



Instrucciones

Complete este formulario o uno equivalente por cada oferta de empleo de transición que se le realice a un empleado que se reincorpora al trabajo con restricciones y con una fecha de lesión durante el periodo de bonificación. Envíe el formulario completo a su organización de atención administrada (managed care organization, MCO); use el número de fax de la MCO que figura en la página dos.

Información del empleador

Form with fields: Nombre de la compañía, Número de teléfono del empleador, Número de póliza, Nombre del empleado, Número de reclamo, Fecha de la lesión, Cargo laboral

Oferta laboral de transición

Form with text: El \_\_\_\_\_ su médico registrado/tratante \_\_\_\_\_ Nombre del médico. Fecha. le ha dado el alta para que se reincorpore al trabajo con restricciones. Le ofrecemos la oportunidad de participar en nuestro plan de trabajo en transición de acuerdo con las restricciones que su médico le indicó comenzando el \_\_\_\_\_ Fecha de comienzo del programa. [ ] Aceptación del empleado [ ] Negativa del empleado

Acuso de recibo del empleador

Certifico que la información que antecede es correcta según mi leal saber y entender. Soy consciente de que cualquier persona que, a sabiendas, realice un falso testimonio, tergiversar, oculte un hecho o lleve a cabo cualquier otro acto fraudulento para obtener pagos según lo dispone BWC o que, con conocimiento, acepte pagos a los cuales no tenga derechos, estará sujeta a acciones penales y puede, de acuerdo con las disposiciones penales pertinentes, ser punible con una multa, encarcelamiento o ambos.

Form with fields: Nombre en letra de molde del empleador, Cargo, Firma del empleador (with X), Fecha de la firma

Acuerdo del empleado

Acuerdo participar en actividades de trabajo de transición según las restricciones indicadas por mi médico tratante. Certifico que la información que antecede es correcta según mi leal saber y entender. Soy consciente de que cualquier persona que, a sabiendas, realice un falso testimonio, tergiversar, oculte un hecho o lleve a cabo cualquier otro acto fraudulento para obtener pagos según lo dispone BWC o que, con conocimiento, acepte pagos a los cuales no tenga derechos, estará sujeta a acciones penales y puede, de acuerdo con las disposiciones penales pertinentes, ser punible con una multa, encarcelamiento o ambos.

Form with fields: Nombre en letra de molde del empleado, Firma del empleado (with X), Fecha de la firma

Verificación del acuerdo

Complete esta sección solo si no puede obtener una firma del empleado luego de que se haya reincorporado al trabajo satisfactoriamente por uno de los motivos que se establecen a continuación:

- [ ] Problema de comunicación [ ] Negativa a firmar [ ] Rescisión [ ] Empleo temporal [ ] Renuncia [ ] Estudiante/becario [ ] Otro \_\_\_\_\_

Adjunte el comprobante de cumplimiento de horario/talón de pago del empleado para verificar la reincorporación real al trabajo.



**Instrucciones**

Complete este formulario o uno equivalente por cada oferta de empleo de transición que se le realice a un empleado que se reincorpora al trabajo con restricciones y con una fecha de lesión durante el periodo de bonificación. Envíe el formulario completo a su organización de atención administrada (managed care organization, MCO); use el número de fax de la MCO que figura a continuación.

<b>Número de fax de la MCO para enviar la información médica</b>		
<b>1-888-OHIOCOMP</b>	216-426-0651	888-644-7339
<b>3-HAB</b>	513-221-2008	800-869-1872
<b>AultComp MCO Inc.</b>	330-830-4900	877-738-0058
<b>CareWorks</b>		888-711-9284
<b>CompManagement Health Systems Inc.</b>		800-334-4229
<b>Comp One</b>	330-259-0095	877-283-0921
<b>CorVel OhioMCO, Inc.</b>		877-677-6756
<b>GENEX Care for Ohio</b>		888-275-9719
<b>Health Management Solutions</b>	614-799-0869	888-303-6294
<b>Occupational Health Link</b>	614-825-1459	888-240-6381
<b>Sheakley UniComp</b>	513-326-8005	888-626-2667
<b>Spooner Medical Administradores, Inc.</b>	440-899-2411	800-542-9480
<b>The Health Plan</b>		877-847-6927
<b>University Hospitals CompCare</b>		800-654-3849
<b>Workstar Health Services</b>		877-474-1440