

Fecha: _____

Nombre del empleado: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de reclamación SAIF: _____

Fecha de la lesión: _____

Estimado _____:

Su médico encargado lo ha autorizado a desempeñar un trabajo modificado. Hemos desarrollado un trabajo temporal con funciones limitadas tomando en consideración las restricciones físicas descritas por su médico. Su médico ha revisado y aprobado la descripción del trabajo con funciones limitadas (véase descripción del trabajo adjunta). La duración del empleo con funciones limitadas será reevaluada periódicamente.

Título de Trabajo Modificado:	
Sueldo: \$ _____ por	Presentarse a:
Fecha de inicio:	Hora de inicio:
Horas por día:	Días por semana:
Lugar:	Duración, de conocerse:

Cuando reciba esta oferta de trabajo, póngase en contacto inmediatamente con:

Si recibe esta carta después de la fecha de inicio de este trabajo, el trabajo empezará 24 horas después de que usted haya recibido esta oferta. Sus beneficios de compensación del trabajador pueden verse negativamente afectados si usted opta por rechazar este trabajo.

En el marco de la ley de Oregon, usted tiene derecho a rechazar una oferta de empleo sin que se ponga fin a la condición de discapacidad total temporal si se aplica alguna de las siguientes condiciones:

- El lugar donde deberá desempeñar el trabajo ofrecido está situado a más de 50 millas del lugar donde el trabajador sufrió la lesión, a menos que el lugar de trabajo esté a menos de 50 millas de la residencia del trabajador, o la intención del empleador y el trabajador al momento de la contratación, o según haya quedado establecido por el tipo de empleo antes de la lesión, fuera que el trabajo involucrara múltiples lugares de trabajo o lugares de trabajo móviles y el trabajador pudiera ser asignado a cualquiera de tales lugares. Ejemplos de estos trabajos incluyen, de forma descriptiva y no taxativa, la tala de árboles, el transporte por carretera, los obreros de la construcción y los empleados temporales;
- La oferta no es para trabajar con el empleador donde se sufrió la lesión;
- La oferta no corresponde a un lugar de trabajo del empleador donde se sufrió la lesión;
- La oferta no guarda conformidad con la política escrita vigente sobre cambio de turnos o la práctica común del empleador donde se sufrió la lesión o el empeoramiento; o
- La oferta no guarda conformidad con alguna disposición vigente sobre cambio de turnos de un convenio sindical aplicable.

Si usted rechaza esta oferta de trabajo por cualquiera de las razones enumeradas en el presente aviso, deberá escribirle a la aseguradora o al empleador comunicándole la(s) razón(es) que lo lleva(n) a rechazar el trabajo. Si la aseguradora reduce o interrumpe su condición de discapacidad total temporal y usted está en desacuerdo con dicha medida, tiene derecho a solicitar una audiencia. Para solicitar una audiencia, debe enviar una carta oponiéndose a la(s) medida(s) de la aseguradora (s) la Consejo de Administración por Accidentes Laborales (Workers' Compensation Board) 2601 25th Street SE, Suite 150, Salem, Oregon 97302-1282.

Atentamente,

He leído y comprendo la información arriba. Acepto esta oferta de trabajo. Si____ No____

Firma del empleado

Fecha

Date: _____

Name of Employee _____

Address _____

City, State, Zip _____

SAIF Claim Number: _____

Date of Injury: _____

Dear _____:

Your attending physician has released you for modified work. We have developed a temporary light duty job within the physical restrictions outlined by your doctor. Your doctor has reviewed and approved a description of the light duty job (see enclosed job description). The duration of this light duty position will be periodically re-evaluated.

Job title:	
Wage: \$ _____ per	Report to:
Start date:	Start time:
Hours per day:	Days per week:
Location:	Duration, if known:

Upon receipt of this job offer immediately contact: _____.

If you receive this letter after the start date of this job, the job will begin 24 hours after your receipt of this offer. Your workers' compensation benefits may be adversely affected if you choose not to accept this job. Under Oregon law, you have the right to refuse an offer of employment without termination of temporary total disability if any of the following conditions apply:

- 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;
- The offer is not with the employer at injury;
- The offer is not at a work site of the employer at injury;
- The offer is not consistent with existing written shift change policy or common practice of the employer at injury or aggravation; or
- The offer is not consistent with an existing shift change provision of an applicable union contract.

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.

Sincerely,

I have read and understand this job offer. I accept this job as offered. Yes ____ No ____

Employee Signature

Date