

DWC-AD 10133.53 NOTICIA DE OFERTA DE TRABAJO MODIFICADO O ALTERNATIVO

Para lesiones ocurriendo el o después del 1/1/04

ESTA SECCIÓN DEBE SER RELLENADA POR EL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS:

Empleador (nombre de la empresa) _____ le está ofreciendo el puesto de un/una (nombre del trabajo) _____.

Puede contactar a _____ sobre esta oferta. No. de teléfono: _____

Fecha de oferta: _____ Fecha de cuando empieza el trabajo: _____

Administrador de Reclamos: _____ Número de Reclamo: _____

AVISO AL EMPLEADO

Nombre del empleado: _____

Fecha de lesión: : _____ Fecha de cuando la oferta fué recibida: _____

Usted tiene 30 días naturales de cuando recibe la oferta para aceptar o rechazar la oferta de trabajo modificado o alternativo que está adjunto. A pesar de que acepte o rechaze esta oferta, sus pagos restantes de incapacidad permanente pueden ser reducidos por un 15%. Sin embargo, si no responde dentro de 30 días o rechaza esta oferta de trabajo, no tendrá derecho a los beneficios suplementarios por desplazamiento de trabajo a menos que:

Trabajo Modificado o Trabajo Alternativo

- A. Usted no puede desempeñar las funciones esenciales del trabajo o
- B. El trabajo no es un puesto regular que durará por lo menos 12 meses o
- C. El sueldo y la compensación ofrecida son menos del 85% pagado a la hora de la lesión o
- D. El trabajo es más allá de una distancia razonable de viaje de su residencia a la hora de la lesión.

ESTA SECCIÓN DEBE SER RELLENADA POR EL EMPLEADO

___ Acepto esta oferta de trabajo Modificado o Alternativo.

___ Rechazo esta oferta de trabajo Modificado o Alternativo y entiendo que no tengo derecho a los Beneficios Suplementarios por Desplazamiento de Trabajo.

Entiendo que si yo dejo el trabajo voluntariamente antes de haber trabajado en este puesto por 12 meses, tal vez no tendré derecho a los Beneficios Suplementarios por Desplazamiento de Trabajo.

Firma

Fecha

Siento que no puedo aceptar esta oferta debido a que:

AVISO A LAS PARTES

Si la oferta no es aceptada o rechazada dentro de 30 días de la oferta, la oferta será considerada rechazada por el empleado.

El empleador o administrador de reclamos debe remitir una copia de este acuerdo relleno al Director Administrativo dentro de 30 días de la aceptación o rechazo. (A.D., "SJDB," Division of Workers' Compensation, P.O. Box 420603, S.F., CA 94142-0603).

Si ocurre un desacuerdo sobre la oferta o el acuerdo descrito arriba, cualquier parte puede pedirle al Director Administrativo que resuelva el desacuerdo presentando una Resolución de Disputa (Formulario DWC-AD 10133.55) con el Director Administrativo.

DWC-AD 10133.53 NOTICIA DE OFERTA DE TRABAJO MODIFICADO O ALTERNATIVO

Para lesiones ocurriendo el o después del 1/1/04

REQUISITOS EXIGIDOS POR EL PUESTO

| | | |
|---|----------|---------------------------------------|
| Título actual del puesto: | | |
| Sueldo: | \$ _____ | por Hora _____ Semana _____ Mes _____ |
| ¿Es el salario del trabajo modificado/alternativo el mismo del trabajo antes de la lesión? | Sí _____ | No _____ |
| ¿Es el salario del trabajo modificado/alternativo por lo menos el 85% del trabajo antes de la lesión? | Sí _____ | No _____ |
| ¿Durará el trabajo por lo menos 12 meses? | Sí _____ | No _____ |
| ¿Es el trabajo un puesto regular requerido por el negocio del empleador? | Sí _____ | No _____ |
| Ubicación del trabajo: | _____ | |

| |
|---|
| Tareas exigidas por el puesto: |
| |
| Descripción de las actividades que deben ser realizadas (si es que no está indicado en la descripción de trabajo): |
| |
| Requisitos físicos para realizar las actividades de trabajo (incluya las modificaciones al trabajo usual y de costumbre): |
| |
| Nombre del médico que aprobó las restricciones de trabajo (opcional): _____ Fecha del informe: _____ |
| Fecha del último pago de Incapacidad Temporal Total: |
| Nombre del Preparador: |
| Firma del Preparador: _____ Fecha _____ |

Prueba de Entrega por Correo

Soy un/una ciudadano(a) de los Estados Unidos y 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 Modificado o Alternativo** a las partes nombradas a continuación, poniendo una copia auténtica del mismo en un sobre sellado con el franqueo completamente pagado por adelantado y depositado en un correo de los Estados Unidos y con la dirección indicada así.

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

Ejecutado en _____ el _____.

Firma: _____

Copias Fueron Entregadas A: _____