

Trabajador Preferido Acuerdo de Sueldo Subsidiado (Preferred Worker Wage Subsidy Agreement)

Para más información mire OAR 436-110-0335; 436-110-0336; 436-110-0337. Si tiene preguntas o necesita asistencia, llame al Programa del Trabajador Preferido 503-947-7588 o al número gratuito 1-800-445-3948; fax 503-947-7581.

(See OAR 436-110-0335; 436-110-0336; 436-110-0337 for more information. If you have questions or need more help, contact the Preferred Worker Program by phone 503-947-7588 or 800-445-3948 (toll-free); fax 503-947-7581.)

Empleador (Employer)

Nuevo empleador ☐
(New employer)

Empleador donde se lesionó ☐
(Employer at injury)

Nombre legal (Legal name)

Nombre comercial (Doing business as)

Dirección completa (calle/casilla postal, ciudad, estado, código postal) (Complete address - street/P.O. Box, city, state, ZIP)

Teléfono (Phone)

Correo electrónico (Email)

Persona(s) de contacto (Contact person(s))

Número de identificación de impuesto federal
(Federal tax ID no)

Fecha en la que el trabajador empezó a trabajar
(Date worker started job)

Título del trabajo del empleado (Worker's job title)

Trabajador (Worker)

Nombre (Name)

Dirección completa (calle/casilla postal, ciudad, estado, código postal) (Complete address - street/P.O. Box, city, state, ZIP)

Teléfono (Phone)

Correo electrónico (Email)

Número WCD el frente de (WCD no.)
(vea el número en la tarjeta del trabajador preferido) (see front of Preferred Worker card)

Estimado de la cantidad del sueldo subsidiado (Nota: Este es solamente un estimado. El reembolso al empleador será en base al salario bruto pagado durante el período de este acuerdo):

(Estimate of wage subsidy amount [Note: This is only an estimate. Reimbursement to the employer will be based on gross wages actually paid during this agreement period.]):

- a) **Salario bruto** estimado que se pagará al trabajador en 183 días calendario. Al hacer el estimado de los salarios asegúrese de incluir aumentos esperados, días feriados, ausencia pagada, sobretiempo, etc.
(**Estimated gross wages** to be paid the worker in 183 calendar days.
When estimating wages, include expected raises, holiday pay, paid leave, overtime, etc.) \$ _____
- b) El total de (a) dividido para 2 es igual al estimado del reembolso total
(Line (a) divided by 2 equals the estimated total reimbursement) \$ _____
- c) Fecha que prefiere empezar el sueldo subsidiado:
(Date you prefer the wage subsidy to start): _____

*Con nuestras firmas, estamos de acuerdo con las condiciones en la página 3 de este formulario.
(By our signatures, we agree with the conditions on page 3 of this form.)*

Firma del trabajador* (Worker signature) *	Fecha (Date)	Firma del empleador (Employer signature)	Fecha (Date)
*No es requerida si la solicitud es iniciada por el empleador donde se lesionó (*Not required if request is initiated by employer at injury)			

(Este acuerdo no es válido hasta que sea firmado por un representante autorizado de la División de Compensación para Trabajadores).

(This agreement is not valid until signed by an authorized representative of the Workers' Compensation Division.)

WCD USE ONLY		Data entry
Wage subsidy effective dates: Start date: _____ End date: _____		
Program approval	Date	

CONDICIONES DEL ACUERDO (CONDITIONS OF THIS AGREEMENT)

El empleador (The employer will):

- 1) Mantendrá cobertura de seguro de compensación para trabajadores mientras que el empleador sea un empleador sujeto como está definido en ORS 656.023. (Maintain Oregon workers' compensation insurance coverage as long as the employer is a subject employer as defined by ORS 656.023.)
- 2) Empleará al trabajador de acuerdo a las mismas prácticas, políticas y acuerdos que correspondan a todos los trabajadores. (Employ the worker according to the same business practices, policies, and agreements affecting all other employees.)
- 3) Obtendrá la firma del trabajador en solicitudes no iniciadas por el empleador donde se lesionó. (Get the worker's signature on requests not initiated by the employer at injury.)
- 4) Presentará una *Solicitud de Reembolso del Sueldo Subsidiado* a la División de Compensación para Trabajadores (WCD) para obtener reembolso. **Todas las solicitudes deben ser presentadas antes de que se cumpla un año de la fecha de terminación del acuerdo o el reembolso no será pagado.** (Submit a completed *Wage Subsidy Reimbursement Request* to the Workers' Compensation Division (WCD) to obtain reimbursement. **All requests must be submitted within one year of the agreement end date or reimbursement will not be made.**)
- 5) Reembolsará todos los costos incurridos por la WCD bajo este acuerdo, incluyendo todos los costos legales y honorarios de abogados, si es que la WCD descubre que el empleador falsamente obtuvo asistencia de reempleo, o si la WCD subsecuentemente prevalece en cualquier acción legal contra el empleador con relación a este acuerdo. (Repay all costs WCD incurred under this agreement, including all legal costs and attorney fees, if WCD finds the employer falsely obtained re-employment assistance or if WCD subsequently prevails in any legal action against the employer arising out of this agreement.)
- 6) Si usted es el empleador donde el empleado se lesionó presente una carta de oferta de trabajo firmada por el trabajador junto con esta solicitud. (Para ver un ejemplo de una Carta de Oferta de Trabajo para un Trabajador Preferido, Forma 4903, viste: <http://wcd.oregon.gov/forms/Pages/forms.aspx>.) (If you are the employer at injury, submit a job offer letter signed by the worker with this request. [To see an example of the Preferred Worker Job Offer Letter, Form 4903, go to <http://wcd.oregon.gov/forms/Pages/forms.aspx>.])

La División de Compensación para Trabajadores (The Workers' Compensation Division will):

- 1) Reembolsará al empleador 50 por ciento del salario bruto pagado al trabajador por 183 días. Si el trabajador tiene una incapacidad excepcional como está definido en OAR 436-110-0005, el sueldo subsidiado será por 365 días con un reembolso de 75 por ciento. (Reimburse the employer 50 percent of the gross wages paid the worker for 183 days. If the worker has an exceptional disability as defined in OAR 436-110-0005, the wage subsidy duration is 365 days with a reimbursement rate of 75 percent.)
- 2) Se reserva el derecho de visitar el lugar de trabajo y de inspeccionar y copiar los récords del empleador para verificar el empleo del trabajador y de otra manera determinar el cumplimiento con este acuerdo. (Reserve the right to visit the worksite and to inspect and copy employer records to verify employment of the worker and otherwise determine compliance with this agreement.)
- 3) Terminará este acuerdo en cualquier momento por medio de una notificación escrita al empleador y al trabajador. (End this agreement at any time by written notice to the employer and the worker.)

Después de firmar este acuerdo (After signing this agreement):

Enviarlo por fax a (Fax to): 503-947-7581 o (or)

Enviarlo por correo a (Mail to): Preferred Worker Program, 350 Winter St. NE, P.O. Box 14480, Salem, OR 97309-0405