

**Póliza y Reglas sobre el Abuso de Substancias
Por la
Asociación Protectora y Benevolente de Caballeros de Louisiana 1993,
Inc.'s y**

**Programa de Seguro e Indemnización al Trabajador y
Empresarios Participantes**

A Partir de : Julio 1, 2007

Revisión Numero:1

Alcance

El alcance de esta póliza es el establecimiento sobre la póliza y reglas del abuso de substancias las cuales pueden ser adoptadas por todos los empresarios participantes que tienen una cobertura relevante para sus empleados en la Asociación Protectora y Benevolente de Caballeros de Louisiana 1993, Inc.'s y Programa de Seguro e Indemnización al Trabajador la cual es consistente con la ley y póliza publica especialmente proporcionada en los Estatutos Revisados de Louisiana 23:1081. El Programa es ese Programa implementado que prosigue bajo los Estatutos Revisados de Louisiana 4:252 y 252.

Propósito

El Propósito de estas reglas en el trabajo son las siguientes:

- El establecer y mantener un área de trabajo saludable y seguro para todos los empleados.
- El reducir la posibilidad de lesiones accidentales hacia personas y propiedades.
- El reducir el absentismo, tardío, rendimiento, e indiferencia al trabajo.
- El seguir todos los requisitos aplicables estatales, federales y locales.

Definiciones

Alcohol o Bebidas Alcohólicas

Se refiere a cualquier bebida que puede ser vendida legalmente como alcohol. Esto incluye, pero no se limita, a bebidas malteadas fermentadas, vino y licor intoxicante.

Droga

Se refiere a cualquier sustancia (además del alcohol) la cual sea capaz de alterar el humor, percepción, nivel de dolor, o juicio de la persona consumiéndolo, y la cual sea reconocida como droga.

Droga Ilegal

Se refiere a cualquier droga o sustancia controlada, incluyendo medicamentos recetados por el medico, que no sean utilizados legalmente, ya sean narcóticos o no narcóticos, y todas la substancias en la lista en Schedules I, II, III, IV y V en los Estatutos Revisados de Louisiana.

Medicamento Autorizado

Se refiere a cualquier medicamento recetado por un practicante de medicina con licencia, el cual sea utilizado en el modo correcto. Debe de tener el tipo de combinación del medicamento, la cantidad recetada y el nombre de la persona utilizando el medicamento.

Conducta Prohibida

Los empleados no deberán introducir, fabricar, distribuir, entregar, poseer, llevar consigo, usar o consumir bebidas alcohólicas, drogas, drogas ilegales, o medicamentos recetados por el medico no autorizados durante el curso y el alcance del empleo o en el local o propiedad donde los empleados normalmente llevan acabo sus obligaciones diarias. El violar esta póliza será causa para una sanción disciplinaria, y podría incluir hasta el despido, además de las consecuencias correspondientes con la ley.

Presentarse a trabajar bajo la influencia de una droga ilegal, alcohol, droga, o medicamento recetado no autorizado, será causa de una sanción disciplinaria, y podría incluir el despido.

Los empleados no deberán llevar consigo ningún medicamento autorizado (que no les pertenezca) cerca de el local o propiedad donde los empleados llevan normalmente sus obligaciones diarias, excepto la persona para quienes realmente fueron recetados por un medico. La persona que este utilizando medicamento recetado debe de usarlo solo conforme a la cantidad recetada y en la combinación correcta. Cuando el uso de este medicamento afecte el comportamiento o rendimiento en el trabajo los empleados deben informárselo a sus supervisores lo más pronto posible.

Los empleados son animados a buscar voluntariamente cualquier tipo de conserjería conforme sea necesario de el Programa de Asistencia al Empleado y la Asociación Protectora y Benevolente de Caballerangos de Louisiana 1993, Inc.'s (HBPA) tendrá solicitudes para tales programas.

