

## Formulario de solicitud de justificación de compra del programa del empleador donde sucedió la lesión (EAIP)

EAIP team  
400 High St SE  
Salem, OR 97312  
Teléfono: 800.285.8525 (ext 8652)  
Fax: 503.584.9805  
Email: EaipTeam@saif.com

**Incluya copias de lo siguiente:**

- Copias de las autorizaciones médicas para el período solicitado que no se hayan presentado previamente en el reclamo;
- Factura detallada y/o recibo que muestre prueba de pago, prueba de la fecha de pedido y prueba de la fecha de entrega para todas las compras.

**Información del trabajador o trabajadora**

Nombre:	Fecha de lesión:	Número del reclamo:
---------	------------------	---------------------

**Información de beneficiario**

Nombre de beneficiario:	Número de póliza:
Dirección postal:	Ciudad/Estado/Código postal:
Número de teléfono:	Nombre de contacto:
Número de identificación federal y nombre legal:	

**Trabajo regular vs. trabajo transitorio**

Puesto laboral regular (en el momento de la lesión):	Puesto laboral transitorio y fecha de inicio:
--	---

Describe las tareas laborales regulares que el trabajador no pudo realizar debido a las restricciones laborales. (incluya descripción de trabajo regular, si está disponible):

Describe las tareas laborales transitorias que el trabajador realizó mientras estaba restringido de realizar trabajo de tiempo completo (incluya descripción de trabajo modificado si está disponible):

Primer día de trabajo transitorio	Turno de AM o PM	Días de trabajo programados	Sueldo o salario
Fecha:	De                      a	<input type="checkbox"/> Lu <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Mier <input type="checkbox"/> Ju <input type="checkbox"/> Vi <input type="checkbox"/> Sa <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Varía	\$

**Lista detallada de compras:** justificación debe explicar por qué era necesaria la compra (especialista de EAIP determinará elegibilidad)

Producto: \_\_\_\_\_ Fecha de pedido: \_\_\_\_\_ Fecha de entrega: \_\_\_\_\_ Costo del producto: \_\_\_\_\_

Justificación:

Producto: \_\_\_\_\_ Fecha de pedido: \_\_\_\_\_ Fecha de entrega: \_\_\_\_\_ Costo del producto: \_\_\_\_\_

Justificación:

**Cantidad total solicitada: \$ \_\_\_\_\_**

Firma del empleador \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Tras recibir la solicitud completada, SAIF determinará la elegibilidad para el reembolso y calculará el monto apropiado. Si tiene preguntas sobre el estado de su solicitud, puede ponerse en contacto con nosotros directamente o consultar la ubicación de la pantalla de actividad del programa EAIP en nuestro sitio seguro en saif.com.**

# Requisitos de elegibilidad para el programa EAIP

## Empleador:

- Debe mantener cobertura de seguro de compensación para trabajadores de Oregon;
- Debe ser el empleador donde sucedió la lesión. Empleador donde sucedió la lesión significa la organización que empleaba al trabajador cuando éste sufrió la lesión o enfermedad ocupacional, o presentó el reclamo por agravamiento, o solicitó una apertura por propia iniciativa;
- Debe emplear a un trabajador eligible.

## Trabajador:

- Debe tener una lesión o enfermedad laboral u ocupacional cubierta por el seguro de compensación para trabajadores de Oregón en el momento de inscribirse en el programa EAIP;

## Autorización médica que cumplen los requisitos

- Hay dos tipos de autorización médica que cumplen que califican bajo las reglas de este programa:
  - Una autorización médica que indique las restricciones específicas actuales o proyectadas del trabajador; o
  - Una declaración del proveedor de servicios médicos que indique que el trabajador no está autorizado para el empleo regular, acompañada de una aprobación de una descripción del trabajo, que incluye las tareas laborales y las demandas físicas requeridas para el trabajo de transición;
- Las autorizaciones médicas como "trabajo ligero", "trabajo liviano" o "trabajo modificado" sin otras restricciones específicas por escrito o aclaraciones no se consideran restricciones aceptables citadas para comenzar el programa. Un empleador o asegurador puede obtener aclaraciones sobre una autorización médica del proveedor de servicios médicos que emitió la autorización en cualquier momento antes de presentar la solicitud de reembolso.

## Estado del reclamo

El reclamo debe ser diferido o aceptado cuando se realice el pedido de compra.

## Purchase benefit categories

**La modificación del lugar de trabajo** altera un lugar de trabajo al alquilar, comprar, modificar o complementar equipos para permitir que un trabajador realice el trabajo de transición dentro de las limitaciones del trabajador o para evitar un empeoramiento de las condiciones del trabajador.

**Herramientas y equipo o maquinaria:** Los elementos que son necesarios para que el trabajador realice el trabajo de transición, incluyendo consumibles.

**Las modificaciones en el lugar de trabajo y las compras de herramientas y equipos están limitadas a un reembolso máximo combinado de \$5,000.**

**Matrícula, libros, tarifas y materiales (máximo de \$1,000);** Una clase o curso de instrucción requerido para el trabajo de transición o para desarrollar habilidades. **Cuando el desarrollo de habilidades es el trabajo de transición, se requiere un acuerdo por escrito firmado por el trabajador.**

**Ropa (máximo de \$400);** Ropa necesaria para el trabajo y que normalmente no es proporcionada por el empleador; la ropa se convierte en propiedad del trabajador.

Las solicitudes elegibles para reembolso deben cumplir con un mínimo de \$100.00. Los beneficios pueden combinarse para cumplir con este requisito.

**El trabajador debe laborar dentro de las restricciones físicas y horarias establecidas por el médico. Es responsabilidad del empleador informar al trabajador sobre la necesidad de cumplir con las restricciones laborales. La aseguradora y la División de Compensación para Trabajadores tienen la discreción de rechazar cualquier reembolso que determinen no sea razonable, práctico o factible, o que consideren un abuso del programa.**

Cualquier persona que a sabiendas haga una declaración falsa o una representación errónea al director o a un empleado del director con el propósito de obtener beneficios o reembolsos del Programa de Empleador donde sucedió la lesión, o que a sabiendas malinterpreta la cantidad de la nómina de sueldos, o presente un informe de nómina de sueldos falsa, está sujeta a sanciones según la ORS 656-99.