

# **Worker's Compensation Accident/Injury Reporting**

## **Step#1 Report Accident Immediately**

Call Convergence Employee Leasing (904) 731-9014

## **Step#2 Medical Treatments for Injuries**

Convergence will coordinate the initial medical treatment for the injured employee with an authorized medical provider. If the injury is life threatening, please seek treatment at the closest Hospital or call 911 immediately.

## **Step#3 Post Accident Drug Testing**

All employees with a work related injury must submit to a post-accident drug test at the time of initial medical treatment. Failure or refusal to submit to drug testing could jeopardize workers compensation benefits. A picture ID will be required at Medical provider location.

## **Step#4 Fax Completed Reports**

Complete the "Accident Investigation Report" enclosed in the Accident Packet within 24 hours and fax to 904-731-0059

**All injuries are to be reported immediately. Failure to comply with the reporting requirements may jeopardize the timely administration of benefits and impose penalties on the employer by the Division of Worker's Compensation.**

# Accident Investigation Report

All sections must be completed. This report must be completed and submitted to Convergence Employee Leasing within 24 hours after the injury is reported.

## SECTION I – CLIENT INFORMATION

Client Name: \_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

## SECTION II – INJURED EMPLOYEE INFORMATION \*\* EMPLOYEE MUST COMPLETE\*\*

Name: \_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_ Job Title: \_\_\_\_\_

Date of Hire: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Rate of Pay: \_\_\_\_\_

## SECTION III – ACCIDENT INFORMATION

Date of Accident: \_\_\_\_\_ Time of Accident: \_\_\_\_\_ AM / PM

Date and Time Accident Reported to Management: \_\_\_\_\_ AM / PM

Date and Time Accident reported to Convergence: \_\_\_\_\_ AM / PM

Address where accident occurred: \_\_\_\_\_

Describe injuries that occurred: \_\_\_\_\_

Name of facility providing treatment: \_\_\_\_\_

Address of facility: \_\_\_\_\_

Has employee returned to work? YES / NO If yes, indicate date returned to work: \_\_\_\_\_

## SECTION IV – ACCIDENT INVESTIGATION (Attach additional documentation if necessary)

Employee's detailed description of accident. Supervisor should complete this section if employee is unavailable.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Were there any witnesses? YES / NO If yes, furnish names, addresses and phone numbers: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Could this accident have been drug or alcohol related? YES / NO Was employee drug tested after accident? YES / NO

If NO, explain why: \_\_\_\_\_

*(It is mandatory that all injured employees be drug tested after an accident)*

Employee Signature: \_\_\_\_\_ Supervisor Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Supervisor's Report of Injury

Employee Name: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Employee Job Title/Position: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Client Company: \_\_\_\_\_

Supervisor's Name: \_\_\_\_\_

Date/Time of Accident: \_\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_

Did Employee seek medical attention: \_\_\_\_\_

If yes, where: \_\_\_\_\_

Did Employee complete a drug screen: \_\_\_\_\_ Where: \_\_\_\_\_

Name of Witnesses: \_\_\_\_\_

Statement of how injury occurred:

---

---

---

Part of Body Affected: \_\_\_\_\_

Type of Injury: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_

Fax to (904) 731-0059

**PHYSICAL DEMANDS FORM OF PRE-INJURY**

Name of Employee:
Name of Company:
Name of Person/Title Completing Form:
Employee Normal Work Schedule:
Brief Summary of Job:

	CONSTANT	FREQUENT	OCCASIONAL	NOT AT ALL
Lifts and/or carries items? Normal Weight Range?				
Bend				
Climb				
Crawl				
Grasp				
Kneel				
Push/Pull				
Reach				
Sit				
Squat				
Turn/Twist				
Walk				
Pinch				
Wrist Turning				
Repetitive Motion				
Use of Vibratory Tool				

ENVIRONMENTAL CONDITIONS	Yes/No/Both
Is the majority of work performed inside or outside? Or Both?	
Temperature Extremes?	
Fumes?	
Dust?	
Gases?	
Odors?	
Mist?	
Noise?	
Vibrations?	

Please name any specific hazards:
Specific machines/tools/equipment used:



By affixing my signature to this document, I am officially notifying my employer, Convergence Employee Leasing, Inc., that I am refusing to file a Workers' Compensation claim for the injury to \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (List type of injury) sustained on \_\_\_\_\_ (Date).

\_\_\_\_\_  
(Printed Employee Name)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Employee signature)



# **Informe de Accidente / Lesiones**

## **Guía de Procedimiento**

### **Honorarios de Reclamos**

- El cliente se le cobrará hasta \$ 250.00 por Lesión Sin Pérdida de Tiempo
- El cliente se le cobrará hasta \$ 500.00 por Lesión Con Pérdida de Tiempo
- El cliente se le cobrará hasta \$ 1,000.00 por Lesión Con Pérdida de Tiempo en que el cliente no proporcionará trabajo ligero

# **Compensación a los Trabajadores / Informe de Lesiones**

## **Paso#1 Informar del Accidente Inmediatamente**

Llamar a Convergence Employee Leasing al (904) 731-9014 y hablar con Cathy Carter.