Razones para exámenes: Post- Accidente

Los empresarios o el HBPA, a nombre de los empresarios, conducirán un examen de alcohol y drogas siempre que un empleado tenga un accidente relacionado con el trabajo. Este examen será echo conforme a las leyes y los Estatutos Revisados de Louisiana 23:1081.

Todos los derechos del Empresario bajo los Estatutos Revisados de Louisiana 23: 1081 son reservados al Empresario.

Los empresarios o el HBPA, a nombre de los empresarios, permitirán que nuestra compañía conduzca un examen de alcohol y drogas cuando ellos lo crean prudente o necesario para así poder proporcionar un lugar de trabajo sano y a salvo y cuando la ley lo permita.

Negarse a Cooperar y Cumplir esta Regla y Póliza

Si un empleado se niega a cooperar y cumplir la Póliza y Reglas del Abuso de Substancias el Programa de HBPA podría finalizar la Cobertura que este Programa provee para los empleados.

Colección de Muestras (espécimen) y Proceso de Colección

La colección de muestras y exámenes serán realizados bajo condiciones científicas, las cuales son generalmente aceptadas como resultados suficientes y fidedignas.

El empleado que se niegue a someterse a un examen de alcohol y drogas o que se marche de la compañía, local o propiedad después de tener un incidente relacionado con su trabajo, podrá ser sujeto a una sanción disciplinaria o hasta el despido, además de todas las consecuencias correspondientes con la ley.

Confirmación sobre los exámenes

Si inicialmente un examen es positivo, será necesario hacer otra prueba para confirmar los resultados utilizando la muestra previa.

Notificación de Resultados de Exámenes y Registro

El HBPA, los Empresarios, y empleados deberán ser notificados lo mas pronto posible de los resultados de los exámenes de droga y alcohol. Nuestra compañía deberá notificar a su conductor o conductor aplicante de los resultados de los exámenes.

Privacidad

La privacidad de los empleados será mantenida como la ley lo requiere.

Amputaciones

Si alguna parte o porción de la Póliza es llevada por alguien a un cuerpo de autoridad o a una corte bajo una jurisdicción competente y es invalidada por cualquier razón, entonces solo la parte que sea invalidada lo será, y las secciones restantes que no sean invalidadas deberán continuar y proseguir en completa forma y efecto.

Controles de Ley

Si alguna sección de esta Póliza y Reglas de Abuso de Substancias es un conflicto con la ley, particularmente los Estatutos Revisados de Louisiana 23: 1081, la ley deberá prevalecer, ya que no es la intención de esta ley el no aplicar los derechos de los empleados.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

**Asociación Protectora y Benevolente de Caballeros de Louisiana
1993, Inc.'s
Programa de Seguro e Indemnización al Trabajador**

**Recibo de Reconocimiento de Abuso de Sustancias- Póliza y
Reglas del Empleado**

El/ La empleado que firma consta que reconoce el recibo de la Póliza y Reglas de Abuso de Sustancias del Empresario en la fecha que este documento fue firmado. El empleado también esta de acuerdo de estar atado a los términos de esta póliza y a cooperar en hacer cumplir en la misma orden para así ayudar a lograr un área de trabajo seguro.

Los empleados reconocen que el cumplimiento de la Póliza y Reglas de Abuso de Sustancias es una condición de su empleo además de otras cosas que la Póliza y Reglas de Sustancias del empresario prohíbe como las siguientes:

Los empleados no deberán introducir, fabricar, distribuir, entregar, poseer, llevar consigo, usar o consumir bebidas alcohólicas, drogas, drogas ilegales, o medicamentos recetados por el medico no autorizados durante el curso y el alcance del empleo o en el local o propiedad donde los empleados normalmente llevan acabo sus obligaciones diarias. El violar esta póliza será causa para una sanción disciplinaria, y podría incluir hasta el despido, además de las consecuencias correspondientes con la ley.

