



Ejemplo de oferta de empleo de buena fe

CORREO CERTIFICADO
RECIBO DE DEVOLUCION SOLICITADO

Fecha

Dirección del empleado lesionado
Ciudad, Estado, Codigo Postal

Estimado _____:

(Nombre de la compañía) le gustaría ofrecerle una asignación de trabajo temporal y de trabajo modificado en la siguiente ubicación:

Nombre de la compañía	
Calle	
Ciudad, Estado, Codigo Postal	

Los horarios y salarios por hora para esta posición son:

Lunes		Salario por hora	
Martes		Salario por hora	
Miercoles		Salario por hora	
Jueves		Salario por hora	
Viernes		Salario por hora	
Sabado		Salario por hora	
Domingo		Salario por hora	

Los deberes laborales cumplen con las restricciones laborales sancionadas por el nombre del doctor y fecha del informe (adjunto vea el informe de estado de trabajo).

A continuación, se muestra el titulo del trabajo, la lista de los deberes, los requisitos físicos máximos y los requisitos de tiempo para esta asignación temporal de trabajo modificado.

Titulo profesional	
Descripción del trabajo (enumere las responsabilidades del trabajo)	



Requisitos físicos máximos y requisitos de tiempo (horas máximas por día)

Deber	Tiempo	Deber	Tiempo
Estar parado		Caminar	
Estar sentado		Subir escalones/escaleras	
Estar arrodillado/en cuclillas		Agarrar/apretar	
Estar encorbado /agachado		Flexión/extensión de muñeca	
Empujar/estirar		Alcanzar	
Torcer		Alcanzar por encima de la cabeza	
Usar el teclado/mouse		Manejar	
Levantamiento/cargar (incluya el número de libras)			
Deberes adicionales			

Mientras trabaje en esta tarea de trabajo modificado, solo le asignaremos tareas que sean consistentes con sus habilidades físicas, conocimientos, habilidades y restricciones laborales según sancionado por (nombre / fecha del médico). Proporcionaremos entrenamiento si es necesario. Si se le pide que realice tareas que cree que no están dentro de sus restricciones, deje de trabajar inmediatamente y contacte a su supervisor.

Firme a continuación aceptando o rechazando esta oferta y devuélvalo a nuestra oficina antes del (mes / día / año *). Si no recibimos noticia suya, asumiremos que ha rechazado esta oferta. **El rechazo de esta oferta puede afectar su derecho o la cantidad de beneficios de ingresos temporales.**

Firma del empleado – Aceptando la oferta Fecha

Firma del empleado – Rechazando la oferta Fecha

Sinceramente,

Nombre,
 Título,
 Compañía



Ejemplo de descripción del trabajo con requisitos físicos y de tiempo

Esta posición conllevará estas tareas específicas de acuerdo con sus restricciones de servicio modificadas:

- Recuento médico y grabación
 - Requiere sentarse y / o estar de pie hasta 3 horas por día
 - Requiere agarrar / apretar y levantar objetos de menos de 10 libras
- Cocinar y supervisar la cocina y limpiar
 - Requiere estar de pie / caminar hasta 2 horas
 - Requiere agarrar / apretar y levantar objetos de menos de 10 libras
 - Requiere alcanzar entre el nivel del ojo y el muslo
 - Otros empleados y / o clientes estarán disponibles para tareas fuera del rango de movimiento
- Haciendo mandados
 - Manejar para transportar personas, lo que requerirá menos de 1 hora de estar sentado/caminar
 - Recoger artículos del supermercado/artículos para el hogar, que requieren caminar y sentarse menos de 1 hora
 - Agarrar, apretar, y levantar objetos de menos de 10 libras. Las bolsas pesaran menos de 10 libras
 - Alcanzar entre el nivel del ojo y el muslo
- Completar papeleo y archivar
 - Sentado y hasta una hora y flexión de muñeca
- Supervisar a los clientes atendiendo a su higiene personal
 - De pie y alcanzar a la altura del brazo, menos de una hora por día
- Limpieza ligera y supervisión de clientes haciendo tareas domesticas
 - Limpiar polvo a nivel entre cuello y cadera
 - Limpiar ventanas y alfeizares entre un área de la altura del cuello y la altura de la cadera
- Enseñanza de habilidades del cliente
 - Requiere estar sentado y de pie hasta 8 horas por dia

Sus restricciones de trabajo incluyen lo siguiente:

- No doblar / encorvarse
- No empujar / tirar
- No trabajar en alturas
- No alcanzar sobre la cabeza
- No levantar / recoger más de 10 libras



Lista de verificación para hacer una oferta de empleo de buena fe

Para ser de buena fe, la oferta debe cumplir con los requisitos establecidos por el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores, en la regla 129.6.

La División estableció estos requisitos porque hacer una oferta de empleo de buena fe puede afectar los beneficios de ingresos de un trabajador lesionado. Como empleador, extender una oferta de buena fe significa darle a su empleado la oportunidad de volver al trabajo. Al decidir si una oferta es de buena fe, la División considera lo siguiente:

- ¿Está la oferta por escrito?
- ¿La oferta especifica la ubicación en la que trabajará el empleado, incluida la dirección completa?
- ¿La oferta establece el salario que se pagará al empleado?
- ¿La oferta contiene una descripción de las tareas físicas y los requisitos de tiempo que conlleva el puesto?
- ¿El horario de trabajo es similar al que el empleado trabajó antes de la lesión?
- ¿La carta contiene la declaración "solo asignaré tareas consistentes con las habilidades físicas, el conocimiento y las habilidades del empleado"?
- ¿La oferta contiene una declaración de que el empleador "proporcionará capacitación si es necesario"?
- ¿Está la oferta en una ubicación que sea geográficamente accesible para el empleado, incluida la ubicación del trabajo y la disponibilidad de transporte?
- ¿Es la oferta consistente con la certificación del médico de las habilidades laborales del empleado?
- ¿Se comunicó la oferta por escrito al empleado con todos los requisitos anteriores incluidos?
- ¿La oferta permanece abierta durante al menos 7 días después de que el empleado recibió la carta?
- ¿Esta adjunto el reporte de capacidad de trabajo (DWC-73) en el que se basa la oferta?

Una vez que se complete la carta y haya sido revisada por Texas Mutual, envíe la oferta al trabajador lesionado por correo certificado con el recibo solicitado y por correo postal. Adicionalmente, envíe una copia de la carta y el recibo por correo a la dirección de correo electrónico, dirección postal o número de fax que se indica a continuación.

Correo electrónico: claimdocs@texasmutual.com

Correo: Texas Mutual Insurance Company
PO Box 12029
Austin, TX 78711-2029

Fax: (512) 224-3889