



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		
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

El _____ su médico registrado/tratante _____
Fecha Nombre del médico

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 _____

Aceptación del empleado Negativa del empleado _____ Fecha de comienzo del programa

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.

Nombre en letra de molde del empleador	Cargo
Firma del empleador 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.

Nombre en letra de molde del empleado	
Firma del empleado 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.

Managed care organization	Phone number	Fax number	Email address
Minute Men OhioComp	216-426-0651	888-644-7339	10041-1-888-ohiocomp@exchange.state.oh.us
3-HAB	800-869-1871 x3206	513-985-1381	info@3hab.com
Ault Comp MCO Inc.	330-830-4900	877-738-0058	aultcompmco@aultcompmco.com
Sedgwick MCO		888-627-0074	Injury.incident@sedgwickmco.com
CorVel Ohio MCO, Inc.		877-677-6756	
GENEX Care for Ohio		888-275-9719	genexcareforohio@genexservices.com
ProMedica Medical Management	614-799-0869	888-303-6294	
Occupational Health Link	614-825-1459	888-240-6381	
Sheakley UniComp	513-618-1249	888-626-2667	mco@sheakley.com
Spooner Medical Administrators, Inc.	440-899-2411	800-542-9480	clientservices@spoonermai.com