

ACUERDO DE PAGO ÚNICO PARA REHABILITACIÓN

El empleado lesionado (**insertar el nombre del empleado lesionado**), (de aquí en adelante **“empleado lesionado”**), (**insertar “a través de 'su' abogado”**), y (**insertar el nombre de la aseguradora**), a través de su asesor de rehabilitación (**insertar el nombre del asesor de rehabilitación**), de conformidad con el capítulo 616C.595 de los Estatutos Revisados de Nevada (NRS), acuerdan lo siguiente:

1. Las partes desean celebrar un acuerdo respecto al pago de la compensación en un pago único en lugar de recibir servicios de rehabilitación vocacional, tal como se establece en el capítulo 616C.595 de los NRS.

2. (**Insertar el nombre de la aseguradora**) ha determinado que el empleado lesionado es elegible para recibir servicios de rehabilitación conforme al capítulo 616C.590 de los NRS.

3. El empleado lesionado reconoce que (**insertar el nombre de la aseguradora**) ha proporcionado la evaluación y el asesoramiento vocacionales requeridos para él tal como lo exige el capítulo 616C.595(3)(a) de los NRS.

4. (**Insertar el nombre del asesor de rehabilitación o insertar “Employers Insurance Company of Nevada” si el empleador está asegurado por Employers Insurance Company of Nevada**) ha consultado con el empleador del empleado lesionado respecto a este pago único.

5. El empleado lesionado solicita y acepta el pago de la compensación en un pago único en lugar de los servicios de rehabilitación, por la cantidad de (**insertar cantidad escrita en dólares**) **dólares** (**insertar cantidad en dólares en números arábigos**) que se abonarán en un pago único.

6. El empleado lesionado reconoce que la aceptación de este monto de pago único es un pago que reemplaza cualquier beneficio o servicio de rehabilitación adicional relacionado con esta reclamación.

7. El empleado lesionado reconoce que le han informado que un médico o quiropráctico lo autorizó a trabajar, con las siguientes limitaciones físicas:

- a. (**Insertar limitación**)
- b. (**Insertar limitación**)
- c. (**Insertar limitación**)

8. El empleado lesionado reconoce que este pago único para rehabilitación se debe utilizar específicamente para desarrollar y obtener un trabajo adecuado dentro de las limitaciones físicas establecidas en el párrafo 7 o en lugar de los servicios adicionales de rehabilitación vocacional.

9. El empleado lesionado reconoce que la aseguradora le ha recomendado que solicite la asistencia y el asesoramiento de la Oficina del Abogado de Nevada para Trabajadores Lesionados (Nevada Attorney for Injured Workers, NAIW) o que consulte con un abogado particular antes de firmar este acuerdo. El empleado lesionado (**insertar “tiene la representación de un abogado y ha tenido la oportunidad de analizar los términos de un acuerdo de pago único para rehabilitación con su abogado” o insertar “ha decidido no solicitar asesoramiento legal”, según corresponda**).

D-29(1) (Revisión: 7/99)

10. El empleado lesionado entiende que tiene el derecho legal de cambiar de opinión sobre este acuerdo dentro de los veinte (20) días posteriores a su firma. El empleado lesionado también entiende que no puede renunciar a este período de veinte días. El empleado lesionado entiende además que **(insertar el nombre de la aseguradora)** no puede abonar este pago único hasta veinte días después de la fecha en que el empleado firme este acuerdo.

11. El empleado lesionado entiende y está de acuerdo con que la aceptación del pago único, especificado en el párrafo cinco de este acuerdo, significa que renuncia al derecho de recibir otros servicios o beneficios de rehabilitación vocacional, incluidos los pagos por incapacidad parcial temporal, ahora o en el futuro, en virtud de esta reclamación.

ASÍ SE ACUERDA.

(Insertar el nombre y la dirección de la aseguradora)

FECHADO: **(insertar fecha)**

POR: _____
(Insertar el nombre del asesor de rehabilitación del empleador si el empleador está autoasegurado o insertar “asesor de rehabilitación de Employers Insurance Company of Nevada”)

(Insertar el nombre y la dirección del empleado lesionado)

FECHADO: **(insertar fecha)**

Empleado lesionado

(Insertar el nombre y la dirección del abogado del empleado lesionado e incluir las líneas para la fecha y la firma que siguen a continuación solo si el empleado lesionado tiene la representación de un abogado)

FECHADO: **(insertar fecha)**

POR: _____, abogado
Abogado de (insertar el nombre del empleado lesionado)

DECLARACIÓN JURADA

ESTADO DE (insertar el nombre del estado donde se notarizó) }

ss.

Condado de (insertar el nombre del condado donde se notarizó) }

Yo, (insertar el nombre del empleado lesionado), por el presente juro bajo pena de perjurio que las declaraciones en esta declaración jurada son verdaderas.

1. Se me ha recomendado que solicite los servicios de la Oficina del Abogado de Nevada para Trabajadores Lesionados (Nevada Attorney for Injured Workers, NAIW) o de un abogado particular.

2. (Insertar “Me niego a ser” o “Estoy”) representado por un abogado (insertar el nombre del abogado, si corresponde).

3. He leído el acuerdo estipulado precedente.

4. Entiendo y acepto los términos y las condiciones aquí contenidos.

5. He recibido una explicación completa del presente documento (insertar “y lo he analizado con mi abogado”, si el empleado lesionado cuenta con representación legal, o “y he tenido una reunión con la NAIW”, si el empleado lesionado se reunió con la NAIW) para resolver cualquier duda.

6. Estoy celebrando el acuerdo estipulado de forma voluntaria y sin coacción ni presión de ningún tipo. El declarante no tiene nada más que manifestar.

(Insertar el nombre del empleado lesionado)

SUSCRITO y JURADO ante mí a los

(insertar día del mes) días de (insertar mes) de (insertar año).

NOTARIO PÚBLICO

(SELLO)

D-29(3) (Revisión: 7/99)