

Formulario del Acuerdo para Trabajo Liviano Temporero

El Trabajo Liviano Temporero (Servicio de Transición) solo se ofrece a los empleados como resultado de las restricciones relacionadas con Compensación de Trabajadores. Este Trabajo Liviano Temporero se puede ofrecer a un empleado en su lugar de trabajo normal, o en una ubicación diferente a su lugar de trabajo normal, dependiendo de las restricciones establecidas por el médico de Compensación de Trabajadores. Si no se pueden cumplir las restricciones de un empleado en su lugar de trabajo normal, el Departamento de Gestión de Riesgos trabajará para encontrar un lugar que pueda proveer trabajos significativos que se ajusten a sus restricciones en una ubicación alterna. Rehusarse a aceptar el trabajo liviano temporero disponible puede afectar la elegibilidad de un empleado para recibir algunos o todos los beneficios pagaderos como resultado de un reclamo de Compensación de Trabajadores.

Nombre del Empleado: SAP # Reclamación #

 Lugar de Trabajo Normal**:**

 Puesto/Título:

 Supervisor Directo: Número de Teléfono:

 Los deberes temporeros son:

Las limitaciones físicas indicadas por el médico del empleado de compensación de trabajadores están mencionadas a continuación:

La fecha anticipada de regreso al trabajo sin restricciones para este empleado es

 O marque aquí si se desconoce

**A ser completado por: Supervisor/Director**

Las restricciones anteriores establecidas por el médico de compensación de trabajadores se pueden acomodar en el lugar de trabajo normal del empleado. Las tareas temporeras son: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Las restricciones anteriores establecidas por el médico de compensación de trabajadores **no** se pueden acomodar en el lugar de trabajo normal del empleado. \*

**Lugar de Trabajo Temporero** :

Supervisor/a en el sitio:

Número de Teléfono:

Puesto/Título:

* **Supervisor temporero del lugar de trabajo: Favor de registrar las horas del empleado y haga que el empleado firme semanalmente la hoja de horas trabajadas. Este debe enviarse el viernes de cada semana por correo electrónico o fax al supervisor del lugar de trabajo normal del empleado que se detalla a continuación.**

Supervisor/Director del lugar de trabajo normal del empleado responsable de supervisar las acciones generales del empleado durante la asignación del servicio temporero:

Título/Nombre:

Número de Teléfono:

**Supervisor del lugar de trabajo normal: Favor de ver la información sobre las horas semanales del empleado en el cuadro gris que se encuentra arriba. El tiempo del empleado debe ingresarse semanalmente al recibir el registro del lugar de trabajo temporero firmado por el empleado. \***

 **Para ser completado por el empleado**

 Acepto la oferta del empleador para trabajo liviano temporero.

 Rechazo la oferta del empleador para trabajo liviano temporero.

**\*\* Nota: Negarse a aceptar un trabajo liviano temporero disponible puede afectar su elegibilidad para recibir beneficios.**

 Firma del empleado Fecha

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Supervisor / Director Fecha

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Director /Supervisor Temporero Fecha