

○

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 la(s) hora(s)) el (date/fecha) del 20_____.

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

What happened? _____
¿Qué ocurrió? _____

Signed: _____
Firma: (employee/Empleado)

Date: _____
Fecha:

Signed/Notice Received: _____
Firma / Notificación recibida:

(employer or representative/empleador o representante)

Date: _____
Fecha:

Worker --

For emergency medical care, go to any emergency medical facility.

For medical care that is not an emergency, get instructions from your supervisor on where to go for medical care.

Workers and Employers with questions about workers' compensation may contact an Ombudsman at any New Mexico Workers' Compensation Administration office for information and assistance. The offices are open Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m., except holidays.

Trabajador

Para emergencias médicas vaya a cualquier clinica / hospital.

Para tratamiento médico que no sea emergencia, obtenga instrucciones de su supervisor para que le indique a donde ir para obtener asistencia médica.

Trabajadores y empleadores con preguntas acerca de la compensación de los trabajadores pueden comunicarse con un asesor ("ombudsman") a cualquier oficina de la Administración de la Compensación de los Trabajadores para información y asistencia. Las oficinas están abiertas desde las ocho de la mañana hasta las cinco de la tarde de lunes a viernes, con la excepción de días festivos.

Statewide Helpline -- Línea de Asistencia

1-866-WORKOMP / 1-866-967-5667

toll free -- llamada sin costo de larga distancia

New Mexico Workers' Compensation Administration

PO Box 27198, Albuquerque, NM 87125

Albuquerque: (505) 841-6000 - 1 (800) 255-7965

Farmington: (505) 599-9746 - 1 (800) 568-7310

Las Cruces: (575) 524-6264 - 1 (800) 870-6826

Las Vegas: (505) 454-9251 - 1 (800) 281-7889

Lovington: (575) 396-3437 - 1 (800) 934-2450

Roswell: (575) 623-3997 - 1(866) 311-8587

Santa Fe: (505) 476-7381

TDD for the deaf: (505) 841-6043

www.workerscomp.state.nm.us

Employer/employee: Each keep one copy.

Empleador/empleado: Retener una copia.

Form NOA-1-W (4/11)