Western Oregon UNIVERSITY

OCCUPATIONAL INJURY REPORT

- This form is to be filled out by the employee **with** their respective supervisor for **all injuries** regardless of extent.
- Must be **fully** completed within **24 hours**.
- If **injury involved doctor's treatment** or lost time, you must additionally fill: Workers' Compensation **801 Form.**
- Purpose: To provide data for the Oregon Safe Employment Act (O.S.H.A.) and WOU Risk Management.

PART I - Employee Information

Employee Name: _____
Last First Middle Initial

Employee ID# _____ Birth Date: _____ Hire Date: _____

Position Title: _____ Department: _____

Employee Category: ☐ Unclassified/Administrative ☐ Classified ☐ Temporary ☐ Student Worker

Working Days: ☐ M ☐ T ☐ W ☐ T ☐ F ☐ S ☐ S Working Hours: _____

PART II - Injury Information/ Incident Details

Incident Details

Date of Incident: _____

Time of Incident: _____

Work Status

☐ No missed work

☐ Left work early

☐ Missed work, dates: _____

Treatment

☐ No treatment

☐ Received 1st aid

☐ Will be seeking medical treatment

☐ Received medical treatment
(Workers' Compensation Form 801 attached)

☐ Hospital transport*

☐ Fatality*

☐ Other _____

Blood

Was blood present**? ☐ Yes ☐ No

Was anyone else exposed to blood? ☐ Yes ☐ No

If yes, who was exposed? _____

How was blood cleaned up? _____

Nature of Injury

☐ Inflammation/irritation
☐ Fall/Slip/Trip
☐ Bruise
☐ Sprain/Strain
☐ Scratches/abrasions
☐ Cut
☐ Burn
☐ Other _____

If fatality*, hospital transport, or if an employee was exposed to blood** or other potentially infectious materials, call Campus Public Safety at 503-838-8481. Incident may require medical consultation within 24 hours.

Cause of Injury

☐ Struck by: _____

☐ Burned by: _____

☐ Cut by: _____

☐ Contact with**: _____

Fall/Slip/Trip	Sprain/Strain	☐ Other
☐ Different level	☐ Lifting	_____
☐ Same level	☐ Bending/squatting	_____
☐ Floor condition	☐ Holding/carrying	_____
☐ Weather condition	☐ Pushing/pulling	_____
☐ Over object	☐ Reaching	
☐ On sidewalk/path	☐ Repetitive motion	
☐ On stairs	☐ Stairs	
☐ Walking	☐ Twisting/turning	

Body Part Affected _____ ☐ Left ☐ Right ☐ Both

Have you had a prior injury to this body part? ☐ Yes ☐ No

Incident Details

Specific Site of Incident (i.e. building room, etc.)

Task/Activity at time of Incident

Describe the Incident (List the sequence of events; what happened and why.

Were there any witnesses?

1. _____ 2. _____

Root Causes

Identify factors that may have contributed to or caused incident (check all that apply):

Supervisor and or Employee

- □ Safety procedures need to be reviewed
- □ Training needed
- □ Attention to surroundings
- □ Ergonomics or body mechanics

Equipment

- □ Improper use
- □ Proper tool not available or not used
- □ PPE (personal protective equipment) needs to be reviewed
- □ Tool/equipment in need of repair, describe:

Environment

- □ Building condition
- □ Chemicals
- □ Lighting
- □ Weather
- □ Caused by a 3rd party

Name: _____

Other/Explain

PART III – Recommendations/Prevention

What can be done to prevent this incident from happening again?

□ Training □ Maintenance/repair □ Request assistance with task □ Other

Explain: _____

Who will follow up? _____ Date to be completed: _____

PART IV - Signatures *By signing below, I certify that this information is true and correct to the best of my knowledge.*

	Print Name	Signature	Date	Phone
Employee				
Supervisor				

SUPERVISORS ARE NOT AUTHORIZED TO SUBMIT/COMPLETE 801 FORMS! The injured party must complete Lines 1-25, then send to Human Resources.

saif

400 High St. SE
Salem, OR 97312

For SAIF Customer Use
Area ____ ____ ____
Dept. ____
Shift ____ **CC** ____

CLAIM NO. ____
SUBJECT DATE ____
CLASS ____
DEFAULT DATE ____
EMPLOYER'S ACCOUNT NO. ____

Email: saif801@saif.com
Toll-free phone: 1.800.285.8525
Toll-free FAX: 1.800.475.7785

Report of Job Injury or Illness*

Workers' compensation claim

To make a claim for a work-related injury or illness, fill out this form and give to your employer.

