



Application for Employment

Name (Nombre)

Phone # (Numero de telefono)

Address

(Dirección)

Date of Birth (Fecha de Nacimiento)

Social Security # or TIN

#

Last Employer (Último empleador)

Phone # (Número de teléfono)

Emergency Contact (

Do you Have a Vehicle do get you to work? YES NO

¿tiene un vehículo para ponerse a trabajar? SI NO

Work apparel required: **Hard Hat / Casco** **Work Boots / botas** **safety glasses / Lentes de seguridad**

Mason Tools required: **Trowel, Hammer / Martillo, Tape Measure / Cinta de medir, Level / Nivel, Head jointer, Bed jointer and Brush**

Labor Tool Required: **Hammer / Martillo, Tape Measure / Cinta de medir**

The next page will give you information about what step to take in the event of a work injury. Please read, sign and date that you have received it.

La siguiente página le dará información acerca de qué paso tomar en caso de una lesión en el trabajo. Por favor, lea, firme y feche que usted lo ha recibido.

Signature (Firma del empleado) _____ Date _____
(Fecha) _____



Employee Copy

To assure the best handling of your claim, report your work-related injury to your employer immediately.

Marco Villasana 720-998-9442 or Robert Villasana 720-323-3535

If you are injured on the job, written notice of your injury must be given to your employer within four working days after accident, pursuant to Section 8-43-102 (1), Colorado revised Statutes.

If the injury results from your use of alcohol or controlled substances, your workers' compensation disability benefits may be reduced by one-half in accordance with section 8-42-112.5, Colorado Revised Statutes.

Effective immediately, all employees must obtain treatment for work-related injuries from:

CENTER FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH
605 BANNOCK STREET PAVILION H 4TH FLOOR
DENVER, CO 80204
Phone #: (303) 436-7155

Or

CARENOW URGENT CARE & OCC MEDICINE--DU
1405 E EVANS AVE
DENVER, CO 80210
Phone #: (720) 449-8050

Or

CONCENTRA MEDICAL CENTERS--CO-DOWNTOWN DENVER
1730 BLAKE STREET STE 100
DENVER, CO 80202
Phone #: (303) 296-2273

In the event of a non-emergency, after hours injury, contact one of the providers at the non-emergency numbers listed above.

In the unfortunate event of a life-or-limb-threatening emergency, you will certainly be sent to the nearest emergency medical facility. However, one of the medical providers designated above **must** provide all follow-up care.

If an unauthorized medical provider treats an employee, the employee will be responsible for payment of said treatment.

All employees must sign below, acknowledging this company policy.
I have read and am fully aware of the organization's policy regarding medical treatment for work-related injuries and illnesses. I further understand I must immediately report any work-related injury to my supervisor.

Signature _____ Date _____



Copia de empleado

Para asegurar el mejor manejo de su reclamación, reporte inmediatamente su lesión relacionada con el trabajo a su empleador.

Marco Villasana 720-998-9442 Or Robert Villasana 720-323-3535

Si usted se lesiona en el trabajo, el aviso escrito de su lesión debe ser dado a su empleador dentro de cuatro días hábiles después del accidente, de acuerdo con la sección 8-43-102 (1), estatutos revisados de Colorado.

Si la lesión resulta de su uso de alcohol o sustancias controladas, sus beneficios por incapacidad de compensación de trabajadores pueden reducirse en un medio de acuerdo con la sección 8 -42-112.5, estatutos revisados de Colorado.

Con efecto inmediato, todos los empleados deben obtener el tratamiento para lesiones relacionadas con el trabajo con:

CENTER FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH
605 BANNOCK STREET PAVILION H 4TH FLOOR
DENVER, CO 80204
Phone #: (303) 436-7155

○
CARENOW URGENT CARE & OCC MEDICINE--DU
1405 E EVANS AVE
DENVER, CO 80210
Phone #: (720) 449-8050

○
CONCENTRA MEDICAL CENTERS--CO-DOWNTOWN DENVER
1730 BLAKE STREET STE 100
DENVER, CO 80202
Phone #: (303) 296-2273

En caso de un evento sin urgencia, o lesiones después de las horas hábiles, póngase en contacto al número enlistado anteriormente.

