

STATE OF CALIFORNIA EDMUND G. BROWN JR., Governor



**DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS
DIVISION OF OCCUPATIONAL SAFETY & HEALTH**

DISTRICT OFFICE ADDRESS

DISTRICT OFFICE TELEPHONE NUMBER

DATE:

NEXT OF KIN NAME ADDRESS

ESTIMADO SEÑOR O SEÑORA (NAME OF NEXT OF KIN):

RECIBA MIS CONDELENCIAS REFERENTE EL TRÁGICO ACCIDENTE QUE RESULTO EN EL FALLECIMIENTO DE (VICTIMS NAME). LA DIVISION DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL (CAL/OSHA) HA CONCLUIDO LA INVESTIGACIÓN RELACIONADO DE LA CAUSA DEL ACCIDENTE Y LE QUIERO INFORMARLE DE LOS RESULTADOS.

LA INVESTIGACIÓN FUE INICIADA POR CAL/OSHA EL (DATE OF OPENING CONFERENCE) Y FUE CONCLUIDA (DATE OF CLOSING CONFERENCE). RESULTO DE LA INVESTIGACIÓN, SE HA DETERMINADO DE QUE NO NORMA, ORDEN OR REGULACIÓN ESTABLECIDA EN EL TITULO 8 CODIGO DE REGULACIONES DE CALIFORNIA Y DIVISIÓN 5 DEL CODIGO LABORAL DE CALIFORNIA, FUE VIOLADA EN RELACION DE ESTE ACCIDENTE INDUSTRIAL Y / O ENFERMEDAD OCUPACIONAL SEGURIDAD.

POR FAVOR DE COMUNICARSE CONMIGO SI USTED O OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA TIENE PREGUNTAS RELACIONADO CON ESTA INVESTIGACIÓN Y QUIEREN UNS COPIA DEL REPORTE DE INVESTIGACIÓN.

OTRA VEZ RECIBA MIS CONDELENCIAS Y INFORMEME SI PUEDO SER DE CUALQUIER ASISTENCIA A USTED O SU FAMILIA.

SINCERAMENTE, NAME

GERENTE DE DISTRICTO

INSPECTION No:

Inspection No. XXXXXXXXXX

“K” Family Contact Letter – Completion of Investigation – No Violations - Spanish

o