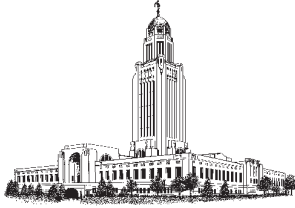


ACUERDO PARA LA SELECCION DE UN CONSERJERO DE REHABILITACION VOCATION

Workers' Compensation Court
State of Nebraska
P. O. Box 98908
Lincoln, NE 68509-8908



(402) 471-6468
(Lincoln area & Out-of-State)
(800) 599-5155
(Nebraska Only)

Yo, _____, Estoy de acuerdo con la selección de _____ Como elm Consejero de Rehabilitación Vocacional, para proveer servicios de rehabilitación vocacional necesarios por una lesión en el trabajo ocurrida en _____.

Yo entiendo que:

- Yo tengo el derecho de aceptar al propuesto Consejero de Rehabilitación Vocacional para proveerme servicios de rehabilitación vocacional.
- Yo tengo el derecho de NO aceptar al propuesto Consejero de Rehabilitación Vocacional
- Yo tengo el derecho de proponer al Consejero de Rehabilitación Vocacional de mi propia preferencia.
- Si yo no puedo aceptar al Consejero de Rehabilitación Vocacional propuesto por la otra parte, Yo tengo el derecho de requerir que la Corte de Compensación de Trabajadores Nombre un Consejero de Rehabilitación Vocacional sin costo para mi.

Yo he leído este acuerdo en este día _____ del mes de _____ de 20 _____, y entiendo mis derechos, tal como se han descrito arriba.

Firma del Empleado

Yo verifico que he dado a _____ una copia de este acuerdo, este día _____ del mes de _____ de 20 _____.

Firma del Consejero