THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
Department of Industrial Accidents

1 Congress Street, Suite 100
Boston, Massachusetts 02114-2017

MODI KI TA PREENXEDO FORMULÁRIO 101
PRIMEIRU RELATÓRIO DI EMPREGADOR DE ASIDENTI/FATALIDADES
WHEN TO FILL OUT THE FORM 101
EMPLOYER FIRST REPORT OF INJURY/FATALITY

Es formulário debi ser preenxido kuando um funsionário fika lezionadu, ou alega um lezon e é inkapaz di **ganha salário kompletus pa sinku ou mas dias** (segunda a domingo). É di responsabilidade di empregador pa reporta o alegado asidenti, se empregador konkorda ou não ku reklamason di trabadjador.
Es formulário debi ser apresentadu na prazo de **sete (7) dias úteis** (sem konta domingos e feriados), a partir de 5 dia di inkapasidade.
Es formulário ku sinatura original debi ser enviado pa DIA. Bu debi fazi **três (3)** kópias adisional:

- Um pa trabadjador.
- Um pa kompanhia de sugurus.
- Um pa bu referênsia

Es formulário 101 debi ser preenxidu di forma mas kompleta possível. Abaixo, sta informasons adisional mo ki bu ta preenxi alguns kuadrados selesionados na formulário. Kes restantes kuadrados relevantes também debi ser preenxidos.

Kuadrado 1 -- Por favor, skrebi bu apelido, nome, y segundo nome di empregadu.

Kuadrado 5 -- Por favor, skrebi direson di empregadu.

Kuadrado 5a -- Por favor, skrebi língua nativa di empregadu, usa kes kódigos di língua pa traz di formulário.

Kuadrado 8-- Por favor, indika data ki empregadu foi kontratado.

Kuadrado 9-- Por favor, skrebi data di nasimentu di empregadu.

Kuadrado 10 -- Por favor, skrebi salário bruto semanal di empregadu

Kuadrado 11 -- Por favor, skrebi nome kompletu di bu empresa.

Kuadrado 13 -- Por favor, skrebi direson di empresa. Keli é direson ki tudu avisus ta mandadu.

Kuadrado 15 -- Por favor, skrebi bu kódigo industrial. Um diretório di kódigos sta na parte di tráz di formulário. Si bu ka consegui enkontra número de kódigo apropriado, usa 99.

Kuadrado 16 -- Por favor, skrebi nome da kompanhia de suguru di indemnizason pa asidentis di trabadju (ka agente ki bendi suguru).

Kuadrado 18 – Si bu empresa é sertifikada pa DIA suma un auto-suguradora, selesiona sim. Kasu kontrariu, selesiona não.

Kuadrado 20 -- Por favor, skrebi data ki empregadu panha asidenti, o asidenti alegada. Si bu ka tem serteza, poi último dia kompletu ki empregadu trabadja.

Kuadrado 20a -- Por favor skrebi número di reklamason/número de kasu ki foi atribuída pa bu kompanhia di suguru di indemnizason pa asidentis di trabadju nes reklamason.

Kuadrado 23 -- Por favor, skrebi **primeiro dia kalendário** ki empregadi fika inkapasitado (total ou parsialmente), devido e se leson.

Kuadrado 24 -- Por favor, skrebi **kintu dia kalendário** ki empregadu fika inkapasitado (total ou parsialmente), devido s se lezon.

Kuadrado 29 -- Por favor, indika data ki bu foi informado sobre asidenti.

Kuadrado 31 -- Indika kódigo de lezon y um kódigo di parte(s) di korpu, a partir di listas na parte di tráz di formulário. Si bu ka konsegue enkontra um kódigo apropriado, usa 999

Kuadrado 32 -- Por favor, poi nomes de eventual testemunhas di asidenti.

Kuadrado 33 – Indika si empregadu volta o não pa trabadju.

Kuadrado 34 -- Por favor, skrebi data ki empregadu volta pa trabadju, se for aplikável.

Kuadrado 37 -- Por favor skrebi nome di pessoa ki sa preenxi formulário (keli ka pode ser trabadjador lezionado).

Kuadrado 39 -- Por favor, sina li (sinatura original tem ki ser na formulário enviado pa DIA).

Kuadrado 40 -- Data ki formulário foi preenxidu debi ser kolokadu na es espassu.

Kuadrado 40a -- Por favor, skrebi direson di korreio eletróniku di pessoa ki preenxi es formulário.