

Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor, marque la casilla correspondiente:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Facultad de UC Berkeley         | <input type="checkbox"/> Empleado de LBNL         |
| <input type="checkbox"/> Empleado de UC Berkeley         | <input type="checkbox"/> Miembro familiar de LBNL |
| <input type="checkbox"/> Miembro familiar de UC Berkeley | <input type="checkbox"/> Post-Doc (LBNL)          |
| <input type="checkbox"/> Profesor visitante (UC)         | <input type="checkbox"/> Otro: _____              |
| <input type="checkbox"/> Post-Doc (UC)                   |   |

**1) Su Información Personal**

Nombre: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Domicilio	Ciudad	Código Postal	
_____			
Número de teléfono: _____	Puedo dejarle mensajes?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Correo electrónico: _____			
Etnia: _____		Género: _____	
<b>Su plan médico principal:</b>			
<input type="checkbox"/> IMG	<input type="checkbox"/> Health Net Blue and Gold	<input type="checkbox"/> Health Net HMO (Post-Doc)	<input type="checkbox"/> Health Net PPO (Post-Doc)
<input type="checkbox"/> Kaiser	<input type="checkbox"/> UC Care	<input type="checkbox"/> UC Health Savings Plan	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>A tenido contacto con Asistencia al Empleado previamente?</b>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>¿Cómo nos ha conocido?</b>			
<input type="checkbox"/> Un colaborador	<input type="checkbox"/> Un folleto	<input type="checkbox"/> HR	<input type="checkbox"/> Supervisor/Gerente
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Representante del sindicato	<input type="checkbox"/> Sitio Web	<input type="checkbox"/> Taller

**2) Información laboral (los miembros de la familia omiten esta sección)**

<b>Departamento</b> (No abrevie por favor.): _____
<b>Título /Posición:</b> _____
<b>Estado de Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Carrera <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Duración de empleo en UC Berkeley o LBNL:</b> _____
<b>El problema que lo trae hoy ha impactado su habilidad de trabajar?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si la respuesta es si, como?</b> (Marque todos los que presente.):
<input type="checkbox"/> Conflicto con otro trabajador <input type="checkbox"/> Conflicto con un supervisor <input type="checkbox"/> Disciplina formales <input type="checkbox"/> Disciplina informales
<input type="checkbox"/> Llega tarde al trabajo <input type="checkbox"/> Sale antes de tiempo <input type="checkbox"/> Comete errores <input type="checkbox"/> Plazos incumplidos
<input type="checkbox"/> Ausencia en el trabajo <input type="checkbox"/> Otro: _____

**3) Si usted es familia de un empleado de UC Berkeley o LBNL, por favor ponga el nombre del empleado y departamento:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Departamento:** \_\_\_\_\_

- 4) ¿Quiere recibir nuestro Boletín de Employee Assistance?**       Sí       No
- ¿Quiere recibir nuestro Boletín de Eldercare?**       Sí       No