

Physical Job Description	
Title	
Job Description	
Typical Work Conditions	
Equipment Used	
Knowledge/Training	
Essential Tasks	

Physical Demands Summary									
Activity	Frequency				Activity	Frequency			
	N	O	F	C		N	O	F	C
Lift/Carry:					Twist/Turn				
10 Lbs. or less					Climb				
11-20 Lbs.					Crawl				
21-50 Lbs.					Reach Above Shoulder				
51-100 Lbs.					Reach Outward				
100+ Lbs.					Handling/Fingering				
					Stand				
Push/Pull:					Walk				
12 Lbs. or less					Sit				
13-25 Lbs.									
26-40 Lbs.									
41-100 Lbs.					Drive:				
					Automatic				
					Standard				
Bend									
Squat/Kneel					Type/Keyboard				

KEY: N = Never
O = Occasional; 1-33% of time
F = Frequent; 34-66% of time
C = Constant; 67-100% of time

WITNESS INCIDENT REPORT FORM

I, _____,
Yo, _____,
(Witness' Name/Nombre de Testigo) (Witness' Title/Título de Testigo)

make the following declaration:
hago la siguiente declaración:

about the incident on
sobre el incidente del _____
(Incident Date/Fecha del Incidente)

at approximately
aproximadamente a las _____.
(Incident Time/Hora del Incidente)

Location of incident
Localidad del incidente: _____

Location of witness at time of incident/ Localidad de testigos al tiempo del incidente: _____

Witness observations/observaciones de testigos:

1. Describe what the employee(s) was/were doing when the incident occurred, as well as the tools, equipment, or material the employee(s) was/were using/Describe que es lo que estaba(n) haciendo el/los empleado(s) cuando ocurrió el incidente, así también como las herramientas, equipo, o material que el/los empleado(s) esta(n) usando: _____

2. Describe what happened (How did the incident occur?)/describa lo que pasó (¿Cómo ocurrió el incidente?): _____

3. Describe the object(s) or substance(s) that harmed the employee(s)/describa el/los objeto(s) o substancia(s) que dañaron al/los empleado(s): _____

4. Who or what caused the incident?/¿Quién o que causó el incidente? _____

I have read the above statement and declare under penalty of perjury that it is true and correct to the best of my knowledge and belief.

He leído esta declaración y declaro bajo pena de juramento que es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento y creencia.

Executed on _____ at _____
Ejecutada en _____ a las _____.

Signature
Firma _____

TEMPORARY JOB OFFER LETTER

Employee Name _____

Date: _____

Address _____

City, _____ State, _____ Zip _____

Dear Employee Name:

Your attending physician, _____, has released you for modified work. We have found for you a temporary position that your physician believes you can perform. The availability of this position will be periodically reviewed.

The job is _____

Your physician has placed these restrictions on you: _____

While working in this position, you will receive wages of \$ _____ per (hour/week/two weeks/half-month). Our workers' compensation carrier will prorate, subject to statutory limits, your workers' compensation benefits if this wage rate is less than your regular wage rate.

The company request that you report to work on:

Date: _____

Hours per day/week: _____

Time: _____

Duration of job: _____

Report to: _____

Phone: _____

Location: _____

If you receive this letter after the report to work date, you have 24 hours to contact: _____

Sincerely,

Company Representative

I have read and understand the above information. I accept this job as offered.

Yes No _____
Employee's Signature Date

(Note: Send this letter by certified and regular mail, or have the employee come to the office to sign and date it.)

Descripción Física del Trabajo	
título	
Descripción del Trabajo	
Condiciones Típicas del Trabajo	
Equipo Utilizado	
Conocimiento/Entrenamiento	
Tareas Fundamentales	

Resumen de las Demandas Físicas									
Actividad	Frecuencia				Actividad	Frecuencia			
	N	O	F	C		N	O	F	C
Levantar/Cargar:					Torcerse/Voltrear				
10 Lbs. o menos					Subir				
11-20 Lbs.					Gatear				
21-50 Lbs.					Alance Sobre Hombros				
51-100 Lbs.					Alcance Afuera				
100+ Lbs.					Manejo/Manoseo				
					Parado				
Empujar/Jalar:					Caminar				
12 Lbs. o menos					Sentado				
13-25 Lbs.									
26-40 Lbs.									
41-100 Lbs.					Conducir:				
					Automático				
					Estándar				
Doblarse									
En Cuclillas/de Rodillas					Escribir a Maquina/Teclado				

CLAVE: N = Nunca
O = Ocasional; 1-33% del tiempo
F = Frecuente; 34-66% del tiempo
C = Constante; 67-100% del tiempo

FORMA DE REPORTE DE INCIDENTE DEL TESTIGO

Yo _____, _____ hago la siguiente declaración
(Nombre del Testigo) (Título del Testigo)

sobre el incidente del _____ aproximadamente a las _____
(Fecha del Incidente) (Hora que ocurrió el incidente)

Localidad del Incidente: _____

Donde se encontraba el testigo a la hora del incidente: _____

El testigo observo lo siguiente:

1. Describa que estaba(n) haciendo el/los empleado(s), así también como las herramientas, equipo o materiales que el/los empleado(s) estaba(n) usando: _____

2. Describa lo que pasó (¿cómo ocurrió el incidente?): _____

3. Describa que objeto(s) o substancia(s) dañó al/los empleado(s): _____

4. ¿Quién o que causó el incidente?: _____

Yo he leído la declaración de arriba y declaro bajo pena de juramento que es verdadera y correcta a mi mejor conocimiento y creencia.

Ejecutado este _____ en _____

Firma

CARTA DE OFERTA DE EMPLEO TEMPORAL

Nombre del empleado _____

Fecha: _____

Dirección _____

Ciudad, Estado Zona Postal

Estimado Nombre del Empleado:

Su médico particular, _____ le ha dado de alta para trabajo modificado. Nosotros hemos encontrado una posición temporal la cual su médico cree que usted puede desempeñar. La disponibilidad de esta posición se repasará periódicamente.

El trabajo es _____.

Su médico particular le ha puesto estas restricciones usted: _____

Mientras este trabajando en esta posición, usted recibirá un sueldos de \$ _____ por (hora/semana/dos semanas/medio-mes). Nuestro portador del Seguro de Compensación de Trabajadores prorrateará, sujeto a los límites estatutarios, sus beneficios de la Compensación de Trabajadores si esta proporción del sueldo es menos de su proporción del sueldo regular.

La compañía pide que usted se reporte a trabajar el:

Fecha: _____

Horas al día/semana _____

Tiempo: _____

Duración del trabajo: _____

Reportese con: _____

Teléfono: _____

Localidad: _____

Si usted recibe esta carta después de la fecha de reportarse a trabajar, usted tiene 24 horas para comunicarse con: _____

Atentamente,

Representante de la Compañía

Yo he leído y he entendido la información de arriba. Yo acepto este trabajo como se ofreció.

Sí No _____
Firma del Empleado Fecha

(Nota: Envíe esta carta por el correo certificado y regular, o pida al empleado que venga a la oficina para que firme y date la carta.)