



# Acuerdo de responsabilidad

Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_

Número del reclamo: \_\_\_\_\_

Nombre del VRC: \_\_\_\_\_

Número del proveedor: \_\_\_\_\_

## Este documento:

- Proporciona información para tomar una decisión informada sobre los beneficios de capacitación vocacional.
- Explica sus funciones y responsabilidades y las de su Consejero de Rehabilitación Vocacional (VRC).

## Lo que usted necesita hacer:

- Hablar sobre esta información con su VRC.
- Escribir sus iniciales en cada punto.
- Llamar al Departamento si tiene preguntas sobre este documento antes de firmarlo y devolverlo.

## ¿Cuáles son sus opciones?

La Opción 1 es participar en el plan aprobado por L&I.

- Su reclamo permanece abierto.
- Usted recibe beneficios de tiempo perdido mientras dure el plan.

La Opción 2 es un plan que usted mismo desarrolla.

- Su reclamo se cerrará.
- Recibirá una indemnización vocacional equivalente a nueve meses de tiempo perdido.

Tendrá 5 años para usar sus fondos de capacitación.



Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_ Número del reclamo: \_\_\_\_\_  
Nombre del VRC: \_\_\_\_\_ Número del proveedor: \_\_\_\_\_

## Acuerdo de responsabilidad del trabajador

### If I select the training plan (Option 1):

- a. Entiendo que si no cumplo con este acuerdo de responsabilidad y con mi plan de capacitación, los beneficios bajo mi reclamo serán suspendidos o terminados de acuerdo al Código Revisado de Washington (RCW) 51.32.099 o 51.32.096. \_\_\_\_\_ INICIALES
- b. He leído y entendido las políticas de asistencia y desempeño de \_\_\_\_\_ (proveedor de capacitación). \_\_\_\_\_ INICIALES
- c. Participaré totalmente en mi plan de capacitación en cumplimiento con las políticas de asistencia y desempeño del proveedor de capacitación. \_\_\_\_\_ INICIALES
- d. Mantendré todos los registros relacionados con mi plan de capacitación incluyendo los gastos de capacitación y toda correspondencia relacionada, incluyendo (marque todos los que corresponden):  
 Informes de asistencia       Comprobantes de matrícula y horarios de las clases  
 Informes de calificaciones       Recibos de todos los gastos, incluyendo herramientas, equipo y materiales.  
 Comprobantes de millas  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ INICIALES
- e. Notificaré a mi VRC sobre cualquier ausencia a mis clases o plan de capacitación. \_\_\_\_\_ INICIALES
- f. Responderé rápidamente a mi VRC y devolveré todas las llamadas dentro de 48 horas. Entiendo que mi VRC debe comunicarse conmigo por lo menos dos veces al mes. \_\_\_\_\_ INICIALES
- g. Firmaré una autorización para entregar información autorizando a \_\_\_\_\_ (proveedor de capacitación) y a mi VRC para compartir información sobre el progreso de mi capacitación. \_\_\_\_\_ INICIALES
- h. Trabajaré con mi instructor y el VRC si necesito ayuda. Entiendo que el progreso de mi capacitación será supervisado por mi instructor y el VRC. \_\_\_\_\_ INICIALES
- i. Notificaré inmediatamente a mi gerente del reclamo y al VRC si tengo dudas sobre mi habilidad para completar mi plan de capacitación, incluyendo dificultad con los materiales del curso, cambios en las condiciones médicas o restricciones físicas y situaciones en el hogar y familiares. \_\_\_\_\_ INICIALES
- j. Entiendo que se requiere que mi VRC se comunique con mi(s) instructor(es) de capacitación para:  
  - Obtener informes de mi asistencia y participación en el plan.
  - Completar evaluaciones regulares en mi nombre, incluyendo: las habilidades y conocimientos adquiridos, grado de participación, asistencia y grado de rendimiento en el plan de capacitación.\_\_\_\_\_ INICIALES



## Acuerdo de responsabilidad

Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_ Número del reclamo: \_\_\_\_\_  
Nombre del VRC: \_\_\_\_\_ Número del proveedor: \_\_\_\_\_

- k. Participaré en todas las actividades de colocación vocacional, incluyendo preparar solicitudes de empleo, desarrollar un currículum y otras actividades para ayudarme a obtener trabajo. \_\_\_\_\_ INICIALES
- l. Entiendo que el Departamento (L&I) o mi empleador autoasegurado continuará proporcionando todos los beneficios que me correspondan en mi reclamo mientras participo en mi plan de capacitación. \_\_\_\_\_ INICIALES
- m. Entiendo las responsabilidades de mi VRC en este documento. \_\_\_\_\_ INICIALES
- n. Entiendo que es posible que los empleadores requieran una evaluación previa al empleo. Certifico que cumplo con los requisitos de contratación de empleo mencionados abajo donde he puesto mis iniciales.

