

NOTICE OF ACCIDENT/NOTIFICACION DE ACCIDENTE

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

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

at approximately _____, on _____, 20_____.
aproximadamente (time/ a la(s) hora(s)) el (date/fecha) del 20_____.

What happened and where: _____
¿Qué ocurrió y dónde ocurrió?

Signed: _____ Signed: _____
Firma: (employee/empleado) Firma: (employer or agent/empleador o agente)
Employee's social security number _____ Date: _____
Número de seguro social del empleado: Fecha:

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

For more information, call the Workers' Compensation Administration. Ask for an ombudsman.
Para más información, póngase en contacto con el Programa de Asesores
(Ombudsman Program) en la Administración de la Compensación de los Trabajadores

Albuquerque: 841-6000 - 1 (800) 255-7965
Form NOA-1 (5/97)

Farmington: 327-5467 -1 (800) 568-7310
Lovington: 396-3437 - 1 (800) 934-2450

Las Vegas: 454-9251 - 1 (800) 281-7889
Las Cruces: 524-6264 -1 (800) 870-6826