Team Member's Written Statement

Date/Time of Injury:
Fecha/Hora en que ocurrio:_____

Name/Nombre:_____

Rate of Pay
Pagar:_____

Telephone
Telefono#:_____

Address of Injury
Direccion el accidente:_____

Body Part/Parte Cuerpo:_____

Describe accident/Direccion accidente:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Signature/Firma

Date/Fecha