*Escriba sus iniciales solo en los requisitos que corresponden al objetivo de su capacitación*

\_\_\_\_\_ Historial de conductor \_\_\_\_\_ Informe de antecedentes penales  
\_\_\_\_\_ Prueba de detección de drogas \_\_\_\_\_ Otro (Explique): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ INICIALES

- o. Entiendo que puedo escoger la Opción 2 después de haber comenzado la Opción 1 y que ocurrirá lo siguiente:
- La cantidad gastada durante mi programa de capacitación bajo la Opción 1 será descontada de mi beneficio de capacitación.
  - Cualquier tiempo perdido recibido desde el principio del programa de capacitación bajo la Opción 1 será descontado de mi indemnización vocacional de nueve meses. \_\_\_\_\_ INICIALES

He leído, entendido y estoy de acuerdo con mi plan de capacitación. He discutido la información de este Acuerdo de responsabilidad con mi VRC. Entiendo que debo desempeñar las responsabilidades descritas.

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_

Número del reclamo: \_\_\_\_\_

Nombre del VRC: \_\_\_\_\_

Número del proveedor: \_\_\_\_\_

## Responsabilidad del Consejero de Rehabilitación Vocacional (VRC) durante el plan

### Si el trabajador selecciona el Plan de capacitación (Opción 1):

- a. Revisaré con el trabajador todos los informes, gastos y correspondencia relacionados con el plan de capacitación. Esto incluye los materiales e informes de rendimiento proporcionados por el trabajador y el proveedor de capacitación.
- b. Me comunicaré con el proveedor de capacitación regularmente para revisar el progreso del trabajador. Solicitaré que el proveedor de capacitación proporcione una evaluación por escrito del trabajador con relación a la participación, asistencia y progreso del plan de capacitación.
- c. Me reuniré o comunicaré con el trabajador por lo menos dos veces al mes para revisar el progreso de su plan.
- d. Me informaré sobre las políticas de asistencia y de desempeño establecidas por el proveedor de capacitación y las revisaré con el trabajador dentro de una semana después del comienzo de cada trimestre.
- e. Si el trabajador no coopera, le proporcionaré una notificación oral a L&I inmediatamente seguida de una notificación por escrito y documentación dentro de dos días laborables.
- f. Ayudaré al trabajador con el desarrollo de sus habilidades para buscar trabajo durante la etapa de colocación de empleo del plan de capacitación. Esto incluirá el aprender cómo preparar y enviar cartas de presentación y solicitudes de empleo, desarrollo del currículum, habilidades para entrevistas y otras habilidades para buscar trabajo. También revisaré los resultados de las comunicaciones del trabajador con los empleadores.
- g. Reportaré a L&I el progreso del trabajador según se requiera.
- h. Dentro de las dos semanas antes de finalizar el primer trimestre académico o de los 3 meses de capacitación, discutiré la Opción 2 con el trabajador otra vez y le recordaré su fecha límite para escoger la Opción 2.

He leído y conversado sobre el Acuerdo de Responsabilidad y el plan de capacitación con el trabajador y contestado todas las preguntas.

\_\_\_\_\_  
Firma del VRC

\_\_\_\_\_  
Fecha



Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_ Número del reclamo: \_\_\_\_\_  
Nombre del VRC: \_\_\_\_\_ Número del proveedor: \_\_\_\_\_

## Discusión de la Opción 2

**No estoy escogiendo los beneficios de la Opción 2 en esta fecha.** Estoy discutiendo la opción de participar en mi plan de capacitación o de escoger los beneficios de la Opción 2. Se requiere esta discusión si no he recibido anteriormente los beneficios de la Opción 2 en este reclamo o en cualquier otro.

Si mi plan de capacitación es aprobado, recibiré una carta de aprobación del plan. La carta incluye un Formulario de opción para capacitación que utilizaré para notificarle a L&I si participaré en mi plan de capacitación aprobado (Opción 1) o si seleccionaré un beneficio de capacitación alternativo dirigido por mí mismo (Opción 2).