## **Paso#2 Tratamiento médico para las Lesiones**

Convergence coordinará el tratamiento médico inicial para el empleado lesionado con un médico autorizado. Si la lesión es de peligro a la vida, por favor busque tratamiento en el hospital más cercano o llame al 911 inmediatamente.

## **Paso#3 Pruebas de Drogas después del Accidente**

Todos los empleados con una lesión relacionada con el trabajo debe someterse a una prueba de drogas después de un accidente en el momento del tratamiento médico inicial. El incumplimiento o a no someterse a la prueba de drogas podría poner en peligro los beneficios de compensación al trabajador. Una identificación con foto será requerida en la ubicación del médico.

## **Paso#4 Mandar Los Informes Completos por Fax**

Completar el "Informe de Investigación de Accidente" que está incluido en este paquete dentro de las 24 horas después del accidente y mandar por fax al 904-731-0059

**Todas las lesiones deben ser reportadas inmediatamente. El incumplimiento con las obligaciones del reportaje puede poner en peligro a la administración de beneficios e imponer penales al patron por la División de Compensación al Trabajador.**

# Informe de Investigacion de Accidente

Todas las secciones deben ser completadas. Este informe debe ser completado y presentado a Convergence Employee Leasing, Inc dentro de 24 horas después que se haya reportado la lesión.

## SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN II - INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO LESIONADO \*\* EL EMPLEADO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN\*\*

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Título del Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de contratación: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Tarifa de Pago: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN III - INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE

Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_ Hora del Accidente: \_\_\_\_\_ AM / PM

Fecha y hora en que el accidente se reporto al supervisor: \_\_\_\_\_ AM / PM

Fecha y hora en que el accidente se reporto a Convergence: \_\_\_\_\_ AM / PM

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

Describe las lesiones que ocurrieron: \_\_\_\_\_

Nombre del lugar que proporcionó el tratamiento: \_\_\_\_\_

Dirección del lugar que proporcionó el tratamiento: \_\_\_\_\_

Regresó a trabajar el empleado? SI / NO En caso afirmativo, indique fecha de regreso al trabajo: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN IV - INVESTIGACION DE ACCIDENTE (Adjuntar documentación adicional si es necesario)

Descripción detallada del empleado del accidente . Supervisor debe completar esta sección si el empleado no está disponible. \_\_\_\_\_

¿Hubo algún testigo? SI / NO En caso afirmativo, proporcione los nombres, direcciones y números de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Podría este accidente estar relacionado con drogas o alcohol? SI / NO ¿Tomó el empleado una prueba de drogas después del accidente? SI / NO En caso negativo, explique por qué no: \_\_\_\_\_

*(Es mandatorio que todo los empleados lesionados se hagan una prueba de droga despues de un accidente)*

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Firma de Supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Informe de Lesión del Supervisor

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Título del Empleado / Posición: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora del accidente: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

¿Buscó el empleado atención médica?: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, donde: \_\_\_\_\_

¿Tomó el empleado una prueba de drogas?: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Nombre de los testigos: \_\_\_\_\_

Declaración de cómo ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parte del cuerpo afectada: \_\_\_\_\_

Tipo de lesión: \_\_\_\_\_

Nombre imprimido: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Enviar por fax al (904) 731-0059

**DEMANDAS FÍSICAS FORMA DE PRE-LESION**

Nombre del Empleado:

Nombre de la Compañía:

Nombre de la Persona/ Formulario de completar el título:

Breve Resumen del trabajo:

	CONSTANTE	FRECUENTE	OCASIONAL	DE NINGUN MODO
¿Levanta y / o transporta objetos? Rango de peso normal?				
Agacharse				
Escalar				
Gatear				
Agarrar				
Arrodillarse				
Empujar/Jalar				
Alcanzar				
Sentar				
Ñangotarse				
Voltear/Girar				
Caminar				
Pellizcar				
Torneado de muñeca				
Movimiento repetitivo				
Uso de la herramienta vibratoria				

CONDICIONES AMBIENTALES	Si/No/Los dos
¿La mayoría del trabajo se realiza dentro o fuera? ¿O Los dos?	
Extremos de temperatura?	
¿Vapores?	
¿Polvo?	
¿Gases?	
¿Olores?	
¿Neblina?	
¿Ruido?	
¿Vibraciones?	

Por favor nombre cualquier peligro específico:

Máquinas / herramientas / equipos específicos utilizados:



Al colocar mi firma a este documento, estoy dando notificación oficial a mi empleador, Convergence Employee Leasing, Inc., que niego presentar un reclamo de Compensación a los Trabajadores por el daño a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Describir tipo de lesión) sostenido en esta fecha \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Nombre del empleado imprimido)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del empleado)