

**PASADENA INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
1515 Cherrybrook Pasadena, TX 77502
Workers' Compensation /Safety Office
713-740-0258 Office 713-740-4046 Fax**

A C K N O W L E D G E M E N T F O R M

I hereby acknowledge that I have received information regarding "Employee Rights and Responsibilities under the Texas Workers' Compensation System" and PISD Safe Work Practices". As long as I am off work and physically able, I will present myself weekly to the Safety Office in the Administration Building. I will call the above number and make an appointment. I know that lost time absences from this injury or illness will be deducted from my Family and Medical Leave (FML), if applicable. I understand that before returning to work I must get a return to work release form signed by the Safety Office in the Administration Building. I may be subject to termination if I fail to report to the Safety Coordinator's Office within the next business day following my release from the doctor or reaching Maximum Medical Improvement (MMI).

EMPLOYEE'S SIGNATURE

DATE

SOCIAL SECURITY#

LOCATION

Yo afirmo que he recibido información referente a "Derechos y Responsabilidades bajo el Sistema Tejano de Compensación para Trabajadores" y "Practicas Para Hacer El Trabajo con Seguridad de PISD". Mientras no esté trabajando y esté físicamente bien, iré a presentarme cada semana a la Oficina de Seguridad en el Edificio de la Administración. Llamare al número indicado arriba de la página para hacer una cita. Yo se que el tiempo de mi ausencia por mi lesión o enfermedad será rebajado de mi permiso de familia y de médico (FML) si es aplicable. Entiendo que antes de regresar a trabajar debo obtener una nota de autorización firmada por la Oficina de Seguridad en el Edificio de la Administración. Yo puedo estar sujeto a ser terminado si yo no me presento a la Oficina del Coordinador de Seguridad dentro del siguiente día de trabajo después de que el doctor me dé la aprobación para regresar al trabajo o al obtener el Máximo Mejoramiento Médico (MMI).

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

LUGAR DE TRABAJO