### Si escojo los beneficios de la Opción 2:

- a. Debo completar el Formulario de opción para un plan de capacitación y enviarlo por correo a L&I. Si no presento este formulario antes de comenzar mi plan de capacitación de la Opción 1, tendré que comenzar mi plan de capacitación de la Opción 1. \_\_\_\_\_ INICIALES
- b. Entiendo que una vez que mi plan sea aprobado, tengo hasta 15 días después del final del primer trimestre académico o de los tres meses de capacitación para escoger mi Opción 2. \_\_\_\_\_ INICIALES
- c. Entiendo que puedo escoger la Opción 2 una sola vez en mi vida. \_\_\_\_\_ INICIALES
- d. Entiendo que mis pagos de tiempo perdido terminarán en la fecha en que mi solicitud para Opción 2 sea aprobada. También entiendo que mi tratamiento médico terminará y que mi reclamo se cerrará. \_\_\_\_\_ INICIALES
- e. Entiendo que recibiré una única indemnización vocacional igual a nueve meses de beneficios de tiempo perdido (menos sobrepagos o gravámenes del Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington, División de Manutención de Niños). Esta indemnización se pagará cada dos semanas hasta que la cantidad de la indemnización se haya pagado o termine mi derecho a recibir beneficios. \_\_\_\_\_ INICIALES
- f. Entiendo que comenzando desde la fecha en que los beneficios de la Opción 2 sean aprobados, tendré hasta cinco años para usar mi fondo de capacitación. \_\_\_\_\_ INICIALES
- g. Entiendo que si escojo la Opción 2 no continuaré con mi plan de capacitación de la Opción 1; sin embargo, podré hacer arreglos de pago con la escuela o programa de capacitación para asistir usando mis beneficios de la Opción 2. \_\_\_\_\_ INICIALES
- h. Entiendo que puedo asistir a cualquier escuela o programa de capacitación con licencia, acreditada o aprobada por L&I. \_\_\_\_\_ INICIALES

**Continúe a la próxima página.**



Nombre del trabajador: \_\_\_\_\_

Número del reclamo: \_\_\_\_\_

Nombre del VRC: \_\_\_\_\_

Número del proveedor: \_\_\_\_\_

## Discusión de la Opción 2 (Continuación)

- i. Entiendo que puedo usar mis fondos para capacitación en los gastos siguientes: \_\_\_\_\_ INICIALES
- Matrícula o costos de capacitación para programas o cursos aprobados.
  - Libros, tarifas, materiales, equipo o herramientas requeridos para el programa o curso.
  - Cuidado de niños o dependientes en establecimientos con licencia mientras asisto a los programas o cursos aprobados.
  - Hasta un 10 por ciento del fondo de capacitación para asesoría vocacional y/o servicios de colocación para empleos.
- j. Entiendo que la Opción 2 será un programa de capacitación dirigido por mí mismo. L&I no proporcionará un VRC para ayudarme a planear u organizar mi capacitación. Sin embargo, podré usar hasta 10 por ciento del fondo de capacitación para asesoría vocacional y/o servicios de colocación para empleos. Seré responsable de encontrar una escuela o programa de capacitación, inscribirme para clases y seguir los procedimientos adecuados para poder usar mis fondos para capacitación. \_\_\_\_\_ INICIALES
- k. Entiendo que los fondos para mi capacitación no pueden usarse para capacitación en el trabajo, trabajo independiente, modificaciones de trabajo, hospedaje, gastos de mudanza o transportación (incluyendo millas y estacionamiento). \_\_\_\_\_ INICIALES
- l. Entiendo que no puedo usar los fondos de capacitación de mi Opción 2 para gastos como equipo ergonómico especial para asistir a la capacitación o para ayudar en el empleo. Tampoco hay fondos adicionales de L&I para estos propósitos. \_\_\_\_\_ INICIALES
- m. Entiendo que puedo escoger la Opción 2 después de haber comenzado la Opción 1 y que ocurrirá lo siguiente: \_\_\_\_\_ INICIALES
- La cantidad gastada durante mi programa de capacitación bajo la Opción 1 será descontada de mi beneficio de capacitación.
  - Cualquier tiempo perdido recibido desde el principio del programa de capacitación bajo la Opción 1 será descontado de mi indemnización vocacional de nueve meses.

He discutido y entendido los beneficios de la Opción 2 con mi VRC. Si hubiera recibido beneficios de la Opción 2 anteriormente, esta discusión de la Opción 2 no se aplica.

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador

\_\_\_\_\_  
Fecha

He explicado los beneficios de la Opción 2 y contestado todas las preguntas. Si el trabajador ya ha recibido beneficios de la Opción 2, esta discusión de la Opción 2 no se aplica.

\_\_\_\_\_  
Firma del VRC

\_\_\_\_\_  
Fecha