucciones Declaración del testigo

Obligatorio:

Inmediatamente después de que se le notifique de una lesión, el coordinador de reclamos debe determinar el nombre, la dirección y el número telefónico de todos los testigos del incidente. Se le debe tomar la declaración a cada testigo y enviarla a SORM.

Fecha límite para presentar la declaración:

SORM tiene que recibir este formulario antes del 5to. día calendario después de que se envíe el primer informe de lesión a la agencia.

Completado por:

La persona que declara tiene que llenar este formulario con ayuda del coordinador de reclamos.

Instrucciones:

1. Salvo por la firma del testigo, si es posible la declaración debe ser escrita a máquina. Si tiene que ser escrita a mano, POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE para asegurar legibilidad.
2. Si lo sabe, por favor brinde el número de reclamo de SORM.
3. El testigo puede haber presenciado el incidente o haberse enterado de información del accidente por medio de otra fuente. La información del testigo puede ser sobre cómo ocurrió el incidente o algo más relevante. Marque la primera o segunda casilla y llene los espacios junto a la casilla según sea pertinente. Sea específico y completo. A veces recibirá el nombre de un testigo que cuándo se le pregunta, niega saber algo del incidente. Si eso pasa, marque la tercera casilla.
4. Si no hay suficiente espacio en el formulario, por favor, adjunte hojas adicionales. Sea lo más específico y completo posible.

Distribución

El coordinador de reclamos guardará el original para el archivo de la agencia y enviará una copia por fax o correo a:

State Office of Risk Management
PO Box 13777
Austin, TX 78711
(512) 472-0228

Aviso: Salvo algunas excepciones, la persona tiene derecho, si lo solicita, a que se le notifique sobre la información que un organismo gubernamental recopila sobre su persona. Bajo las Secciones 552.021 y 552.023 del Código Gubernamental la persona tiene derecho a recibir y revisar la información y bajo la Sección 559.004 del Código Gubernamental tiene derecho a que el organismo gubernamental corrija información que esté incorrecta.