

Declaración de cheque de pago

Período de pago: _____

Completamente: _____

Si se lastimo en el trabajo durante el período de este tiempo, por favor dé dar completamente los detalles del accidente, el tiempo y lugar que ello ocurrió, donde tuvo lugar y la naturaleza del daño. Por favor, dé dar los detalles en el posterior esta hoja o en la hoja proveída por su supervisor.

Nombre de empleado	Firma de empleado	no fui lesionado en ninguna manera durante mi trabajo en el periodo mencionado anteriormente	fui lesionado en el trabajo durante el periodo mencionado anteriormente	Fecha en que recibio su salario
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____
_____	_____	[]	[]	_____

Nombre del supervisor

Firma del supervisor

Fecha en que esta forma fue completada