



Notificacion De Oferta De Trabajo Temporal

Nombre del Empleado:	Num. Del Reclamo:
Nombre del Empleador:	Fecha del Accidente:

Estimado(a) Señor(a):

Su medico, Dr(a) _____, le ha autorizado para regresar a trabajo limitado y temporal conforme con las siguientes limitaciones (o vea la nota medica adjunta):

Le hemos identificado un trabajo temporal a cual su medico ha determinado que usted tenga la capacidad fisica para desempeñar. La disponibilidad de ese trabajo será periodicamente re-evaluada ya que el puesto no es permanente. Este trabajo es:

Le pedimos de presentarse para trabajar:

Fecha:

Hora:

Favor de presentarse a:
Dirección:

Horas por dias anticipadas:

Dias por semana anticipados:

Salario: _____. En caso que su salario es menos que 80% de su salario regular, calificaría Ud. para recibir ingresos perdidos de la Compañía de Aseguranza Zenith.

En el caso que ud. Reciba esta carta despues del día de presentarse al trabajo, tiene 24 horas para llamar al:

Si usted no se presente al trabajo podría afectar su derecho a recibir beneficios de incapacidad temporal.

Deseamos verlo al trabajo y que se recupere lo mas pronto posible.

Atentamente,

Nombre del Empleador

Fecha