If you do not intend to file a workers' compensation claim with SAIF, do not sign the signature line. Your employer will give you a copy.

1. Date of injury or illness: / /	2. Date you left work: / /	3. Time you began work on day of injury: ☐ a.m. ☐ p.m.	4. Regularly scheduled days off: ☐ M ☐ T ☐ W ☐ T ☐ F ☐ S ☐ S	DEPT USE:
5. Time of injury or illness: ☐ a.m. ☐ p.m.	6. Time you left work: ☐ a.m. ☐ p.m.	7. Shift on day of injury: (from) ☐ a.m. ☐ p.m. (to) ☐ a.m. ☐ p.m.		Emp
8. What is your illness or injury? What part of the body? Which side? (Example: sprained right foot) ☐ Left ☐ Right			9. Check here if you have more than one job: ☐	Ins
10. What caused it? What were you doing? Include vehicle, machinery, or tool used. (Example: Fell 10 feet when climbing an extension ladder carrying a 40-pound box of roofing materials)				Occ
				Nat
				Part
				Ev
				Src
				2src

Information ABOVE this line: date of death, if death occurred; and Oregon OSHA case log number must be released to an authorized worker representative upon request.

11. Your legal name:	12. Language preference:	13. Birthdate: / /	14. Gender: ☐ M ☐ F
15. Your mailing address: City: State: ZIP:			16. Mobile/home phone:
17. Occupation:			18. Work phone:
19. Names of witnesses:		20. Your email address (Optional):	
21. Name and phone number of health insurance company:		22. Name and address of health care provider who treated you for the injury or illness you are now reporting:	
23. Have you previously injured this body part? ☐ Yes ☐ No			
24. Were you hospitalized overnight as an inpatient? ☐ Yes ☐ No			
25. Were you treated in the emergency room? ☐ Yes ☐ No			

26. By my signature, I am making a claim for worker's compensation benefits. The above information is true to the best of my knowledge and belief. I authorize health care providers and other custodians of claim records to release relevant medical records to the workers' compensation insurer, self-insured employer, claim administrator, and the Oregon Department of Consumer and Business Services. **Notice:** Relevant medical records include records of prior treatment for the same conditions or of injuries to the same area of the body. A HIPAA authorization is not required (45 CFR 164.512(I)). Release of HIV/AIDS records, certain drug and alcohol treatment records, and other records protected by state and federal law requires separate authorization. **I understand I have a right to see a health care provider of my choice subject to certain restrictions under ORS 656.260 and ORS 656.325.**

27. Worker signature:	28. Completed by (please print):	29. Date: / /

Employer at time of injury

Complete the rest of this form and give a copy of the form to the worker. If the worker is unavailable, complete with available information. Notify SAIF within five days of knowledge of the claim. Even if the worker does not wish to file a claim, maintain a copy of this form.

30. Employer legal business name:	31. Phone:	32. FEIN:
33. If worker leasing company, list client business name:		34. Client FEIN:
35. Address of principal place of business (not P.O. Box):		36. Insurance policy no.:
37. Street address from which worker is/was supervised: ZIP:		38. Nature of business in which worker is/was supervised:
39. Address where event occurred:		
40. Was injury caused by failure of a machine or product, or by a person other than the injured worker? ☐ Yes ☐ No		41. Class code:
42. Were other workers injured? ☐ Yes ☐ No	43. Did injury occur during course and scope of job? ☐ Unknown ☐ Yes ☐ No	44. OSHA 300 log case no:
45. Date employer knew of claim:	46. Worker's weekly wage: $	47. Date worker hired: / /
48. If fatal, date of death		
49. Return-to-work status: Not returned ☐ ☐ Regular Date: / / ☐ Modified Date: / /		If modified work, is it regular hours and wages? ☐ Yes ☐ No

