

Trabajador Preferido

Acuerdo de Creación de Area de Trabajo

(Preferred Worker Worksite Creation Agreement)

Para más información mire OAR 436-110-0345(2)(i). Si tiene preguntas o necesita asistencia, llame al Programa del Trabajador Preferido al 503-947-7588 o al número gratuito 1-800-445-3948; fax 503-947-7581.

(See OAR 436-110-0345(2)(i) 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)

Trabajador (Worker)

Nombre legal (Legal name)

Nombre (Name)

Nombre comercial (Doing business as)

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

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

Teléfono (Phone)

Teléfono (Phone)

Correo electrónico (Email)

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

Número WCD (WCD no.)

(vea el número en el frente de la tarjeta del trabajador preferido) (from front of preferred worker card)

Correo electrónico (Email)

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)

Vendedor (Vendor)	Descripción de la compra propuesta (Description of proposed purchase)	Cantidad (Unit(s)/ amounts)	Precio por unidad (Unit price)	<i>Solo para uso de WCD (WCD use only) Precio Total (Total price)</i>

Cantidad total del acuerdo (Total agreement amount): \$ _____

CONDICIONES DEL ACUERDO (CONDITIONS OF THIS AGREEMENT)

El trabajador y el empleador se mantendrán indemnes a todas las entidades públicas dentro de las limitaciones establecidas en ORS 30.260 y siguientes, o Artículo XI, Secciones 7 y 10 de la Constitución de Oregon, del Estado de Oregon, el departamento y sus oficiales, agentes, empleados, y designados, de cualquier reclamo, demanda, o acciones de cualquier naturaleza que resulte o surja de las actividades del trabajador o empleador o de sus designados, agentes o empleados bajo este acuerdo. (The worker and employer will hold harmless all public entities within the limitations of ORS 30.260 et seq. or Article XI, Sections 7 and 10 of the Oregon Constitution, the State of Oregon, the department, and its officers, agents, employees, and assignees, from any claims, suits, or actions of any nature resulting from or arising out of the activities of the worker or employer or their designees, agents, or employees under this agreement.)

El empleador (The employer will):

- 1) Mantendrá cobertura de seguro de compensación para trabajadores mientras 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 con los términos de las practicas, normas y acuerdos comerciales del empleador, que rigen a todos los demás empleados. (Employ the worker according to the terms of the employer's business practices, policies, and agreements affecting all other employees.)
- 3) Pagará todos los costos incurridos por la División de Compensación para Trabajadores (WCD) en virtud de este acuerdo, incluyendo todos los costos legales y honorarios de abogados, si WCD encuentra que el empleador falsamente obtuvo asistencia de re-empleo, o si WCD posteriormente prevalece en cualquier acción legal contra el empleador que surja de este acuerdo. (Repay all costs incurred by the Workers' Compensation Division (WCD) 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.)

- 4) Si usted es el empleador donde la lesión ocurrió, presente esta forma junto una carta de oferta de trabajo firmada por el trabajador. (Para ver un ejemplo de la Carta de Oferta de Trabajo, Forma 4903, visite <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 Preferred Worker Job Offer Letter, Form 4903, go to <http://wcd.oregon.gov/forms/Pages/forms.aspx>.])

El Trabajador (The worker will):

- 1) Seguirá las mismas prácticas, normas y acuerdos comerciales que rigen a todos los empleados del mismo empleador. (Follow the same business practices, policies, and agreements affecting all other employees of the same employer.)
- 2) Estará sujeto a sanciones bajo OAR 436-110-0900 si intencionalmente el trabajador presenta información errónea o de otra manera falsamente obtiene asistencia bajo este acuerdo. (Be subject to sanctions under OAR 436-110-0900 if the worker has knowingly misrepresented information or otherwise falsely obtained assistance under this agreement.)

La División de Compensación para Trabajadores se reserva el derecho de (The Workers' Compensation Division reserves the right to):

- 1) Pagar solamente por los artículos comprados bajo este acuerdo. (Pay only for items purchased under this agreement.)
- 2) Visitar el lugar de trabajo e inspeccionar y copiar los registros del empleador para verificar el empleo del trabajador y determinar el cumplimiento de este acuerdo. (Visit the worksite and to inspect and copy employer records to verify employment of the worker and otherwise determine compliance with this agreement.)
- 3) Finalizar en cualquier momento este acuerdo mediante notificación escrita al empleador y al trabajador. (End this agreement at any time by written notice to the employer and the worker.)

Certificamos que el trabajador necesita estos artículos para realizar el trabajo para el cual el empleador lo está contratando. Los artículos no son provistos por el empleador. Entendemos que estas compras pasarán a ser propiedad del empleador. Si el lugar del trabajo del trabajador es con un tercero, estos artículos pasaran a ser propiedad del empleador del lugar de trabajo. WCD no es responsable de las lesiones o daños causados por cualquier compra adquirida para la creación de un lugar de trabajo. (We certify that the worker needs the items listed in this agreement to perform the job for which the employer is hiring them. The items are not provided by the employer. We understand that these purchases will become the employer's property. If the worker's worksite is with a third party, these items will become the property of the worksite employer. WCD is not responsible for injuries or damages caused by any worksite creation purchase.)

☐ *Si a marcado este casillero, todos los artículos listados en la página 2, pasaran a ser propiedad del empleador del lugar de trabajo. (If checked, all items listed on page 2 will become the property of the worksite employer.)*

Firma del Trabajador* (Worker signature*)

Fecha (Date)

Firma del Empleador (Employer signature)

Fecha (Date)

**No se requiere la firma si el acuerdo es iniciado por el empleador donde se lesione
(*Not required if initiated by employer at injury)*

Firma del Empleador (cliente de la empresa de arrendamiento de trabajadores
(Worksite employer's signature [worker leasing company's client])

Título (Title)

Fecha (Date)

Envíe por Fax a (Fax to) 503-947-7581, o (or)

Envíe por correo a (Mail to) Preferred Worker Program, P.O. Box 14480, Salem, OR 97309-0405

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 WCD.)

WCD USE ONLY

Maximum approved under this agreement \$ _____

Effective date: _____ End date: _____

Program approval

Date

Data entry