

REPUBLIC OF KENYA
DIRECTOR OF OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH SERVICES NOTICE BY EMPLOYER
OF AN OCCUPATIONAL ACCIDENT / DISEASE OF AN EM EMPLOYEE

PART 1

1. Employers particulars: -

- i. Name í ..
- ii Employers registration í .
- iii Full address í ..
- v Industry or business í ..
- vi Name and address of insurance company which has insured employee against accident í

2. The injured / sick employee's particulars:-

- i. Name í
- ii. Sex í
- iii. Age í ..
- iv. Occupation í ..
- v. Full address í .
- vi. E- mail í .
- vii. Identity Card No. (or other particulars)

3) Occupational Accident

- i. Date of accident í í í í í .. Time í í . Fatal /Non fatal í í í í í í í í í í í
- ii. Has the worker resumed working Yes / No í í .. Date of resumption í í í í í í í í .
- iii. Place í ..
- v. Length of services with the present employer í í í í í í í í í í í í í í í í ..
- vi. What work is the worker employed to undertake í í í í í í í í
- vii. Cause of injury í
- viii. Type of injury í
- ix. Part of body injured í

4. Occupational Disease

- Detail about the occupational disease affecting the employee.
- i. Date of diagnosis the occupational disease í í í í í í í í í í í í í í í ..
 - ii. Name of medical practitioner who made the diagnosis í í í í í í í í í í
 - iii. Date the employer was notified of the disease by the employee or medical practitioners í í í í í í í í í í í í í í
 - iv. Describe the cause of the occupational disease í í í í í í í í í í í í í í

5. Monthly earning at the date of the Accident /disease í í í í í í í í Sh. í í í í í í í
- Cash wage (exclusive of overtime e.t.c. / the payment) í í í í í í Sh. í
 - Value of Rations í í í í í í í í í í í í í í í í í í Sh. í í í í í í í
 - Value of Housing í í í í í í í í í í í í í í í í í í .. Sh í í í í í í í ...
 - Value of fuel í Sh í í í í í í í .

Overtime payment of other special remuneration for work done whether by of bonus otherwise if of constant character and for work habitually performed í í í í í í í í í .. Sh í í í í í í í ..

Total earning per month í í í í í í í í í í í í í í í Sh í í í í í í

Signature of employer í í í í í .. Date í í í í í í í í í í í í í í í í í í

Designation

Note:- in the case of injury to an employee involving incapacity for work for three or more consecutive days it is requested that the employer complete part 1 in triplicate and dispatch it immediately as under:
Original:- To the Occupational Health and Safety Officer.

Duplicate and Triplicate: - To the practitioner attending or examining the injured / sick employee.

In the case of an occupational accident / diseases causing the death of an employee part 1 should be completed in duplicate and then dispatched immediately as under:

Original and duplicate: - To the occupational Health and Safety Officer in charge of the district in which the accident occurred.

**PART II
MEDICAL REPORT**

(For use by the practitioner)

Name of employee í

Date admitted to hospital í í í í í Discharged.....

In - patient No í

Out ó patient No í

Is there permanent incapacity? í Yes/No í í í í í

If yes please give:

(a) Details and nature of permanent

Incapacity í
í í

(b) Percentage of permanent incapacity to be indicated in both words and

Figures í

Temporary incapacity: - (Likely duration of absence from work, from date of acquiring disease / or diagnosis etc.) í í í í í í weeks /months* is a further required before final assessment of permanent incapacity can be given?.....if yes;

a) Which ones í

b) When?.....

Name of medical

Practitioner í

Signature í Date í í í í í í í í í í í í í í í í

Name of Hospital / Clinic / Private Practice í .

Note: - It is requested that this part be completed by the medical practitioner in duplicate the form then being dispatched as under:

1. One copy to the employer.
2. One copy to the occupational Health and Safety Officer in charge of the district in Which the accident occurred.

PART III

(For use by occupational Health and Safety Officer)

Compensation *is / is not being claimed on the employee/dependants of the deceased employee.

District and Accident Register No. í í í í í í í í í í í í í í í í í í í ..

Station í Date í ..

í .

Occupational Health and Safety officer