

FORMULARIO DE REMISIÓN FORMAL

Teléfono: (513) 551-1500 ó (800) 733-0257 Fax: (513) 551-1489

Programa de Ayuda a los Empleados

EMPLEADO: _____ #S.S. _____

PUESTO: _____ DEPARTAMENTO: _____

COMPAÑÍA: _____ TEL. DEL SUPERVISOR (Trabajo): _____

SUPERVISOR: _____ DIR. DEL SUPERVISOR: _____

Favor de dar una breve descripción de los problemas de desempeño del empleado (por ejemplo: asistencia, récord de seguridad, calidad del trabajo, cantidad de trabajo, conflictos interpersonales, cumplimiento de políticas / procedimientos, respuesta a la supervisión):

El empleado obtuvo un resultado positivo en una prueba de detección de (identifique la sustancia y, de ser posible, incluya la notificación del laboratorio): _____.

(marque con un círculo)

¿Se rige su compañía por reglamentos del Departamento de Transporte?..... Sí.....No

¿Tiene el empleado una licencia de conducir comercial o un puesto sensible a la seguridad? Sí.....No

¿Se ha remitido formalmente al cliente previamente? Sí.....No

Clasifique el desempeño laboral general del empleado
(marque respuesta con un círculo):

Excelente		De consideración		
1	2	3	4	5

grave

Medida disciplinaria tomada: _____ advertencia verbal _____ advertencia escrita
_____ acuerdo de última oportunidad _____ suspensión
_____ período a prueba

Por el presente certifico que he examinado el contenido de este formulario de remisión y acepto esta remisión al Programa de Ayuda a los Empleados. Autorizo al Programa de Ayuda a los Empleados para que divulgue la siguiente información a mi supervisor:

1. Si cumplí con mi cita de la manera programada;
2. Si he aceptado o rechazado la ayuda / las recomendaciones del Programa de Ayuda a los Empleados;
3. Si requiero tiempo sin trabajar para recibir tratamiento.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Firma del supervisor: _____ Fecha: _____

ENVIAR AL PROGRAMA DE AYUDA A LOS EMPLEADOS POR FAX AL (513) 551-1489