



Acuerdo de Compra de Artículos Necesarios para el Empleo del Trabajador Preferido

(Preferred Worker Employment Purchase Agreement)

Si tiene preguntas o necesita asistencia, llame al Programa del Trabajador Preferido en Salem al 503-947-7588; número gratuito 1-800-445-3948; fax 503-947-7581.

(If you have questions or need more help, contact the Preferred Worker Program in Salem, 503-947-7588; toll-free 800-445-3948; fax 503-947-7581.)

Empleador (Employer) _____

Trabajador (Worker) _____

Nuevo empleador Empleador donde se lesionó No empleado
 (New employer) (Employer at injury) (Not employed)

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) _____

Número WCD (WCD no.)
(número de tarjeta de trabajador preferido) (from front of Preferred Worker card)

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

Trabajo al tiempo de la lesión (Job at the time of injury) _____

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

Fecha en que el trabajador empezó este trabajo
 (Date the worker started this job) _____

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

Vendedor (Vendor)	Descripción de la compra propuesta (Description of proposed purchase)	Número de unidades (Unit(s)/ amounts)	Precio por unidad (Unit price)	Para uso de la WCD (WCD use only) Precio Total (Total price)

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

Nota: Este acuerdo no puede ser aprobado a menos que usted firme al reverso de esta forma.
 (Note: This agreement cannot be approved unless you sign the back of this form.)

**CONDICIONES DE ESTE ACUERDO
(CONDITIONS OF THIS AGREEMENT)**

El Empleador (The employer will):

- 1) Mantendrá cobertura de seguro de compensación para trabajadores de Oregon, mientras sea un empleador sujeto como está definido por 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, pólizas, y acuerdos aplicables al resto de empleados. (Employ the worker according to the same business practices, policies, and agreements affecting all other employees.)
- 3) Reembolsará todos los costos incurridos por la División de Compensación para trabajadores (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 re-empleo o si la WCD prevalece en cualquier acción legal surgida de este acuerdo en contra el empleador. (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 al momento de la lesión, presente una carta de oferta de trabajo con esta petición. (Para ver un ejemplo de una Carta de Oferta de Trabajo para un Trabajador Preferido, Forma 4903, visite: www.wcd.oregon.gov/policy/bulletins/forms.html.) (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 www.wcd.oregon.gov/policy/bulletins/forms.html.)

El trabajador (The worker will):

- 1) Seguirá las mismas prácticas, pólizas, y acuerdos que sean aplicables al resto de empleados del mismo empleador. (Follow the same business practices, policies, and agreements affecting all other employees of same employer.)
- 2) Estará sujeto a sanciones bajo OAR 436-110-0900 si intencionalmente el trabajador presenta información errónea o de otra manera falsa 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.)
- 3) Usará los artículos comprados para encontrar un trabajo, si es que este es un acuerdo antes del empleo. (If this is a pre-employment agreement, use purchases to find a job.)

////

////

////

////

////

////

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

- 1) Pagar sólomente por artículos comprados bajo este acuerdo. (Pay only for items purchased under this agreement.)
- 2) Visitar el lugar de trabajo y copiar e inpeccionar récords del empleador para verificar el empleo del trabajador y de otra manera determinar el cumplimiento con este acuerdo. (Visit the worksite and inspect and copy employer records to verify employment of the worker and otherwise determine compliance with this agreement.)
- 3) Terminar 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.)

Por consiguiente nosotros certificamos que los artículos listados en este acuerdo no son provistos por el empleador y son requeridos para que el trabajador encuentre trabajo o realice el trabajo para el que está siendo empleado. Entiendemos que los mismos artículos se convierten en propiedad del trabajador y que la WCD no tiene ninguna responsabilidad por lesiones o daños causados por ninguno de los artículos adquiridos para dicho empleo.
(We hereby certify that the items listed in this agreement are required for the worker to find a job, or to perform a job for which the worker is being employed and are not provided by the employer. We understand that these employment purchases will become the worker's property, and that WCD has no liability for injuries or damages caused by any employment purchase.)

Firma del trabajador (Worker signature)*	Fecha (Date)	Firma del Empleador (Employer signature)*	Fecha (Date)
<small>*No requerido si tiene las iniciales del empleador donde se lesionó (*Not required if initiated by employer at injury)</small>		<small>*No requerido si no está empleado (*Not required if not employed)</small>	

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

Enviarlo por fax al (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

*Este acuerdo no es válido hasta que haya sido firmado por un representante autorizado de la WCD.
 (This agreement is not valid until signed by an authorized representative of WCD.)*

WCD USE ONLY		Data entry
Maximum approved under this agreement	\$ _____	
Effective date: _____	End date: _____	
Program approval _____	Date _____	