THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
ESTADO DE MASSACHUSETTS
Department of Industrial Accidents (Departamento de Accidentes Industriales)
1 Congress Street, Suite 100
Boston, Massachusetts 02114-2017

CUANDO RELLENAR FORM 101 (EL FORMULARIO 101)
EMPLOYER FIRST REPORT OF INJURY/FATALITY
(INFORME INICIAL DEL EMPLEADOR DE LESIÓN/FATALIDAD)

Se debe rellenar este formulario cuando se lesiona un empleado, o cuando un empleado alega haber sido lesionado, y no puede **ganar un salario completo durante cinco días calendarios o más** (de lunes a domingo). Es la responsabilidad del empleador de informar sobre cualquier lesión alegada, aunque el empleador esté o no esté de acuerdo con la alegación del empleado.

Se tiene que presentar este formulario dentro de ***siete (7) días laborales*** (sin contar los domingos y los días feriados legales), desde el quinto día de incapacidad.

Se debe enviar el formulario con la firma original a DIA (Department of Industrial Accidents, el Departamento de Accidentes Industriales, DIA por sus siglas en inglés). Usted debe hacer **tres (3)** copias adicionales:

- Una para el empleado.
- Una para su compañía de seguro.
- Una para su récord propio.

Se debe rellenar este Form 101 (Formulario 101) lo más completamente posible. Se encuentra abajo orientación adicional sobre como rellenar algunas de las casillas seleccionadas en el formulario. Se deben rellenar también todas las otras casillas pertinentes.

Casilla 1 – Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina los siguientes datos del empleado: el apellido, el nombre, y la primera sigla del segundo nombre, como usted los conozca.

Casilla 5 – Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina la dirección del empleado.

Casilla 5a -- Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina la lengua nativa del empleado usando los NATIVE LANGUAGE CODES (CÓDIGOS DE LENGUA NATIVA) que se encuentran en el dorso del formulario.

Casilla 8 -- Por favor indique la fecha en que se contrató el empleado.

Casilla 9 -- Por favor escriba con letras de imprenta la fecha de nacimiento del empleado.

Casilla 10 -- Por favor escriba con letras de imprenta los ingresos brutos semanales del empleado.

Casilla 11 -- Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina el nombre completo de su negocio.

Casilla 13 -- Por favor escriba con letras de imprenta la dirección de su compañía. Esta es la dirección oficial donde se enviará cualquier aviso oficial.

Casilla 15 -- Por favor escriba con letras de imprenta su código industrial. Se encuentra una guía de los códigos en el dorso del formulario. Si usted no puede encontrar un número de código apropiado, use 99.

Casilla 16 -- Por favor escriba con letras de imprenta el nombre de su compañía aseguradora de indemnización por riesgo laboral (**no** escriba el nombre del agente que le vendió la póliza).

Casilla 18 – Si su compañía está certificada por DIA como auto-aseguradora, marque sí. Si no, marque no.

Casilla 20 -- Por favor escriba a máquina la fecha en que el empleado sufrió la lesión, o la presunta lesión. Si no está seguro, ponga la fecha de la última jornada completa que trabajó el empleado.

Casilla 20a -- Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina el número de la reclamación de seguro/del caso que su compañía aseguradora de indemnización por riesgo laboral ha asignado a esta reclamación.

Casilla 23 -- Por favor escriba a máquina **el primer día calendario** que el empleado fue incapacitado (completamente o parcialmente) debido a su lesión.

Casilla 24 -- Por favor escriba a máquina **el quinto día calendario** en que el empleado fue incapacitado (completamente o parcialmente) debido a su lesión.

Casilla 29 -- Por favor indique la fecha que se le informó a usted de la lesión.

Casilla 31 -- Por favor indique el(los) código(s) de la(s) lesión(es) y el(los) código(s) de la(s) parte(s) del cuerpo correspondientes de las listas que se encuentran en el dorso del formulario. Si no puede encontrar un código apropiado, use 999.

Casilla 32 -- Por favor escriba una lista de los nombres de cualquier persona que presenció la lesión.

Casilla 33 – Indique si el empleado ha vuelto al trabajo o no.

Casilla 34 -- Por favor escriba con letras de imprenta la fecha en que el empleado volvió al trabajo, si se aplica a su caso.

Casilla 37 -- Por favor escriba con letras de imprenta el nombre de la persona preparando el formulario (**no puede ser** el trabajador lesionado).

Casilla 39 -- Por favor firme aquí (la firma **original** tiene que estar en el formulario enviado al DIA).

Casilla 40 – Se debe anotar en este lugar la fecha en que se preparó este formulario.

Casilla 40a -- Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina la dirección de correo electrónico de la persona que está preparando este formulario