STATEMENT OF DECLINE OF VOCATIONAL REHABILITATION SERVICES

INSTRUCTIONS: This form is to be used for injuries occurring on or after 1/1/94, when the employee declines rehabilitation following notification of medical eligibility. It must be signed by the employee and his/her representative, if any, and submitted by the claims administrator to the Rehabilitation Unit along with a properly completed Notice of Termination of Vocational Rehabilitation Services (DWC Form RU-105). If a Rehabilitation Unit case does not exist, it must be accompanied by a Case Initiation Document (DWC Form RU-101).

Employee Name: Last	First	M.I.	**RU Case #:**

NOTICE TO EMPLOYEE

The purpose of this form is to formally record your desire to end your right to rehabilitation benefits. If you decline rehabilitation services, your right to rehabilitation services will end. This means your employer will not be required to provide rehabilitation services to you at a later date, unless otherwise determined pursuant to the Rules and Regulations of the Workers' Compensation Appeals Board in accordance with Labor Code Section 5410.

DESCRIPTION OF VOCATIONAL REHABILITATION SERVICES

If you had a work-related injury or illness which prevents you from doing your former job and your employer cannot take you back, you are entitled to receive rehabilitation services. The amount of services you receive will depend on your needs and abilities.

Vocational rehabilitation services help you to get another job, through job placement or training, whichever is best for you. The rehabilitation costs, including counselor fees and maintenance allowance, are paid by your employer subject to the statutory limits. You have a right to an evaluation to determine the vocational options available to you prior to making this decision. Your right to rehabilitation is separate from your other workers' compensation benefits and cannot under the Labor Code be terminated by a cash payment to you. If you are not ready to participate now in rehabilitation, but might be later, it may be possible to delay your participation in rehabilitation for a period of time.

If you want more information, you may contact an Information and Assistance officer with the Division of Workers' Compensation, at no charge, or you may contact an attorney.

STATEMENT OF DECLINATION

This form must be signed by the injured employee.

The injured employee states:
I have read this Statement of Decline of Vocational Rehabilitation Services.
I have received the pamphlet *Help in Returning to Work-94*.
I decline rehabilitation.
I understand by signing this form I am giving up a service to which I am entitled.

EMPLOYEE'S SIGNATURE:_____ **Date:** _____

Representative's signature, if any.

The representative states:
I have reviewed this form with my client and
I have explained the effects of declining vocational rehabilitation benefits.

EMPLOYEE'S REPRESENTATIVE'S SIGNATURE:_____ **Date:** _____

REHABILITATION UNIT USE ONLY

DECLARACIÓN DEL EMPLEADO DE RECHAZO DE SERVICIOS VOCACIONALES DE REHABILITACIÓN

INSTRUCCIONES: Se usa este formulario para lesiones que ocurrieron el o después del 1/1/94, cuando el empleado decide no aceptar participar en rehabilitación después que se le notifica que reúne los requisitos por razones médicas. El empleado o su representante, si lo tiene, tiene que firmarlo, y el administrador de reclamos tiene que presentarlo a la Unidad de Rehabilitación junto con una Notificación de Terminación de los Servicios de Rehabilitación Vocacional debidamente lleno (Formulario DWC RU-105). Si no existe un caso de la Unidad de Rehabilitación, tiene que ir acompañado de un Documento de Iniciación de Caso (Formulario DWC RU-101).

Nombre del empleado: Apellido	Primer nombre	Inicial	**# de caso UR:**

NOTIFICACIÓN AL EMPLEADO

El propósito de este formulario es el de formalmente registrar sus deseos de terminar su derecho a beneficios de rehabilitación. Si usted rechaza los servicios de rehabilitación, terminará su derecho a recibir servicios de rehabilitación. Esto significa que no se le exigirá a su patrón que le proporcione a usted servicios de rehabilitación en una fecha posterior, a menos que se decida de otra manera en conformidad con la Reglas y Ordenamientos de la Directiva de Apelaciones de Compensación para Trabajadores según lo estipulado por la Sección 5410 del Código Laboral.

DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS VOCIONALES DE REHABILITACIÓN

Si usted sufrió una lesión o enfermedad relacionada al trabajo que le impide desempeñar su trabajo anterior y su patrón no puede emplearle de nuevo, usted tiene derecho a recibir servicios de rehabilitación. La cantidad de servicios que usted reciba dependerá de sus necesidades y habilidades.

Los servicios vocacionales de rehabilitación le ayudan a obtener otro empleo, por medio de una colocación en un empleo o entrenamiento—lo que sea mejor para usted. Su patrón paga el costo de la rehabilitación, así como los honorarios del consejero y la asignación de mantenimiento, los cuales están sujetos a límites estatutorios. Usted tiene el derecho a una evaluación para que se determinen las opciones vocacionales que hay a su disposición, antes que tome esta decisión. Su derecho a rehabilitación es algo separado de sus otros beneficios de compensación para trabajadores, y no puede ser terminado en conformidad con el Código Laboral con un pago en efectivo que se la haga a usted. Si usted no está preparado para participar ahora en la rehabilitación pero lo puede estar después, es posible posponer durante un período de tiempo su participación en rehabilitación.

Si desea más información, puede comunicarse con un oficial de Asistencia e Información de la División de Compensación para Trabajadores, sin cargo alguno, o usted puede comunicarse con un abogado.

DECLARACIÓN DE RECHAZO

Este formulario tiene que ser firmado por el empleado lesionado.

El empleado lesionado declara:
He leído esta declaración de Rechazo de Servicios Vocacionales de Rehabilitación.
He recibido el folleto *Ayuda para Regresar a Trabajar-94 (Help in Returning to Work-94)*.
Rechazo participar en rehabilitación.
Entiendo que al firmar este formulario estoy renunciando a recibir un servicio al que tengo derecho.

FIRMA DEL EMPLEADO: _____ **Fecha:** _____

Firma del representante, si lo hay.

El representante declara:
He revisado este formulario juntamente con mi cliente y
Le he explicado los efectos de este rechazo de los beneficios de rehabilitación vocacional.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADO: _____ **Fecha:** _____

SOLO PARA USO DE LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN

Rehabilitation Unit
California Division of Workers' Compensation

Form RU-107A

STATEMENT OF DECLINE OF VOCATIONAL REHABILITATION SERVICES

Purpose:
To record the employee's declination of rehabilitation services for injuries on or after 1/1/94.

Submitted by:
Claims administrator.

When submitted:
When the employee chooses to decline vocational rehabilitation services.

Where submitted:
To the applicable Rehabilitation Unit district office.

Form completion:
Identifying data completed by claims administrator; signature of employee and attorney if represented.

Accompanying documents:
Notice of Termination of Vocational Rehabilitation Services Form RU-105.
A copy of the Notice of Potential Eligibility.
Include a RU-101 Case Initiation Document if you do not know the Rehabilitation Unit case number.

Rehabilitation Unit action:
If the employee objects to the Notice of Termination, the Rehabilitation Unit shall, within 30 days, schedule a conference or otherwise obtain the employee's reason for objection together with substantiating evidence and issue its decision.

Copy:
All parties.