

NOTICE OF ACCIDENT OR OCCUPATIONAL DISEASE DISABLEMENT NOTIFICACION DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE OFICIO

In accordance with New Mexico law, Section 52-1-29 and Section 52-3-19, NMSA 1978
Conforme a la Ley de la Compensación de los Trabajadores, Sección 52-1-29 y Sección 52-3-19, NMSA 1978

I, _____, was involved in an on-the-job accident or was disabled
Yo, (name of employee/nombre del empleado) me lastimé en un accidente en el trabajo o fui incapacitado

by an occupational disease at approximately _____, on _____, 20____.
por enfermedad de oficio aproximadamente (time/la hora(s)) el (date/fecha) del 20_____

Employee's social security number: _____ Where did the accident occur? _____
Número de seguro social del empleado: ¿Dónde ocurrió el accidente?

What happened? _____
¿Qué ocurrió?

Signed: _____
Firma: (employee/empleado)

Date: _____
Fecha:

Form NOA-1 (12/01)

Employer/employee: Each keep one copy.
Empleador/empleado: Retener una copia.

Signed/Notice Received: _____
Firma /Notificación recibida:

(employer or representative/empleador o representante)

Date: _____
Fecha:

--- SEE BACK OF THIS FORM ---
-VER AL REVERSO DE ESTA FORMA --