Fecha:

Nombre del trabajador:

Dirección:

Ciudad, estado, código postal:

Número de reclamación de SAIF:

Fecha de la lesión:

[Nombre],

Su médico primario le ha dado de alta para realizar trabajo modificado. Hemos desarrollado un trabajo temporal y ligero dentro de las restricciones físicas indicadas por su médico. Su médico ha revisado y aprobado una descripción del trabajo liviano o ligero (consulte la descripción del trabajo adjunta). La duración de este puesto de trabajo liviano o ligero será reevaluada periódicamente.

|  |
| --- |
| Puesto del trabajo modificado:  |
| Sueldo: | por hora | Reportarse a: |
| Fecha de inicio: | Hora de inicio:  |
| Horas por día: | Días por semana:  |
| Lugar: | Duración, si se conoce:  |

Si recibe esta carta después de la hora de inicio del trabajo indicado anteriormente, esta carta constituye una oferta nueva del mismo trabajo modificado a la misma hora de inicio el siguiente día calendario después de recibir esta carta, si el negocio está abierto ese día, o si no, entonces el siguiente día calendario que el negocio esté abierto. Independientemente de cuándo reciba esta carta, llame inmediatamente al empleador para confirmar su respuesta a esta oferta de trabajo: al . Sus beneficios de compensación para trabajadores pueden verse afectados negativamente si elige no aceptar esta oferta de trabajo.

Su médico ha revisado y aprobado una descripción del trabajo liviano o ligero y también ha descubierto que el viaje diariamente al trabajo cae dentro de su habilidad física.

Conforme a la ley de Oregon, usted tiene el derecho a rechazar una oferta de empleo sin rescisión o cancelación de la discapacidad total temporal si se aplica alguna de las siguientes condiciones:

* La oferta se encuentra en un sitio a más de 50 millas del lugar donde el trabajador resultó lesionado, a menos que el lugar de trabajo esté a menos de 50 millas del domicilio del trabajador, o la intención del empleador y del trabajador en el momento de contratación, o según lo establezca el empleo antes de la lesión, era que el trabajo involucraba sitios de trabajo múltiples o móviles y el trabajador podía ser asignado a cualquier de los dichos sitios. Los ejemplos de tales sitios incluyen, entre otros, talar madera, transporte por carretera, trabajadores de la construcción y empleados temporales;
* La oferta no es con el empleador donde ocurrió la lesión;
* La oferta no se encuentra en el lugar de trabajo del empleador donde ocurrió la lesión;
* La oferta no es consistente con la política de cambio de turno escrita existente o práctica común del empleador en caso de lesión o agravamiento;
* La oferta no es consistente con una disposición existente de cambio de turno de un contrato de sindicato pertinente.

**Si rechaza esta oferta de trabajo por alguna de las razones enumeradas en este aviso, debe escribirle a la aseguradora o empleador e informarle su (s) razón (es) para rechazar el trabajo. Si la aseguradora reduce o detiene su discapacidad total temporal y usted no está de acuerdo con esa acción, tiene derecho a solicitar una audiencia. Para solicitar una audiencia, debe enviar una carta oponiéndose a la (s) acción (es) de la aseguradora a la Junta de Compensación para Trabajadores, 2601 25th Street SE, Suite 150, Salem, Oregon 97302.**

|  |
| --- |
| Atentamente, |

Una versión traducida al español es proporcionada como cortesía. La versión en inglés de este documento es su copia oficial. **Esta carta podría perjudicar sus beneficios de compensación para trabajadores.** Si tiene preguntas referentes a este aviso o sus beneficios y necesita hablar con un representante en español, por favor, llame al 800.285.8525 y pida un intérprete.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| He leído y entiendo esta oferta de trabajo. Acepto este trabajo como se me ofrece. | Sí |  | No |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Firma | Fecha |  |  |  |  |

**Workers’ Compensation Multilingual Help Page**

***English***

|  |
| --- |
| **URGENT!** You have received an important document about your workers’ compensation claim. If the document has a deadline, you may lose a right or benefit unless you take action by the deadline. For language help with this document, you may call the State of Oregon, Ombuds Office for Oregon Workers, 800-927-1271. |

***Español (Spanish)***

**¡URGENTE!** Usted ha recibido un documento importante sobre su reclamación de compensación al trabajador. Si el documento tiene un plazo, puede perder el derecho o el beneficio a menos que actúe antes de que venza el plazo. Para obtener ayuda en otros idiomas con este documento, puede llamar a la Oficina del Ombuds para Trabajadores de Oregon al 800-927-1271.

***Русский (Russian)***

**СРОЧНОЕ СООБЩЕНИЕ!** Вы получили важный документ, касающийся вашего иска о выплате пособия при производственной травме. Если в документе указан крайний срок принятия действий, вы можете потерять право или пособие в случае, когда до указанного крайнего срока вами не будет предпринято соответствующего действия. Для получения помощи в переводе этого документа вы можете позвонить в Офис омбудсменов для работников штата Орегон, 800-927-1271.

***Tiếng Việt (Vietnamese)***

**KHẨN CẤP!** Quý vị đã nhận được một tài liệu quan trọng về yêu cầu bồi thường tai nạn lao động của quý vị. Nếu tài liệu này có ghi ngày đáo hạn, quý vị phải thực hiện trước ngày đáo hạn đó, nếu không quý vị có thể mất quyền hoặc lợi ích của mình. Để được trợ giúp về ngôn ngữ với tài liệu này, quý vị có thể gọi cho Văn phòng Thanh tra dành cho Người lao động Oregon, Bang Oregon theo số 800-927-1271.

***中文 (Chinese)***

**紧急消息！**您收到一份关于您的工作者补偿申诉的重要文件。如果文件有截止日期，除非您在截止日期前采取行动，否则您可能会丧失权利或福利。如需要有关本文件的语言帮助，您可致电 800-927-1271，联系俄勒冈受伤工作者申诉专员.

 ***(Arabic) اللغة العربية***

**عاجل!** لقد استلمت وثيقة مهمة بخصوص مطالبتك لفوائد تعويضات العمال. إذا كان للوثيقة موعد نهائي، قد تفقد حقًا أو فائدة ما لم تتخذ إجراءًا بحلول الموعد النهائي. لمساعدة لغوية بهذه الوثيقة، بإمكانك الاتصال بولاية أوريغون، مكتب أمين المظالم لعمال أوريغون ، على رقم الهاتف 800-927-1271.