

EMPLOYEE STATEMENT OF DECLINATION OF VOCATIONAL REHABILITATION SERVICES

INSTRUCTIONS: This form is to be used when the employee declines rehabilitation following notification of medical eligibility. It must be signed by the employee and his/her representative, if any, and submitted by the employer to the Rehabilitation Unit along with a properly completed Notice of Termination of Vocational Rehabilitation Services (DWC Form RU-105). If a Rehabilitation Unit case does not exist, it must be accompanied by a Case Initiation Document (DWC Form RU-101).

Employee Name: Last	First	M.I.	RU Case #:
---------------------	-------	------	------------

NOTICE TO EMPLOYEE

The purpose of this form is to formally record your desire to end your right to rehabilitation benefits. If you decline rehabilitation services, your right for rehabilitation services will end upon the approval of the Rehabilitation Unit. This means your employer will not be required to provide rehabilitation services to you at a later date, unless otherwise determined pursuant to the Rules and Regulations of the Workers' Compensation Appeals Board in accordance with Labor Code Section 5410.

DESCRIPTION OF VOCATIONAL REHABILITATION SERVICES

If you had a work-related injury which prevents you from doing your former job, you are entitled to receive rehabilitation services. The amount of services you receive will depend on your needs and abilities.

Some rehabilitation plans call for your former job to be modified, or for a different job with your same employer or a new employer. Other plans involve training for a new type of work. All of the rehabilitation costs are paid by your employer. During rehabilitation, you will receive a maintenance allowance. You have a right to an evaluation to determine the vocational options available to you prior to making a decision. Your right to rehabilitation is separate from your other workers' compensation benefits and cannot under the Labor Code be terminated by a cash payment to you. If you are not ready to participate now in rehabilitation, but might be later, it is possible to delay your participation in rehabilitation for a period of time.

If you want more information, you may contact the Rehabilitation Unit or the Office of Benefit Determination, at no charge, or contact an attorney.

STATEMENT OF DECLINATION

This form must be signed by the injured employee.

The injured employee states: I have read this Statement of Declination of Vocational Rehabilitation Services.
I have received the pamphlet *Help in Returning to Work*.
I decline rehabilitation.
I have met with a QRR.
I understand by signing this form I am giving up a service to which I may be entitled

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ **Date:** _____

Representative's signature, if any.

The representative states: I have reviewed this form with my client and
I have explained the effects of declining vocational rehabilitation benefits.

EMPLOYEE REPRESENTATIVE'S SIGNATURE: _____ **Date:** _____

REHABILITATION UNIT USE ONLY

DECLARACIÓN DEL EMPLEADO DE RENUNCIA IAA LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL

INSTRUCCIONES: Se debe utilizar este formulario cuando un empleado renuncia a la rehabilitación después de haberse informado que por motivos médicos tiene derecho a ella. Debe ser firmado por el empleado y su representante, si lo tuviere, y presentado a la Unidad de Rehabilitación por el patrón junto con un formulario de Solicitud para Terminar los Servicios de Rehabilitación (Formulario DWC RU-105) debidamente llenado. Si el caso no tuviera un número de la Unidad de Rehabilitación, este formulario debe ir acompañado del formulario Documento de Iniciación de Casos (Formulario DWC RU-101).

Nombre del empleado:	Apellido	Primer nombre	Inicial	# de caso UR:
----------------------	----------	---------------	---------	---------------

AVISO AL EMPLEADO

El propósito de este formulario es registrar oficialmente el hecho que usted desea terminar su derecho a recibir beneficios de rehabilitación. Si usted renuncia a los servicios de rehabilitación, el derecho que usted tiene a ellos finalizará una vez que la Unidad de Rehabilitación haya aprobado su decisión. Esto significa que su patrón ya no estará obligado a proporcionarle servicios de rehabilitación en una fecha posterior, a menos que las reglas y reglamentos de la Junta de Apelaciones de Compensación al Trabajador estipulen lo contrario de acuerdo con la Sección 5410 del Código Laboral.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL

Si usted ha sufrido una lesión que se relaciona con su trabajo y que le impide seguir desempeñando su trabajo anterior, usted tiene derecho a recibir servicios de rehabilitación. La cantidad de servicios que reciba de sus necesidades y de las destrezas que usted tenga.

Algunos planes de rehabilitación contemplan que su trabajo anterior se modifique, o que se le proporcione otro trabajo con el mismo patrón o un patrón nuevo. Otros planes incluyen capacitación para un nuevo tipo de trabajo. Su patrón paga todos los costos de su rehabilitación. Durante su rehabilitación, usted recibirá un subsidio de mantenimiento. Usted tiene derecho a que se le evalúe antes de que tenga que tomar una decisión para determinar que alternativas de rehabilitación tiene. El derecho que usted tiene a la rehabilitación es un derecho adicional a los demás derechos que tiene de recibir beneficios de Compensación al Trabajador y no se pueden cancelar con un pago en efectivo. Si usted no está listo para participar en este momento en la rehabilitación, pero podría estarlo en una fecha posterior, es posible postergar su participación en la rehabilitación durante un tiempo.

Si desea mayor información al respecto, puede ponerse en contacto con la Unidad de Rehabilitación de la Oficina de Determinación de Beneficios, sin costo alguno, o puede hablar con un abogado.

DECLARACIÓN DE RENUNCIA

Este formulario debe ser firmado por el empleado lastimado.

El empleado lastimado declara: He leído esta declaración de Renuncia de los Servicios de Rehabilitación Vocacional.
He recibido el folleto *Ayuda para Regresar a Trabajar*.
Renuncio a recibir rehabilitación.
He conversado con un Representante Calificado de Rehabilitación (QRR).
Comprendo que al firmar este formulario estoy renunciando un servicio al que tengo derecho.

FIRMA DEL EMPLEADO: _____ Fecha: _____

Firma del representante, si lo hubiere.

El representante declara: He revisado este formulario con mi cliente y
Le he explicado las consecuencias de renunciar a los beneficios de rehabilitación vocacional.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADO: _____ Fecha: _____

**Rehabilitation Unit
California Division of Workers' Compensation**

Form RU-107

**EMPLOYEE STATEMENT OF DECLINATION OF
VOCATIONAL REHABILITATION SERVICES**

Purpose:

To record the employee's declination of rehabilitation services for injuries between 1/1/90 and 12/31/93, inclusive.

Submitted by:

Claims Administrator.

When submitted:

When the employee chooses to decline vocational rehabilitation services.

Where submitted:

With the RU-105 to the applicable Rehabilitation Unit district office

Form completion:

Identifying data completed by Claims Administrator
Signature of employee and attorney, if represented.

Accompanying documents:

Notice of Termination of Rehabilitation Services RU-105;
A copy of the *Notice of Potential Eligibility*;
Verification of the 90 day explanation of rights by a QRR;

Response to the RU-103:

The other parties shall have twenty (20) days to respond by forwarding their position, with supporting information, to the applicable Rehabilitation Unit district office with copies to all parties.

Rehabilitation Unit action:

If the employee objects to the employer's Notice of Termination, the Rehabilitation Unit shall, within 30 days, schedule a conference or otherwise obtain the employee's reason for objection together with substantiating evidence and issue its decision.

Copy:

All parties.