**Declaración del Testigo**

**(Witness Statement)**

|  |
| --- |
| Empleado lastimado       |
| Nombre del testigo       | Tel. (casa) (     )       |
| Dirección        |
| Ciudad       | Estado       | Código postal       |
| Tel (trabajo) (     )       |
| Relación con el empleado lastimado       |
| Fecha del accidente       | Hora del accidente        |
| Otros empleados involucrados en el accidente       |
| Otros empleados testigos del accidente       |
| ¿Estaba usted en el area donde ocurrió el accidente? [ ]  Si [ ]  No |
| ¿Vió usted el accidente? [ ]  Si [ ]  No |
| ¿Era obvio que el empleado se lastimara? [ ]  Si [ ]  No |
| ¿Estaba el empleado usando herramientas o maquinaria cuando se lastimó? [ ]  Si [ ]  No |
| ¿Ha escuchado usted al empleado quejarse de alguna lastimadura similar? [ ]  Si [ ]  No |
| ¿Ha escuchado usted al empleado hablar de algún otro accidente en el trabajo? [ ]  Si [ ]  No |
| ¿Violó el empleado alguna regla de seguridad? [ ]  Si [ ]  No |
| ¿Habia sido el empleado advertido por malos hábitos de seguridad en el trabajo? [ ]  Si [ ]  No |
| Explique exactamente lo que sucedió (continue en una hoja por separado si es necesario): |
|       |
|       |
| ¿Dónde ocurrió?       |
| ¿Que parte del cuerpo aparentemente se lastimó?       |
| ¿Usted cual piensa que fué la causa del accidente?       |
|       |
| ¿Que usted cree que hubiese podido prevenir el accidente?       |
|       |
| Lo siguente es mi declaración de lo que yo escuché al empleado decir (continue en una hoja separado si es necesario): |
|       |
| Comentarios adicionales: |
|       |

***Esta declaración es un relato veridico y correcto de lo que yo observé y escuché.***

Firma del Testigo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha firmado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha firmado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Es un crimen dar falsa predisposición, se proveéa con información falsa, incompleta, mal guiada o engañosa, a cualquier persona, para transacciones de Compensación al Trabajador/Worker’s Compensation con el propósito de cometer fraude. La pena incluye cárcel, multa y negación de beneficios de seguro.*