

Ngày: _____

Tên Nhân Viên _____

Địa Chỉ _____

Thành Phố, Tiểu Bang, Số Zip Code _____

Số Yêu Cầu Trả Bảo Hiểm SAIF: _____

Ngày bị Thương Tích: _____

Kính gửi _____:

Bác sĩ điều trị của bạn đã cho phép bạn làm công việc được điều chỉnh phù hợp với tình trạng sức khỏe của bạn. Chúng tôi đã thiết lập một công việc nhẹ nhàng tạm thời và phù hợp với các hạn chế về thể chất mà bác sĩ của bạn qui định. Bác sĩ của bạn đã xem xét và chấp thuận bản trình bày về công việc đó (xem tờ nhiệm vụ công việc đính kèm). Thời hạn đảm trách công việc nhẹ này sẽ được đánh giá lại theo định kỳ.

Chức vụ:	
Mức lương: \$	
Ngày bắt đầu làm việc:	Giờ bắt đầu làm việc:
Số giờ trong một ngày:	Số ngày trong một tuần:
Địa điểm:	Khoảng thời gian, nếu biết

Sau khi nhận được tờ thông báo công việc này, xin liên lạc ngay: _____.

Nếu bạn nhận được bức thư này sau ngày công việc này bắt đầu, công việc sẽ bắt đầu 24 giờ sau khi bạn nhận được thư thông báo về công việc này. Các quyền lợi bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động của bạn có thể giảm bớt hoặc không còn nếu bạn lựa chọn không chấp nhận công việc này. Theo luật pháp Tiểu Bang Oregon, bạn có quyền từ chối đề nghị làm việc mà không cần phải chờ cho tới khi chấm dứt tình trạng tàn tật hoàn toàn tạm thời, nếu bất kỳ điều kiện nào sau đây được áp dụng:

- Công việc được đề nghị đó là tại một cơ sở cách xa nơi nhân viên đã bị thương tích hơn 50 dặm, trừ khi địa điểm làm việc đó cách xa nơi cư ngụ của nhân viên đó chưa tới 50 dặm, hoặc ý định của hãng sở và nhân viên vào thời điểm tuyển dụng hoặc được xác định qua quy luật làm việc trước khi thương tích xảy ra là công việc đó liên quan tới nhiều địa điểm làm việc hoặc các địa điểm làm việc lưu động và nhân viên đó có thể được phân công tới làm việc tại bất kỳ cơ sở nào trong số đó. Ví dụ về các cơ sở đó có thể bao gồm, nhưng không chỉ giới hạn ở các nhân viên đôn gổ, lái xe tải, các nhân viên xây dựng và nhân viên làm việc tạm thời;
- Đề nghị làm việc này không liên quan tới hãng sở vào thời điểm nhân viên bị gây thương tích;
- Đề nghị làm việc này không thuộc bất kỳ địa điểm làm việc nào của hãng sở vào thời điểm nhân viên bị thương tích;
- Đề nghị làm việc này không phù hợp với văn bản qui định hiện hành về thay đổi ca làm việc hoặc cách thức hoạt động thông thường của hãng sở vào thời điểm nhân viên bị thương tích hoặc thương tích trầm trọng hơn; hoặc
- Đề nghị làm việc này không phù hợp với qui định hiện hành về thay đổi ca làm việc trong hợp đồng nghiệp đoàn hiện đang có hiệu lực áp dụng.

Nếu bạn từ chối lời đề nghị làm việc này vì bất kỳ lý do nào ghi trong bản thông báo này, bạn cần gửi thư cho hãng bảo hiểm hoặc hãng sở để cho biết (các) lý do từ chối công việc đó. Nếu hãng bảo hiểm giảm bớt hoặc ngừng trả trợ cấp bảo hiểm tàn tật hoàn toàn ngắn hạn và bạn không đồng ý với quyết định đó, bạn có quyền yêu cầu một buổi điều trần. Để yêu cầu một buổi điều trần, bạn phải gửi thư phản đối (các) quyết định của hãng bảo hiểm cho Ủy Ban Bồi Thường Tai Nạn Lao Động (Worker's Compensation Board) tại địa chỉ: 2601 25th Street SE, Suite 150, Salem, Oregon 97302-1282.

Trân trọng,

Tôi hiểu và chấp nhận công việc được đề nghị này .

Chữ Ký Nhân Viên

Ngày