

(On company letterhead; deliver in-person or via certified mail with return receipt)

Fill spaces, (delete)

(Date)

(Injured Employee Name)

(Address)

(City, State & Zip)

Re: Return-to-Work Job Offer

L&I Claim No.: _____

Dear _____ (employee first name),

I am pleased to offer you transitional/light duty employment that will accommodate your current physical capacities. Your duties are described in the approved job description and are consistent with all physical limitations established by your attending provider. Your supervisor has also been advised accordingly. A copy has also been sent to your Claim Manager (CM) at The Department of Labor and Industries (L&I).

The details to report to work are as follows:

- You must report _____ (date and time) at _____(location)
- Your supervisor is _____ and their phone number is _____
- Your work schedule is ____ (start time) to ____ (end time), from ____ (day) to ____ (day)
- Your wages will be ____ per ____ (hour/day/week) and applicable benefits are unchanged

Except when covered by state or local Paid Family & Medical Leave rules, you are expected to schedule any medical and therapy appointments around your work schedule, as you will not be compensated for time absent from work by L&I. You are also expected to comply with all company work rules and attendance policies.

Our goal is to provide all employees with a safe work environment. If you experience trouble performing these duties, please inform your supervisor immediately.

We require that you work within the physical capacities given by your attending provider. If anyone asks you to perform tasks beyond your physical capacities, you should decline and let your supervisor know immediately. Consistent with these expectations, you may be subject to disciplinary action if you choose to work beyond them.

Please review this offer and contact me at _____ (phone) to discuss arrangements. If you do not report to work, that will be considered as your decision to reject this offer of employment and your time loss benefits may be affected.

Sincerely,

Employer name & signature

Oferta de Trabajo/ Retorno al trabajo , página 2

Nombre del empleado lesionado: _____

Número de reclamo L&I.: _____

Return to Work Job Offer, page

Injured Employee Name,

L&I Claim No.

Yes ____, I accept the offered position and will report to work.

No, ____, I do not accept the offered position and will not report to work.

Injured Employee Signature

Date

Enclosure: Approved job description/analysis/release to work

CC: L&I CM w/encl.
Attending Provider w/encl.
Legal Representative, if any, w/encl.
Vocational Rehabilitation Counselor w/encl

(On company letterhead; deliver in-person or via certified mail with return receipt)

Fill spaces, (delete)

(Fecha)

(Nombre del empleado lesionado)

(Dirección)

(Ciudad, Estado y Código Postal)

Oferta de trabajo/ Regresar al trabajo

Número de reclamo L&I.: _____

Estimado _____ (nombre del empleado)

Me complace ofrecerle un empleo de trabajo transitorio/ligero que se adapte a sus capacidades físicas actuales. Sus deberes se explican en la descripción del trabajo aprobado y son consistentes con las limitaciones y/o restricciones físicas establecidas por su proveedor actual. Su supervisor también ha sido informado como corresponde. Además, se ha enviado una copia a su Gerente de Reclamos asignado en el Departamento de Labor e Industrias (L&I, por sus siglas en Inglés).

Los detalles para presentarse al trabajo son los siguientes:

- Se debe reportar a trabajar el _____ (fecha y hora) en la siguiente ubicación _____
- Su supervisor es _____ y su número de teléfono es _____
- Su horario de trabajo es ____ (hora de inicio) hasta ____ (hora de finalización), de ____ (día) a ____ (día)
- Su salario será de ____ por ____ (hora/día/semana) y los beneficios que aplican no cambian.

Se espera que programe cualquier cita médica y/o terapia fuera de su horario de trabajo, ya que L&I no le compensará por el tiempo que no esté trabajando, excepto cuando esté cubierto por las reglas estatales o locales de licencia familiar y/o médica. También se espera que Ud. cumpla con todas las reglas del trabajo y las normas de asistencia de la empresa.

Nuestro objetivo es proporcionar a todos los empleados un lugar de trabajo seguro. Si experimenta alguna dificultad en el desempeño de sus deberes, debe reportarlas a su supervisor inmediatamente.

Requerimos que trabaje dentro de todas las limitaciones y/o restricciones físicas aprobadas por su proveedor médico. Si alguien le pide que realice tareas más allá de sus capacidades físicas, debe rechazar esta petición e informar a su supervisor inmediatamente. De acuerdo con nuestra política de seguridad de la empresa, usted puede estar sujeto a medidas disciplinarias si Ud. escoge trabajar más allá de sus limitaciones físicas establecidas por su proveedor médico.

Oferta de Trabajo/ Retorno al trabajo , página 4

Nombre del empleado lesionado: _____

Número de reclamo L&I.: _____

Return to Work Job Offer, page

Injured Employee Name,

L&I Claim No.

Por favor revise esta oferta de trabajo y póngase en contacto conmigo al siguiente número de teléfono _____ para conversar de los detalles de esta oferta. Si no se presenta al trabajo, eso se considerará como su decisión de rechazar esta oferta de empleo y sus beneficios de tiempo perdido pueden verse afectados.

Sinceramente

Nombre y firma del empleador

Sí, _____, acepto el puesto ofrecido y me presentaré a trabajar.

No, _____, no acepto el puesto ofrecido y no me presentaré a trabajar.

Fecha de la Firma

Firma del empleado lesionado

Archivos adjuntos. Descripción del trabajo aprobado del empleado/análisis/alta para regresar al trabajo.

Copia de cortesía:

Gerente de reclamo de labor e Industrias (Con archivos adjuntos).

Proveedor Médico (Con archivos adjuntos).

Representante legal (Con archivos adjuntos).

Consejero de Rehabilitación Vocacional (Con archivos adjuntos)