

RECEIPT OF WORKERS' COMPENSATION INFORMATION

I acknowledge that I have received the following documents that contain important information regarding my work related injury:

___ WellComp MPN - Informational Pamphlet

___ Workers' Compensation Claim Form (DWC1)

Date

Print Name

Signature

Employer

RECIBO DE INFORMACION ACERCA DE LA COMPENSACION AL TRABAJADOR

Reconozco que he recibido los siguientes documentos que contienen información importante acerca de la lesión relacionada con mi trabajo:

___ WellComp MPN - Folleto Informativo

___ Petition Del Empleado Para Compensacion al Trabajador (DWC1)

Fecha

Nombre del Empleado (letra de molde)

Firma

Nombre de su Empleador