

Modified Job Offer – Spanish/English

Fecha (Date): _____

Nombre (Name): _____

Dirección (Address): _____

RE: Oferta de Trabajo Modificado (Modified Job Offer)

Numero de Reclamo (Claim Number): _____

Fecha del Accidente (DOI): _____

Dear Sr/Sra.(Mr/Mrs.) _____;

Para ayudarle en su esfuerzo de regresar al trabajo, hemos arreglado para usted el siguiente trabajo modificado (In order to assist you in your efforts to return to work we have arranged for you to return to the following modified job):

Empieza el dia/hora (Start Time): _____

Sueldo (Wage): _____

(en caso de recibir esta carta después del día de presentarse, usted tiene 24 horas para llamar a)(If you receive this letter after the report to work date, you have 24 hours to contact:): _____

Ubicación de trabajo (Work Location): _____

Duración de trabajo (Job Duration): Hasta que termine el trabajo modificado (until modified work ends)

La carta adjunta describe las limitaciones físicas de su trabajo liviano. Su medico primario está de acuerdo que este trabajo y el viaje en coche necesario están dentro de sus habilidades físicas. Según OAR 436-060-0030 (5)(c)(F), usted tiene el derecho de negarse esta oferta de empleo sin la terminación de beneficios de Incapacidad Total Temporal (TTD) si cualquiera del siguiente aplica (Attached is a job description listing physical requirements of your modified duty job. Your attending physician has agreed that both this job and the commute necessary for you to travel to the job site are within your physical abilities. Pursuant to OAR 436-060-0030 (5)(c)(F), you have the right to refuse this modified job offer without termination of Temporary Total Disability benefits if any of the following apply):

Si (Yes) No

La oferta de trabajo require que usted viaja más que 50 millas del lugar de su accidente, a menos que el sitio de trabajo está ubicado menos de 50 millas de su casa o si la intención del empleador y el trabajador en el tiempo de emplea o como establecido por la pauta del empleo antes de la herida era que el trabajo implicó múltiples sitios del trabajo y el trabajador podría ser asignado a cualquiera tal sitio. Los ejemplos de

tales sitios incluyen, pero no son limitados a las industrias de árboles, transportación en camión, trabajadores de construcción y empleados temporarios (The offer is at a site more than 50 miles from where the worker was injured, unless the work site is less than 50 miles from the worker's residence, or the intent of the employer and worker at the time of hire or as established by the employment pattern prior to the injury was that the job involved multiple or mobile work sites and the worker could be assigned to any such site. Examples of such sites include, but are not limited to logging, trucking, construction workers, and temporary employees);

Si (Yes) No

La oferta de trabajo no es con su empleador donde se Lastimó (The offer is not with the employer at injury);

Si (Yes) No

La oferta de trabajo no está en un sitio de trabajo del empleador donde se lastimó (The offer is not at a work site of the employer at injury);

Si (Yes) No

La oferta de trabajo no es consecuente con la póliza escrita existente del cambio de turnos ni la práctica común del empleador donde se lastimó (o donde sufrió la agravación) (The offer is not consistent with existing written shift change policy or common practice of the employer at injury or aggravation);

Si (Yes) No

La oferta no es consecuente con la estipulación del cambio de turnos de un contrato aplicable de la union (The offer is not consistent with an existing shift change provision of an applicable union contract).

Si usted se niega esta oferta del trabajo para cualquiera de las razones listó en esta carta, usted debe escribir al asegurador o al empleador y decirles sus razones para negar el trabajo. Si el asegurador reduce o suspende su beneficio de Incapacidad Total Temporal (TTD), y si usted se opone a esa acción, usted tiene el derecho de solicitar una vista. Para solicitar una vista, usted debe mandar una carta describiendo sus objeciones a las acciones del asegurador a Workers Compensation Board, 2601 25th St. SE, Suite 150, Salem, OR 97302-1282.

El Programa de Asistencia para Reempleo ayuda a los trabajadores calificados de Oregon a permanecer o a volver a trabajar. A causa de su herida, su empleador puede tener derecho a recibir asistencia financiera para que usted regrese a un trabajo liviano por el Programa de Empleador Donde se Lastimó mientras su reclamación esté abierto. Su empleador puede comunicarse con OCWCT/ONET/OEEWCT c/o Empire Pacific Risk Management (503) 968-6300.

(If you refuse this offer of work for any of the reasons listed in this notice, you should write to the insurer or employer and tell them your reason(s) for refusing the job. If the insurer reduces or stops your temporary total disability and you disagree with that action, you have the right to request a hearing. To request a hearing you must send a letter objecting to the insurer's action(s) to the Worker's Compensation Board, 2601 25th Street SE, Suite 150, Salem, Oregon 97302-1282.

The Reemployment Assistance Program provides Oregon's qualified injured workers help with staying on the job or getting back to work. Because of your injury, your employer may be eligible for assistance to return you to transitional work through the Employer-at-Injury Program while your claim is open. Your employer may contact OCWCT/ONET/OEWCT c/o Empire Pacific Risk Management (503) 968-6305).

No presentarse al trabajo puede afectar sus beneficios de Incapacidad Total Temporal (TTD) y puede afectar su elegibilidad para recibir asistencia vocacional (Failure to report to work could affect time loss compensation and could affect your vocational eligibility).

Dirección del asegurador: 5300 SW Meadows Rd., Ste 200, Lake Oswego, OR 97035
(Insurer/TPA address: 5300 SW Meadows Ste 220, Lake Oswego, Or 97035)

Dirección del empleador (Employer address):

Sinceramente (Sincerely),

He leído y he entendido la información en esta carta. Acepto este trabajo como se ofrece (I have read and understand the above information. I accept this job as offered).

SI **NO**

Firma del empleado (Employee Signature)

Fecha (Date)