By my signature, I acknowledge I am responsible for notifying my workers' compensation insurance company within five days of knowledge of the claim. **I understand I may not restrict the worker's choice of or access to a health care provider. If I do, it could result in civil penalties under ORS 656.260.**

50. Employer signature:	51. Name and title (please print):	52. Date: / /

801
Form 801 12.20

OSHA requirements: Employers must report work-related fatalities and catastrophes to Oregon OSHA either in person or by telephone within eight hours. In addition, employers must report any in-patient hospitalization, loss of an eye, and any amputation or avulsion that results in bone or cartilage loss to Oregon OSHA within 24 hours. See OAR 437-001-0704. Call 800.922.2689 (toll-free), 503.378.3272, or Oregon Emergency Response, 800.452.0311 (toll-free), on nights and weekends.

**This form was modified by SAIF Corporation, and has been approved for use by the Oregon Workers' Compensation Division.*

RESET

PRINT

A guide for workers recently hurt on the job

The following information is provided by SAIF at the request of the Workers' Compensation Division

saif
400 High St SE
Salem, OR 97312

How do I file a claim?

- Notify your employer and a health care provider **of your choice** about your job-related injury or illness as soon as possible. Your employer cannot choose your health care provider for you.
- Ask your employer the name of its workers' compensation insurer.
- Complete **Form 801, "Report of Job Injury or Illness,"** available from your employer and **Form 827, "Workers' and Health Care Provider's Report for Workers' Compensation Claim,"** available from your health care provider.

How do I get medical treatment?

- You may receive medical treatment from the health care provider **of your choice**, including:
  - Authorized nurse practitioners
  - Chiropractic physicians
  - Medical doctors
  - Naturopathic physicians
  - Oral surgeons
  - Osteopathic physicians
  - Physician assistants
  - Podiatric physicians
  - Other health care providers
- The insurance company may enroll you in a managed care organization at any time. If it does, you will receive more information about your medical treatment options.

Are there limitations to my medical treatment?

- **Health care providers may be *limited* in how long they may treat you and whether they may authorize payments for time off work.** Check with your health care provider about any limitations that may apply.
- **If your claim is denied, you may have to pay for your medical treatment.**

If I can't work, will I receive payments for lost wages?

- You may be unable to work due to your job-related injury or illness. In order for you to receive payments for time off work, your health care provider must send written authorization to the insurer.
- Generally, you will not be paid for the first three calendar days for time off work.
- You may be paid for lost wages for the first three calendar days if you are off work for 14 consecutive days or hospitalized overnight.
- If your claim is denied within the first 14 days, you will not be paid for any lost wages.
- Keep your employer informed about what is going on and cooperate with efforts to return you to a modified- or light-duty job.

What if I have questions about my claim?

- SAIF or your employer should be able to answer your questions. Call SAIF at 800.285.8525.
- If you have questions, concerns, or complaints, you may also call any of the numbers below:

Ombuds Office for Oregon Workers:
(an advocate for injured workers)

Toll-free: 800.927.1271

Email: oow.questions@dcbs.oregon.gov

Workers' Compensation Resolution Section

Toll-free: 800.452.0288

Email: workcomp.questions@dcbs.oregon.gov

Do I have to provide my Social Security number on Forms 801 and 827? What will it be used for?
You do not need to have an SSN to get workers' compensation benefits. If you have an SSN, the Workers' Compensation Division (WCD) of the Department of Consumer and Business Services will get it from your employer, the workers' compensation insurer, or other sources. WCD may use your SSN for the following: quality assessment, correct identification and processing of claims, compliance, research, injured worker program administration, matching data with other state agencies to measure WCD program effectiveness, injury prevention activities, and to provide to federal agencies in the Medicare program for their use as required by federal law. The following laws authorize WCD to get your SSN: the Privacy Act of 1974, 5 USC § 552a, Section (7)(a)(2)(B); Oregon Revised Statutes chapter 656; and Oregon Administrative Rules chapter 436 (Workers' Compensation Board Administrative Order No. 4-1967).

