

Дата: _____

Имя, фамилия служащего _____

Адрес _____

Город, штат, почтовый индекс _____

Номер требования о выплате страхового возмещения
из Фонда страхования от несчастных случаев правительства штата Орегон (SAIF): _____

Дата нанесения травмы: _____

Уважаемый (-ая) _____!

Лечащий врач разрешил Вам приступить к работе в измененных условиях. Мы подготовили для Вас рабочее место, требующее выполнения облегченных обязанностей, соответствующих предписанным Вашим врачом ограничениям физической нагрузки. Ваш врач проверил и одобрил описание облегченных обязанностей (описание прилагается). Срок, в течение которого Вы будете занимать это рабочее место, требующее выполнения облегченных обязанностей, будет периодически пересматриваться.

Должность:	
Зарботная плата: \$	
Дата начала работы:	Время начала работы:
Кол-во рабочих часов в день:	Кол-во рабочих дней в неделю:
Место трудоустройства:	Срок трудоустройства (если известен)

По получении этого предложения о трудоустройстве, пожалуйста, безотлагательно обратитесь к _____
_____. Если Вы получите это письмо после наступления указанной даты начала работы, выполнение Вами этой работы должно начаться через 24 часа после получения Вами нашего предложения. Решение не выполнять предложенную работу может неблагоприятно отразиться на получении Вами компенсации за травмы, нанесенные Вам на рабочем месте. По законам штата Орегон Вы имеете право отказаться от предложенного трудоустройства и сохранять статус временной полной нетрудоспособности, если удовлетворяется любое из следующих условий:

- если работа предложена в месте, находящемся более чем в 50 милях (80 км) от того места, где служащему была нанесена травма, с условием, что это рабочее место не находится менее чем в 50 милях (80 км) от места проживания служащего, и что во время первоначального найма служащего на работу или на протяжении трудоустройства служащего до нанесения ему (ей) травмы не предусматривалось регулярное выполнение служащим его (ее) обязанностей в нескольких различных местах или на передвижных рабочих местах таким образом, что служащий мог быть направлен на любое из этих рабочих мест (примерами таких рабочих мест могут служить, в частности, рабочие места лесорубов, водителей грузовых автомобилей, строительных рабочих и временных служащих);
- если предложена работа не в организации работодателя, ответственного за нанесение травмы;
- если предложена работа не на предприятии работодателя, ответственного за нанесение травмы;
- если предложенная работа не соответствует действующему документированному графику начала и окончания рабочих смен или принятому расписанию выполнения работ в организации работодателя, ответственного за нанесение травмы или ухудшение состояния здоровья; или
- если предложенная работа не соответствует действующему положению о начале и окончании рабочих смен применимого профсоюзного договора.

Если Вы откажетесь от этого предложения о трудоустройстве по каким-либо из причин, перечисленных в настоящем извещении, Вы должны письменно известить Вашего страховщика или работодателя о своем отказе и сообщить им причину или причины, по которым Вы отказались от работы. Если страховщик сократит срок действия или прекратит действие Вашего статуса временной полной нетрудоспособности и Вы не согласитесь с таким действием страховщика, Вы имеете право потребовать проведения слушаний. Для того, чтобы потребовать проведения слушаний, Вы должны послать письмо, опротестовывающее действие или действия страховщика, в Совет по выплате компенсаций служащим, получившим травмы на работе (Worker's Compensation Board) по адресу 2601 25th Street SE, Suite 150, Salem, Oregon 97302-1282.

С уважением,

Я понимаю вышеизложенное и принимаю предложенную мне работу,

Подпись служащего

Дата