



**Oficina de Compensación a Trabajadores de Tennessee  
Tennessee Bureau of Workers' Compensation  
220 French Landing Drive, I-B  
Nashville, TN 37243-1002**

Teléfono (Phone): 615-532-1321 FAX (FAX): 615-253-5265 Correo Electrónico (Email) [DFW.Program@tn.gov](mailto:DFW.Program@tn.gov)  
<https://www.tn.gov/workforce/injuries-at-work/employers/employers/drug-free-workplace-program.html>

**SOLICITUD DEL PROGRAMA PARA AMBIENTE LABORAL LIBRE DE DROGAS  
DRUG FREE WORKPLACE PROGRAM APPLICATION**

1. Esta solicitud tiene que ser completa, legible, y firmada o será DEVUELTA.
2. Esta solicitud tiene que ser presentada de nuevo cada vez que el empleador cambie compañías de seguro.
3. Este formulario tiene que ser presentado a la Oficina. Por favor incluya la copia original completada de este formulario más una fotocopia, una copia de COMPROBANTE DE COBERTURA, y dos sobres franqueados y con dirección:

a. Uno con la dirección de su Compañía de Seguro de Compensación a Trabajadores y

b. Uno con la dirección del empleador nombrado abajo.

4. ESTA SOLICITUD TIENE QUE SER REVISADA 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 uno(Circle one): **Nueva solicitud (new application)** **Solicitud de renovación (Renewal application)**

**Cambio de Compañía de Seguro (Changed Insurance Carrier)**

Nombre de la Compañía (Company Name) \_\_\_\_\_ FEIN: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo (Mailing Address) \_\_\_\_\_ Ciudad (City) \_\_\_\_\_

Estado y Código Postal(State & Zip) \_\_\_\_\_

Dirección de Empresa (Business Address) \_\_\_\_\_ (Ciudad)City \_\_\_\_\_

Estado y Código Postal (State & Zip) \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Phone #) \_\_\_\_\_ Número de Fax (Fax #) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (Email) \_\_\_\_\_

Nombre del Administrador del Programa de Abuso a Sustancias (Name of Substance Abuse Program Administrator) \_\_\_\_\_

Tipo de Empresa (Nature of Business) \_\_\_\_\_ Número total de empleados de tiempo completo y tiempo parcial (Total # of FT & PT employees) \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro de Compensación a Trabajadores (Workers' Compensation Insurance Carrier) \_\_\_\_\_

Certificación del Laboratorio, marque uno (Lab Certification, circle one): **SAMHSA** **CAP-FUDTAP** **Otro (Other)**

Nombre de Laboratorio de Pruebas (Name of Testing Laboratory) \_\_\_\_\_ Ciudad (City) \_\_\_\_\_

Estado (State) \_\_\_\_\_ Código Postal (ZIP) \_\_\_\_\_

Nombre del Oficial de Revisión Médica (Name of Medical Review Officer) (MRO) \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (Phone #) \_\_\_\_\_

Fecha que condujo o piensa conducir entrenamiento de Conocimiento de Abuso a Sustancias en el Ambiente Laboral para personal de supervisión (Date you conducted or plan to conduct an annual minimum two-hour of Workplace Substance Abuse Recognition training for supervisory personnel.) \_\_\_\_\_

Fecha que condujo o piensa conducir entrenamiento de Conocimiento de Abuso a Sustancias en el Ambiente Laboral para todos sus empleados. (Date you conducted or plan to conduct an annual minimum one-hour of Workplace Substance Education and Awareness Program for all your Employees). \_\_\_\_\_

**Solo para nuevos solicitantes(New applicants only):**

Fecha en que la declaración de política por escrito fue proporcionada a los empleados (Date written policy statement was provided to employees) \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia de su programa (Effective date of your program) \_\_\_\_\_

**Solo para solicitantes de Renovación (Renewal applicants only):**

**Número de pruebas realizadas en los últimos 12 meses para cada uno de los siguientes  
Number of tests performed in past 12 months for each of the following:**

Solicitantes de Empleo (Job Applicants): Total(Total) \_\_\_\_\_ Positivo(Positive) \_\_\_\_\_  
Rutina del estado físico para el trabajo(Routine Fitness for Duty:) Total(Total) \_\_\_\_\_ Positivo(Positive) \_\_\_\_\_  
Post-accidente de trabajo (Post work accident:) Total(Total) \_\_\_\_\_ Positivo(Positive) \_\_\_\_\_  
Seguimiento de EAP(EAP Follow-up:) Total(Total) \_\_\_\_\_ Positivo(Positive) \_\_\_\_\_  
Aleatorio (Random) opcional (optional): Total(Total) \_\_\_\_\_ Positivo(Positive) \_\_\_\_\_  
Sospecha Razonable (Reasonable Suspicion) Total(Total) \_\_\_\_\_ Positivo(Positive) \_\_\_\_\_

Por medio del presente yo certifico que se ha cumplido e implementado todos los requisitos y provisiones del Programa para Ambiente Laboral Libre de Drogas como lo establecido por el T.C.A.

I hereby certify that all provisions and requirements of the Tennessee Drug-Free Workplace Program as established by T.C.A. have been met and implemented.

\_\_\_\_\_  
Firma y título del Propietario/Oficial  
Owner/Officer's Signature and title

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde  
Printed name

\_\_\_\_\_  
Fecha  
Date

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de la Oficina de Compensación a Trabajadores  
Bureau of Workers' Compensation Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Título  
Title

\_\_\_\_\_  
Fecha Aceptada  
Accepted Date