



Tennessee Bureau of Workers' Compensation
220 French Landing Drive, I-B
Nashville, TN 37243-1002

Teléfono: 615-532-1321 FAX: 615-253-5265 Correo electrónico: DFW.Program@tn.gov
<http://www.tn.gov/workforce/article/drug-free-workplace-program>

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE CENTRO DE TRABAJO LIBRE DE DROGAS
DRUG FREE WORKPLACE PROGRAM APPLICATION

1. Esta solicitud debe estar completada, legible y firmada o será DEVUELTA.
2. Esta solicitud debe volverse a presentar cada vez que el empleador cambie de aseguradora.
3. Este formulario debe presentarse a la Agencia. Sírvase incluir la copia del formulario original completado y una fotocopia, una copia del COMPROBANTE DE COBERTURA y dos sobres con dirección y franqueo pagado:
 - a. Un sobre dirigido a su empresa aseguradora de Compensación al trabajador y
 - b. Un sobre dirigido al empleador nombrado aquí abajo.
4. ESTA SOLICITUD DEBE RENOVARSE ANUALMENTE.
 1. This application must be complete, legible and signed or it will be RETURNED.
 2. This application must be resubmitted anytime the employer changes insurance carriers.
 3. This form must be submitted to the Bureau. Please include the completed original copy of this form plus one photocopy, a copy of PROOF OF COVERAGE and two pre-addressed, stamped envelopes:
 - a. One addressed to your Workers' Compensation Insurance Carrier and
 - b. One addressed to the employer named below.
 4. THIS APPLICATION MUST BE RENEWED ANNUALLY.

Marque con un círculo: (Circle one) **Solicitud nueva (New application)** **Renovación de solicitud (New application)**
Cambio de aseguradora (Changed Insurance Carrier)

Nombre de la empresa (Company Name) _____ FEIN (Número de identificación del empleador):

Dirección postal(Mailing Address) _____ Ciudad(City) _____ Estado y Código
postal(State and Zip Code) _____

Dirección del negocio(Business Address) _____ Ciudad(City) _____ Estado y
Código postal(State and Zip Code) _____

Número de teléfono (Telephone Number) _____ Número de Fax (Fax Number) _____ Correo
electrónico(Email) _____

Nombre del administrador del programa de abuso de sustancias(Name of Substance Abuse Program Administrator)

Naturaleza del negocio(Nature of Business) _____ Total de empleados a horario completo y a horario
parcial(Total # of FT & PT employees) _____

Aseguradora de Compensación al Trabajador(Workers' Compensation Insurance Carrier)

Certificación del Laboratorio Lab Certification (marque con un círculo) (circle one): : **SAMHSA** **CAP-FUDTAP** **Otra (Other)** _____

Nombre del laboratorio que hace la prueba(Name of Testing Laboratory) _____ Ciudad
(City) _____ Estado(State) _____ Código postal(Zip Code) _____

Nombre del oficial que hace la revisión médica (MRO) Name of Medical Review Officer (MRO) _____
Número de teléfono (Telephone Number) _____

¿Todos los empleados contratados previo a la fecha de esta solicitud han recibido un mínimo de una hora de capacitación en abuso de sustancias?(
Have all employees hired prior to the date of this application been provided at least one hour of substance abuse training?) Sí (Yes) No (No)

¿Todos los empleados contratados previo a la fecha de esta solicitud han sido informados acerca de la política de su empresa de centro de trabajo libre de abuso de sustancias? Have all employees hired prior to the date of this application been informed of your company's drug free program policies?) Sí (Yes) No (No)

Fecha de vigencia de su programa (Effective date of your program) _____

Solamente para solicitudes de renovación: (Renewal applicants only:)

**Número de análisis realizados en los últimos 12 meses por cada uno de los siguientes:
(Number of tests performed in past 12 months for each of the following)**

Postulantes a empleo: Total _____ Positivos _____ Análisis de rutina de idoneidad para empleo: Total _____ Positivos _____
(Job Applicants) (Total) (Positive) (Routine Fitness for Duty) (Total) (Positive)

Posterior a accidente laboral: Total _____ Positivos _____ Seguimiento de EAP: Total _____ Positivos _____
(Post work accident) (Total) (Positive) (EAP Follow-up) (Total) (Positive)

Al azar (opcional): Total _____ Positivos _____ Sospecha razonable Total _____ Positivos _____
Random (optional): (Total) (Positive) (Reasonable Suspicion) (Total) (Positive)

¿Todos los empleados que han recibido capacitación en abuso de sustancias han hecho acuse de recibo por escrito de su asistencia a la capacitación y de la existencia de sus políticas del programa de empresa libre de drogas? (Have all employees that have undergone substance abuse training acknowledged, in writing, their attendance at that training and the existence of your company's drug free program policies?)
Sí (Yes) No (No)

Por este medio certifico que todas las estipulaciones y los requisitos del Programa de Centro de Trabajo Libre de Drogas de Tennessee según lo establecido por T.C.A. han sido satisfechos e implementados. (Debe ser firmado por todos los solicitantes)

Firma y cargo del dueño/funcionario Nombre en letra de imprenta Fecha
(Owner/Officer's Signature and title) (Printed name) (Date)

Firma del representante de la Agencia de Compensación al Trabajador Cargo Fecha en que se aceptó
(Bureau of Workers' Compensation Representative Signature) (Title) (Accepted Date)