**Ejemplo de política del regreso al trabajo**

Esto es un ejemplo de política proporcionada por SAIF como un servicio a sus clientes (asegurados). Es posible que no todas las disposiciones sean aplicables a su negocio. Antes de adoptar alguna parte de esta política para regresar al trabajo, debería obtener asesoramiento legal y consejo.

***(*Nombre de la compañía*)***

**REGRESO AL TRABAJO: EJEMPLO DE POLÍTICA**

**Nota:** este documento no está diseñado como un sustituto de los ajustes razonables bajo ninguna ley federal o estatal aplicable, como la ley estadounidense con discapacidades (*Americans with Disabilities Act*), la ley de rehabilitación de 1973 (*The Rehabilitation Act of 1973*) u otras leyes aplicables.

Para preservar la capacidad de cumplir con las necesidades de la compañía ante condiciones cambiantes, esta compañía se reserva el derecho de revocar, cambiar o complementar las directrices en cualquier momento con aviso por escrito. Las políticas y procedimientos en este programa de regreso al trabajo no tienen la intención de ser compromisos contractuales y no deberán interpretarse como tales por nuestros trabajadores. Esta política no pretende garantizar la continuidad de beneficios o derechos. No se pretende ni se puede inferir trabajo permanente por ningún plazo mediante esta política.

**Objetivos**

(Nombre de la compañía) ha desarrollado una política de regreso al trabajo. Su propósito es reintegrar a los trabajadores al empleo en la fecha más temprana después de cualquier lesión o enfermedad. Deseamos acelerar la recuperación de lesiones o enfermedades y reducir los costos de seguros. Esta política se aplica a todos los trabajadores y se seguirá siempre que sea apropiado.

(Nombre de la compañía) define el trabajo "transicional" como asignaciones de trabajo temporales modificadas dentro de las capacidades físicas, conocimientos y habilidades del trabajador.

Cuando sea factible, se ofrecerán posiciones transicionales a los trabajadores lesionados para minimizar o eliminar la pérdida de tiempo.

Por cualquier razón comercial, en cualquier momento, podemos optar por cambiar el turno de trabajo de cualquier trabajador según las necesidades comerciales de esta compañía.

[Este es un lenguaje opcional que puede incluirse según las necesidades comerciales.]

Los requisitos físicos del trabajo transicional o temporal se proporcionarán al médico tratante. Las posiciones transicionales o temporales se desarrollan considerando las habilidades físicas del trabajador, las necesidades comerciales de (nombre de la compañía) y la disponibilidad de trabajo transicional.

**En caso de un accidente en el trabajo**

Si tienes una lesión relacionada con el trabajo y estás perdiendo tiempo laboral, contacta a nuestro Departamento de Recursos Humanos o Personal (*Human Resources or Personnel Department*), o a SAIF Corporation, para obtener detalles sobre la pérdida de tiempo.

**Asignación de trabajo transicional o temporal**

(Nombre de la compañía) determinará las horas de trabajo, los turnos, la duración y los lugares adecuados para todas las asignaciones laborales. (Nombre de la compañía) se reserva el derecho de determinar la disponibilidad, adecuación y continuidad de todas las asignaciones transicionales y ofertas de trabajo.

**Comunicación**

Es responsabilidad del trabajador y (o) supervisor notificar de inmediato al departamento de personal cualquier cambio relacionado con una asignación de trabajo transicional o temporal. El departamento de personal se comunicará luego con la compañía de seguros y el médico tratante, según corresponda.

**Responsabilidades de trabajadores**

**Reporte de accidentes**

* Un accidente es cualquier evento no planeado que interrumpe las actividades laborales normales y puede o no resultar en lesiones o daños materiales. Todos los accidentes, lesiones y casi accidentes relacionados con el trabajo deben ser reportados inmediatamente al departamento de personal.
* Si ocurre un accidente que **no** requiere tratamiento médico profesional, se debe informar inmediatamente al supervisor para que se pueda completar un análisis del accidente. Si se necesita tratamiento de primeros auxilios, este debe buscarse en el lugar del incidente.
* Si ocurre un accidente que **requiere tratamiento médico profesional**, el trabajador debe seguir el plan de emergencia. El trabajador debe completar el formulario de compensación para trabajadores **801** tan pronto como sea posible.

**Condición física del trabajador**

* Si se busca tratamiento médico profesional, el trabajador debe informar al médico tratante que (nombre de la compañía) tiene un programa de regreso al trabajo con asignaciones de trabajo ligero o modificadas disponibles.
* El trabajador debe obtener un **formulario de autorización para regresar al trabajo** y (o) un formulario de **descripción del trabajo** completado (si está disponible) del departamento de personal. Esto debe proporcionarse al médico tratante y debe ser devuelto al departamento de personal después del tratamiento médico inicial.

