

**DWC-AD 10003 NOTICIA DE OFERTA DE TRABAJO REGULAR
Para lesiones ocurriendo el o después del 1/1/05**

ESTA SECCIÓN DEBE SER RELLENADA POR EL EMPLEADOR O ADMINISTRADOR DE RECLAMOS:

Administrador de Reclamos: _____ Número de Reclamo: _____
(Nombre del Administrador de Reclamos)

Basada en la opinion del _____ médico que lo atendió QME AME _____, usted puede regresar a
(Nombre del Médico)

su ocupación usual o al puesto que tuvo a la hora de su lesión el _____.
(Fecha)

Fecha en que es elegible para regresar a su trabajo: _____ (como está indicado en el informe del médico)

Empleador: _____
(Nombre de la empresa)

Puesto: _____

Fecha de Comienzo: _____

___ Este puesto está ubicado en el mismo lugar y turno que el puesto que ocupó antes de la lesión.

___ Este puesto está ubicado en una localidad diferente a la del puesto que ocupó antes de la lesión, por lo siguiente:

___ Este puesto es un turno diferente al que ocupó antes de la lesión, por lo siguiente: _____
(empieza) (termina)

Puede contactar a _____ sobre este puesto. No.de teléfono: _____
(Nombre del contacto)

Debe de regresar el formulado relleno al empleador o administrador de reclamos indicado aquí:

(Nombre del Empleador o Administrador de Reclamos) (Dirección postal)

Se espera que este puesto dure por lo menos un total de 12 meses de trabajo. Si este puesto no dura por lo menos un total de 12 meses de trabajo, usted puede tener derecho a un aumento en los pagos del beneficio de incapacidad permanente.

Este puesto proporciona un sueldo y compensación de \$ _____, que son equivalente a o más que el sueldo y compensación que le pagaron a la hora de su lesión.

Yo, _____, he obtenido la información sobre la oferta de trabajo antedicha
(Nombre del Administrador de Reclamos)
de su empleador.

Si el trabajo ofrecido está ubicado en un lugar diferente al del trabajo que tuvo antes de su lesión y usted cree que la distancia de viajar de la residencia donde vivió a la hora de su lesión a este trabajo no es razonable, usted puede oponerse a la oferta de trabajo como no estando a una distancia de viaje razonable. También puede rechazar el requisito de viajar una distancia razonable. Le considerarán haber renunciado este requisito si usted acepta la oferta de trabajo antedicha o no rechaza la oferta dentro de veinte días naturales a partir de recibir esta noticia.

ESTA SECCIÓN DEBE SER RELLENADA POR EL EMPLEADO:

Número de Reclamo _____

El empleado debe de aceptar, rechazar, u oponerse a esta oferta de trabajo regular y regresar este formulario al empleador o administrador de reclamos indicado en la primera página dentro de 20 días naturales de haber recibido la oferta o se considerará que el empleado ha renunciado el derecho a oponerse a la ubicación o turno. El empleado debe guardar una copia de este formulario para su propio archivo.

Nombre del empleado: _____ Fecha de cuando la oferta fue recibida: _____

Entiendo que si mi incapacidad está permanente y estable y el empleador ha cumplido con las obligaciones legales relacionadas con esta oferta, mis pagos restantes de incapacidad permanente serán reducidos por 15% ya sea si acepto o rechazo esta oferta.

Oferta de Trabajo Regular en la Misma Ubicación y/o Turno

Acepto esta oferta de trabajo regular.

Rechazo esta oferta de trabajo. Razón: _____

Nota: Si cualquier parte tiene algun desacuerdo o objeción sobre la oferta de trabajo regular o si el empleado rechaza la oferta de trabajo regular, esa parte puede presentar una Declaración de Disposición con la oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (WCAB).

Oferta de Trabajo Regular en una Diferente Ubicación y/o Turno

Entiendo que tengo el derecho de oponerme a una oferta de trabajo cuando la ubicación o turno es diferente a la que tuve a la hora de mi lesión.

Acepto la oferta y renuncio a mi derecho de oponerme a la ubicación o turno de trabajo como no estando a una distancia de viaje razonable de la residencia de donde viví a la hora de mi lesión .

Rechazo esta oferta de trabajo. Razón: _____

Me opongo a esta oferta porque el trabajo está ubicado en una localidad diferente a la del trabajo que tuve a la hora de mi lesión y no creo que la distancia de viajar de mi residencia a este trabajo es razonable. Entiendo que si el administrador de reclamos no está de acuerdo con esta objeción, mis pagos restantes del beneficio de incapacidad permanente pueden ser reducidos por 15%.

Me opongo a esta oferta porque el turno de trabajo que a sido ofrecido es diferente al que tuve a la hora de mi lesión. Entiendo que si el administrador de reclamos no está de acuerdo con esta objeción, mis pagos restantes del beneficio de incapacidad permanente pueden ser reducidos por 15%.

Nota: Si cualquier parte tiene algun desacuerdo o objeción sobre la oferta de trabajo regular o si el empleado rechaza la oferta de trabajo regular, esa parte puede presentar una Declaración de Disposición con la oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (WCAB).

Firma

Fecha: _____

Prueba de Entrega Por Correo o Entrega Personal

Soy residente del Condado de _____ . Tengo más de dieciocho años de edad y no soy parte de este caso. Mi dirección comercial es:

_____.

El _____, Entregué la **Noticia de Oferta de Trabajo Regular** a la parte/a las partes nombrada (s) a continuación ya sea por uno de los métodos de entrega descritos abajo:

A. Poniendo una copia auténtica de la **Noticia de Oferta de Trabajo Regular** en un sobre sellado con el franqueo completamente pagado por adelantado y dirigido a cada persona cuyo nombre y dirección está nombrada a continuación y depositando el sobre en el correo de los Estados Unidos.

O

B. Personalmente entregando una copia auténtica de la **Noticia de Oferta de Trabajo Regular** a cada persona cuyo nombre y dirección está nombrada a continuación.

Ponga el nombre de cada parte y indique la clase de entrega en la casilla (ya sea A o B como descrito arriba.)

Nombre de la Parte:

Clase de Entrega

_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo antedicho es verdadero y correcto.

Ejecutado en

_____ el _____.

Firma: _____