Form 3283* | SAIF 01.23 (440-3283, 07/22/DCBS/WCD/WEB) for distribution with Form 801.
**This form was modified by SAIF Corporation, and has been approved for use by the Oregon Workers' Compensation Division.*

saif

400 High St. SE
Salem, OR 97312

Para uso del cliente de SAIF
Área_____ _____ _____
Dept. _____
Turno_____ **CC** _____

N° DE RECLAMACIÓN _____
FECHA DEL ASUNTO _____
CLASE _____
FECHA ESTABLECIDA _____
N° DE CUENTA DEL EMPLEADOR _____

Email: saif801@saif.com
Número gratuito: 1.800.285.8525
Número gratuito de fax: 1.800.475.7785

Reporte de lesión o enfermedad en el trabajo*

Reclamación (reclamo) de compensación para trabajadores

Trabajador

Para presentar un reclamo por una lesión o enfermedad ocupacional, complete la parte de este formulario que corresponde al trabajador y entréguelo a su empleador. **Si no tiene previsto presentar una reclamación de compensación para trabajadores a SAIF, no firme en la línea de la firma.** Su empleador le entregará una copia.

1. Fecha de la lesión o enfermedad: / /	2. Fecha en que dejó de trabajar: / /	3. Hora en que comenzó a trabajar el día de la lesión: ☐ a.m. ☐ p.m.	4. Días que regularmente no trabaja: ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S ☐ D	**DEPT USE:** Emp
5. Hora de la lesión o enfermedad: ☐ a.m. ☐ p.m.	6. Hora en que dejó de trabajar: ☐ a.m. ☐ p.m.	7. Turno que cumplía el día de la lesión: (desde) ☐ a.m. ☐ p.m. (hasta) ☐ a.m. ☐ p.m.		Ins
8. ¿Cuál es su enfermedad o lesión? ¿Qué parte del cuerpo? ¿Qué lado? (Ejemplo: esguince del pie derecho) ☐ Izquierda ☐ Derecha			9. Marque aquí si tiene más de un empleo: ☐	Occ
10. ¿Cuál fue la causa? ¿Qué estaba haciendo? Incluya vehículo, maquinaria o herramienta utilizados. (Ejemplo: caí desde 10 pies al subir por una escalera de extensión llevando una caja de 40 libras con materiales para techar)				Nat
				Part
				Ev
				Src
				2src

Información ARRIBA de esta línea: la fecha de muerte, en caso de que haya habido muerte; y el número de expediente de OSHA deben proporcionarse a un representante autorizado del trabajador si lo solicita.

11. Su nombre legal:	12. Idioma de preferencia del trabajador que no sea inglés: ☐ Español ☐ Otro (especificar):	13. Fecha de nacimiento: / /	14. Sexo: ☐ M ☐ F
15. Domicilio: Ciudad: Estado: Código postal:			16. Teléfono móvil o de domicilio:
17. Ocupación:			18. Teléfono del trabajo:
19. Nombres de testigos:		20. Dirección de correo electrónico:	
21. Nombre y número de teléfono de la compañía de seguro de salud:		22. Nombre y domicilio del proveedor de atención de la salud que atendió la lesión o enfermedad que usted está informando:	
23. ¿Se lesionó esta parte del cuerpo anteriormente? ☐ Sí ☐ No			
24. ¿Fue hospitalizado con estadía nocturna como paciente interno? ☐ Sí ☐ No			
25. ¿Recibió tratamiento en la sala de emergencia? ☐ Sí ☐ No			