En caso de una "emergencia de amenaza contra la vida", enviarán al empleado asegurado a la instalación médica de urgencias más cercana. Uno de los proveedores médicos designado en la parte de arriba **deberá** proporcionar toda la atención durante la convalecencia.

Si un proveedor médico no autorizado le da el tratamiento a un empleado, el empleado será responsable por el pago del dicho tratamiento.

Todos los empleados deben firmar abajo, para confirmar que han leído este reglamento de la compañía. He leído y estoy totalmente informado de los reglamentos de la organización en cuanto se refiere al asunto del tratamiento médico para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Además entiendo que debo reportar de inmediato a mi supervisor cualquier lesión relacionada con el trabajo.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____



CCS COPY

TO: All Employees
FROM: Colorado Construction Specialists LLC
DATE:
SUBJECT: Designated Medical Providers for **Work-Related Injuries and Illnesses**

Effective immediately, all employees must obtain treatment for work-related injuries from:

CENTER FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH
605 BANNOCK STREET PAVILION H 4TH FLOOR
DENVER, CO 80204
Phone #: (303) 436-7155

Or

CARENOW URGENT CARE & OCC MEDICINE--DU
1405 E EVANS AVE
DENVER, CO 80210
Phone #: (720) 449-8050

Or

CONCENTRA MEDICAL CENTERS--CO-DOWNTOWN DENVER
1730 BLAKE STREET STE 100
DENVER, CO 80202
Phone #: (303) 296-2273

In the event of a non-emergency, after hours injury, contact one of the providers at the non-emergency numbers listed above.

In the unfortunate event of a life-or-limb-threatening emergency, you will certainly be sent to the nearest emergency medical facility. However, one of the medical providers designated above **must** provide all follow-up care.

If an unauthorized medical provider treats an employee, the employee will be responsible for payment of said treatment.

All employees must sign below, acknowledging this company policy.

I have read and am fully aware of the organization's policy regarding medical treatment for work-related injuries and illnesses. I further understand I must immediately report any work-related injury to my supervisor.

Employee Signature: _____ Date: _____



CCS COPY

PARA: Todos los empleados

DE PARTE DE: Colorado Construction Specialists LLC

FECHA:

ASUNTO: Proveedor Médico Designado en caso de Lesiones o Enfermedades Relacionadas con el Trabajo

Con efecto inmediato, todos los empleados deben obtener el tratamiento para lesiones relacionadas con el trabajo con:

CENTER FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH
605 BANNOCK STREET PAVILION H 4TH FLOOR
DENVER, CO 80204
Phone #: (303) 436-7155

o

CARENOW URGENT CARE & OCC MEDICINE--DU
1405 E EVANS AVE
DENVER, CO 80210
Phone #: (720) 449-8050

o

CONCENTRA MEDICAL CENTERS--CO-DOWNTOWN DENVER
1730 BLAKE STREET STE 100
DENVER, CO 80202
Phone #: (303) 296-2273

En caso de un evento sin urgencia, o lesiones después de las horas hábiles, póngase en contacto al número enlistado anteriormente.

En caso de una "emergencia de amenaza contra la vida", enviarán al empleado asegurado a la instalación médica de urgencias más cercana. Uno de los proveedores médicos designado en la parte de arriba **deberá** proporcionar toda la atención durante la convalecencia.

Si un proveedor médico no autorizado le da el tratamiento a un empleado, el empleado será responsable por el pago del dicho tratamiento.

Todos los empleados deben firmar abajo, para confirmar que han leído este reglamento de la compañía.

He leído y estoy totalmente informado de los reglamentos de la organización en cuanto se refiere al asunto del tratamiento médico para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Además entiendo que debo reportar de inmediato a mi supervisor cualquier lesión relacionada con el trabajo.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____