**Trabajador capaz de regresar al trabajo**

* Si el médico tratante autoriza al trabajador a regresar al trabajo, como evidencia mediante la culminación de un **formulario de** **autorización para regresar al trabajo** y (o) un **formulario de descripción del trabajo**, dicho(s) formulario(s) deben ser devueltos al departamento de personal dentro de las 24 horas para asignar trabajo ligero o modificado. El trabajador debe presentarse al trabajo a la hora designada.
* El **trabajador no puede regresar al trabajo sin un permiso** del médico tratante.
* Si el trabajador regresa a un trabajo transitorio o temporal, debe asegurarse de no exceder ni las responsabilidades del trabajo ni las restricciones del médico. Si las restricciones del trabajador cambian en cualquier momento, debe notificarlo inmediatamente a su supervisor y entregarle una copia del nuevo permiso médico.

**El trabajador no puede regresar al trabajo**

* Si el trabajador no puede presentarse para cualquier tipo de trabajo, debe llamar al menos una vez por semana para informar sobre su estado médico.
* Mientras esté fuera del trabajo, es responsabilidad del trabajador proporcionar al departamento de personal un número de teléfono actual (ya sea listado o no listado) y una dirección donde se pueda contactar al trabajador.
* El trabajador notificará al departamento de personal dentro de las 24 horas de cualquier cambio en su condición médica.

**Responsabilidades del empleador**

**Reportar accidente**

* El supervisor realizará un análisis de accidentes en todos los casos, independientemente de si ocurre una lesión.
* Cuando ocurra un accidente que resulte en una lesión que requiera tratamiento médico profesional, el departamento de personal enviara un formulario completado de compensación para trabajadores (formulario 801) a la compañía de seguros (aseguradora) dentro de los cinco (5) días calendario desde que se tuvo conocimiento de la lesión o enfermedad.
* Otra información se enviará tan pronto como esté disponible, incluyendo:
  + Nombre del médico tratante del trabajador;
  + **Formulario completado de permiso para regresar al trabajo** del médico tratante y documentación médica, si corresponde;
  + **Descripción del trabajo** transitorio o modificado o regular completada;
  + Carta de **oferta de trabajo** y respuestas.
* El supervisor notificará a la compañía de seguros (aseguradora) cualquier cambio en el estado médico o laboral del trabajador tan pronto como sea posible.

**Tratamiento médico y condición física para tiempo temporal o transitorio**

* Se proporcionará al trabajador un formulario de **autorización para regresar al trabajo** y (o) un completado de **descripción del trabajo** (si está disponible) para que lo lleve al médico tratante para su completación y (o) aprobación.
* En el momento del primer tratamiento médico, se debe completar el formulario de **autorización para regresar al trabajo** y devolverlo al departamento de personal. En caso de que no se haya completado, el departamento de personal solicitará uno al médico tratante.
* El formulario completado de **autorización para regresar al trabajo** será revisado por el departamento de personal. Se puede preparar un formulario temporal o transitorio de **descripción del trabajo** utilizando la información obtenida del médico tratante para su revisión y aprobación.

**Carta de oferta de empleo**

* Una vez recibido un formulario firmado de **descripción del trabajo** temporal o transitorio por parte del médico tratante, el empleador preparara una **carta de oferta** de empleo por escrito. Será enviada por correo regular y certificado a la última dirección conocida del trabajador o presentada al trabajador.
* La carta indicará la aprobación del médico y explicará las responsabilidades del trabajo, la fecha de inicio, el salario, las horas, la duración prevista de la asignación laboral transitoria, el número de teléfono y la ubicación del trabajo transitorio.
* Se pedirá al trabajador que firme en la parte inferior de la **carta de oferta** de trabajo indicando si acepta o rechaza la asignación laboral ofrecida.
* Se enviarán copias de la **descripción del trabajo**, los **permisos para trabajar** y las cartas de **oferta de empleo** a la compañía de seguros (aseguradora).

**Supervisor**

* El supervisor supervisará el rendimiento del trabajador para asegurarse de que no exceda el permiso médico del trabajador.
* El supervisor supervisará el progreso de la recuperación del trabajador mediante contacto regular para evaluar cuándo y con qué frecuencia pueden cambiarse las responsabilidades. El supervisor evaluará la capacidad de la compañía para ajustar las asignaciones de trabajo al recibir cambios en las capacidades físicas.

**Reconocimiento del trabajador**

* Se me ha explicado la política y los procedimientos de regreso al trabajo.
* He leído y comprendiendo completamente todos los procedimientos y responsabilidades.
* Acepto observar y seguir estos procedimientos.
* He recibido una copia de esta política y procedimiento.
* Entiendo que no seguir estos procedimientos puede afectar mis derechos de reempleo, reintegración y asistencia vocacional.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del trabajador Fecha**