26. Con mi firma, realizo una reclamación de beneficios de compensación para trabajadores. La información antes citada es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo a los proveedores de atención médica y otros custodios de registros de reclamación a divulgar los registros médicos pertinentes a la aseguradora de compensación para trabajadores, empleador auto-asegurado, administrador de reclamaciones y Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios de Oregon. **Aviso:** Los registros médicos pertinentes incluyen los registros de tratamiento anterior por las mismas condiciones o lesiones en la misma área del cuerpo. No se requiere autorización de la HIPAA (45 CFR 164.512(I)). La divulgación de registros de VIH/SIDA, determinados registros de tratamientos de drogas y alcohol y otros registros protegidos por las leyes estatales y federales requieren autorización por separado. **Yo entiendo que tengo el derecho de ver un proveedor para el cuidado de salud de mi elecciòn sujeto a ciertas restricciones bajo ORS 656.260 y 656.325.**

27. Firma del trabajador:	28. Completado por (escribir con letra de molde):	29. Fecha: / /

Empleador al momento de la lesión

Llene el resto de este formulario y dé una copia del formulario al trabajador. Si el trabajador no está disponible, ponga la información que tenga a mano. Avise a SAIF dentro de un plazo de cinco días después de saber del reclamo. Aun si el trabajador no quiere presentar un reclamo, guarde una copia de este formulario.

30. Nombre comercial legal del empleador:		31. Teléfono:	32. FEIN:
33. Si es una compañía de recursos humanos, indicar el nombre comercial del cliente:			34. FEIN del cliente:
35. Domicilio comercial principal (no P.O. Box):			36. N° de póliza de seguro:
37. Dirección donde el trabajador es/era supervisado: Código postal:			38. Tipo de negocio en donde el trabajador es/era supervisado:
39. Domicilio donde ocurrió el hecho:			
40. ¿La lesión fue causada por una falla de una máquina o producto o por otra persona que no es el trabajador lesionado? ☐ Sí ☐ No			41. Código de clase:
42. ¿Se lesionaron otros trabajadores? ☐ Sí ☐ No	43. ¿La lesión ocurrió durante el transcurso y alcance del trabajo? ☐ Se desconoce ☐ Sí ☐ No		44. N° de expediente de OSHA 300:
45. Fecha en que el empleador se enteró de la reclamación:	46. Salario semanal del trabajador: $	47. Fecha de contratación del trabajador:	48. Si fue fatal, fecha de la muerte
49. Condición de regreso al trabajo: No regresó ☐	☐ Fecha regular / /	☐ Fecha de modificación / /	Si regresó a trabajo modificado, ¿es dentro del horario y salario regulares? ☐ Sí ☐ No
By my signature, I acknowledge I am responsible for notifying my workers' compensation insurance company within five days of knowledge of the claim. **Mi firma admite que tengo la responsabilidad de informar a la compañía de seguro de compensación para trabajadores dentro del plazo de cinco dias de saber del reclamo.**			
50. Firma del empleador:	51. Nombre y título (escribir con letra de molde):		52. Fecha: / /

801S
Formulario 801 12.20

OSHA requirements: Employers must report work-related fatalities and catastrophes to Oregon OSHA either in person or by telephone within eight hours. In addit employers must report any in-patient hospitalization, loss of an eye, and any amputation or avulsion that results in bone or cartilage loss to Oregon OSHA within 24 hours. See OAR 437-001-0704. Call 800.922.2689 (toll-free), 503.378.3272, or Oregon Emergency Response, 800.452.0311 (toll-free), on nights and weekends.

**Este formulario fue actualizado por SAIF Corporation y su uso ha sido aprobado por la División de Compensación para Trabajadores de Oregon.*

RESET

PRINT

Guía para trabajadores lesionados recientemente en el trabajo*

SAIF proporciona la siguiente información a solicitud de la División de Compensación para Trabajadores

saif
400 High St SE
Salem, OR 97312

¿Cómo presento una reclamación (reclamo)?

- Notifique lo antes posible a su empleador y al proveedor de servicios médicos **de su elección**, acerca de la lesión o enfermedad relacionada con el empleo. Su empleador no puede elegir a su proveedor de servicios médicos.
- Solicite a su empleador el nombre de su compañía aseguradora de compensación para trabajadores.
- Complete el **Formulario 801, "Reporte de lesión o enfermedad en el trabajo,"** disponible a través de su empleador y el **Formulario 827, "Reporte del trabajador y del médico para reclamaciones de compensación de trabajadores,"** disponible a través de su proveedor de servicios médicos.