Nombre del Empleado: _____

(Letra de Molde)

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Custodia Legal: _____

Social Security: _____ - _____ - _____

LSRC

Number: _____ DOB: _____

Position: _____ Male _____ Female _____

Nombre de
Entrenador: _____

(Letra de Molde)

Post_Accident_Drug_Screen(spanish) 01 18 07

Segundo cuestionario del Empleado del Fondo de Lesión

Esta forma debe ser utilizada solamente después que si el aspirante tiene lesiones anteriores o últimas

Conteste por favor a las preguntas siguientes circundando cualquiera **Sí** o **No**:

1. ¿Tiene usted siempre tenía una enfermedad o una inhabilidad que se presentaba de su ocupación? Si sí, explique por favor: _____ **Sí No**
2. ¿Tiene usted siempre la remuneración del trabajador recibido beneficia para lesión eso ocurrido en el trabajo? Si sí, cuando: _____ Cuánto tiempo eran ¿usted en la remuneración? _____ Nombre del patrón: _____ Naturaleza de lesión: _____ **Sí No**
3. ¿Tiene usted rechazado para el empleo, el seguro, o el servicio militar debido a salud? Si sí, explique por favor: _____ **Sí No**
4. ¿Tiene usted siempre tenía apuro trasero o lesión su trasero, principal, o al cuello? Si sí, explique por favor: _____ **Sí No**
5. ¿Usted tiene cualesquiera restricciones o limitaciones sobre su comprobación actividades? Si sí, explique por favor: _____ **Sí No**
6. ¿Què operaciones, los accidents, los huesos rotos, las tensiones, o las enfermedades serias le tienen tenían? _____ **Sí No**
7. ¿Usted tiene cualesquiera otros problemas de salud a largo plazo o condiciones físicas adversas? Si sí, explique por favor: _____ **Sí No**

Advertencia: De conformidad con LSA-R.S. 23:1208.1, entiendo que mi falta de contestar verazmente cualesquiera de las preguntas antedichas puede dar lugar a la negación o puede tuvo que la pérdida de los dependientes de la derecha I o mi ventajas de la remuneración de los trabajadores las', incluyendo el tratamiento mèdico y costos.

Reconozco que he leído o he tenido el cuestionario leído a mí y entiendo la advertencia

Imprima su nombre _____

Su firma _____ Fecha _____

Custodía Legal _____ Fecha _____

La dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ De emergencia _____

LSRC# _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____

El número de Seguridad Social es: _____ - _____ - _____

FORMA MÉDICA DEL LANZAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

I, _____, autoriza el La. H.B.P.A. para solicitar y obtener todos los expedientes que miran y accidente de trabajo o enfermedad profesional que se implica y el La. H.B.P.A. éste es incluir los informes del doctor, los informas de la carta recordativa, notas de las enfermeras las', las cuentas médicas, los resultados de la prueba el etc. Una copia estática del facsímil o de la foto de esta autorización será considerada tan eficaz y válida como la original. Seguirá habiendo este lanzamiento en efecto hasta rescindido específicamente por mí.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY: Must be completed before filing.

Reviewed By: _____ Date Reviewed: _____

Employers' Signature _____ **Date** _____

Employers' Signature _____ **Date** _____

Employers' Signature _____ **Date** _____

Employers' Signature _____ **Date** _____

Employers' Signature _____ **Date** _____

Employers' Signature _____ **Date** _____

Employers' Signature _____ **Date** _____

Employers' Signature _____ **Date** _____

Changes in your Employee Work List

Workers Compensation Classification & Code (Stables & Drivers Code # 8279)

Drop off at any Field Office on each racetrack

Print Member's Name: _____

Please Type or Print

Name of Employee	Social Security #	LSRC #	DOB	M	a	l	e	F	e	m	a	l	e	Position	Date Hired	Date Terminated	Weekly Pay Rate

Date: _____

Members Signature: _____