¿Cómo recibo tratamiento médico?

- Puede recibir tratamiento médico a través del proveedor de atención de la salud **de su elección**, incluyendo:
  - Enfermeros profesionales autorizados
  - Doctores quiroprácticos
  - Doctores en medicina
  - Doctores naturópatas
  - Cirujanos orales
  - Doctores osteópatas
  - Auxiliares médicos
  - Doctores podiatras
  - Otros proveedores de servicios médicos
- La compañía aseguradora puede inscribirlo en una organización para administración del cuidado médico en cualquier momento. De hacerlo, usted recibirá información acerca de sus opciones de tratamiento médico.

¿Existen limitaciones para mi tratamiento médico?

- **Los proveedores de servicios médicos pueden *limitar* la duración del tratamiento y la autorización de pago durante el tiempo que se ausente del trabajo.** Consulte con su proveedor de servicios médicos acerca de cualquier limitación que pudiera aplicarse.
- **Si su reclamación se deniega, es posible que tenga que pagar por su tratamiento médico.**

Si no puedo trabajar, ¿recibiré pagos por los salarios perdidos?

- Es posible que no pueda trabajar debido a su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Para recibir pagos por el tiempo de ausencia al trabajo, su proveedor de servicios médicos debe enviar una autorización por escrito a la compañía aseguradora.
- Por lo general, no se le pagarán los tres primeros días calendario de ausencia al trabajo.
- Es posible que le paguen los salarios perdidos los tres primeros días calendario si se ausenta del trabajo por 14 días consecutivos o si es hospitalizado con estadía nocturna.
- Si se deniega su reclamación dentro de los 14 primeros días, no se le pagarán los salarios perdidos.
- Mantenga a su empleador informado acerca de lo que suceda y coopere esforzándose por regresar al trabajo realizando tareas modificadas o trabajo liviano.

¿Qué sucede si tengo preguntas sobre mi reclamación?

- SAIF o su empleador deberían poder responder sus preguntas. Llame a SAIF al 800.285.8525.
- Si tiene preguntas, inquietudes o quejas, también puede llamar a cualquiera de los siguientes números:

  Oficina del Ombuds para Trabajadores de Oregon: (un defensor para trabajadores lesionados)

  Llamada sin cargo: 800.927.1271

  Correo electrónico: oow.questions@dcbs.oregon.gov

  Sección de resolución de compensación para trabajadores

  Llamada sin cargo: 800.452.0288

  Correo electrónico: workcomp.questions@dcbs.oregon.gov

¿Debo proporcionar mi número de Seguro Social (SSN) en los Formas 801 y 827? ¿Para qué se utilizará?
No es necesario que tenga un SSN para recibir beneficios de compensación para trabajadores. Si tiene un SSN, y no lo proporciona, la División de Compensación para Trabajadores (WCD) del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios de Oregon lo obtendrá a través de su empleador, la aseguradora de compensación para trabajadores u otras fuentes. WCD puede utilizar su SSN para: evaluación de la calidad, correcta identificación y procesamiento de reclamaciones, cumplimiento, investigación, administración del programa para trabajadores lesionados, cruzar datos con otras agencias estatales para evaluar la efectividad del programa WCD, actividades de prevención de lesiones y para proporcionarlo a las agencias federales en el programa Medicare para utilizarlo según lo requieran las leyes federales. Las siguientes leyes autorizan a WCD a utilizar su SSN: Ley de Privacidad de 1974, 5 USC § 552a, Sección (7)(a)(2)(B); Estatutos Modificados de Oregon capítulo 656; y Reglamentos Administrativos de Oregon capítulo 436 (Orden Administrativa N°4-1967 de la Junta Directiva de Compensación para Trabajadores).

Form 3283* | SAIF 01.23 (440-3283, 07/22/DCBS/WCD/WEB) for distribution with formulario 801
*Este formulario fue actualizado por SAIF Corporation y su uso fue aprobado por la División de Compensación para Trabajadores.