



Anderson Columbia Co., Inc.

P.O. Box 1829

Lake City, Florida 32056-1829 ;.

Phone (386) 752-7585 "We are an Equal Employment Opportunity Employer"

Fecha _____ No. De Seguridad Social. _____

Nombre _____
Apellido _____ Primer _____

¿Es 18 años o más viejo?
Si _____ O No _____

dirección: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

En caso de que de la emergencia: _____
Nombre _____ Dirección _____ relación _____

No. de Telefono: _____ Referido cerca: _____ :

Si está relacionado con cualquier persona que trabaja para esta compañía, pon nombre
Que tipo de empleo buscar: _____

Posición _____ Fecha para _____ Sueldo que
empezar _____ deseas _____

¿Es empleado usted
ahora? _____

¿Si eso es el caso, podemos preguntar de
su empleador presente? _____

EDUCACION

Escuela Elemental: _____

Escuela Preparatoria: _____

Colegio: _____

Escuela del Negocio o la Correspondencia: _____

Las Habilidades especiales y Experimenta: _____

¿Ha sido condenado jamás usted de, o implorado culpable, a un crimen?

Si

NO

Si la respuesta is si, ponga las detalles

¿Ha sido jamás usted acusado de un crimen y o fue colocado en un tribunal la libertad condicional ordenada la sentencia tenida retenida, o entrado un programa anterior al juicio de la intervención?

Si

NO

Si la respuesta is si, ponga las detalles

EMPLEO PREVIO Liste abajo secuencialmente todos sus empleadores en los últimos 10 años que empiezan con su corriente o la mayoría de los empleadores recientes

Fecha
Mes Y Año

Nombre, Direccion y
Numero de telefono

Posición
Tipo de Trabajo

Razone por
Suedo

cambiar

De:

A:

De

De:

A:

De:

¿Trabajó usted para cualquiera de estos empleadores bajo un nombre diferente? Si NO

¿Si sí, cuál empleador (empleadores) y bajo lo que denomina?

¿Ha recibido usted alguna reprimenda escrita o las suspensiones disciplinarias durante cualquier empleo previo?

Si NO

Si, puso si, explique porfavor:

Usted fue jamás descargado o pedido renunciar:

Si NO

Si, puso si, explique porfavor:

El REGISTRO de MANEJAR: Complete sólo si la probabilidad de manejar un vehículo de la compañía o en el negocio de la compañía existe para la posición en la que usted aplica.

Si NO

¿Qué clase de la licencia posee usted?

¿Ha tenido usted una suspensión o la libertad condicional de su licencia dentro del último cinco (5) años?

Si NO

¿Cuántos u otras infracciones móviles ha recibido usted en el último tres (3) años apresurar?

Liste debajo de todas infracciones del tráfico (menos estacionamiento) en su registro para el último cinco (5) años y todos accidentes de automóvil en los que usted fue implicado (utiliza página adicional si necesario).

FECHA	LOCAL	DESCRIPCION	RESULTO
-------	-------	-------------	---------

Las REFERENCIAS:

Dé debajo apunte los nombres de tres personas no relacionado a usted, quien usted ha sabido por lo menos un año.

Nombre	Direccion	Negocio	Años Conocido
--------	-----------	---------	---------------

1.

2.

3.

"CERTIFICACION" de APLICACION de EMPLEO

Yo por la presente certifico que todos los hechos y la información listaron en esta aplicación del empleo son verdad y completo. Entiendo que información falsa, incompleta o engañosa dada por mí en esta aplicación es la causa suficiente para el rechazo de esta aplicación. Entiendo también y concuerdo que cualquiera tal, información falsa, incompleta o engañosa descubrió en esta aplicación en en cualquier momento después de que sea empleado puedo tener como resultado mi despido. .

Yo por la presente autorizo la Compañía a investigar todas declaraciones contenidas en esta aplicación, para entrevistar las referencias y empleadores previos listaron en esta aplicación, y para obtener un informe de un consumidor que informa la agencia para ser utilizado para propósitos de empleo de acuerdo con Acto Justo de Cobertura de Crédito. Autorizo las referencias y empleadores previos listaron para dar la Compañía todos hechos, las opiniones y las evaluaciones con respecto a mi empleo previo y cualquier otra información que ellos pueden tener, personal o de otro modo, y liberar todo tales partidos de ninguna obligación con puede surgir supuestamente del mobiliario tal información a la Compañía, Inclusive pero no limitado a, ninguna obligación para la difamación o la invasión de la intimidad.

Si soy ofrecido el empleo, yo entiendo que esa tal oferta será condicionada sobre resultados satisfactorios de un reconocimiento médico de la compañía de un/o de investigación de fondo o indagación, inclusive una prueba de la droga. Si entonces empleado, entiendo que seré requerido a servir un noventa (90) período de prueba de día. Entiendo aún más que mi empleo y la compensación pueden ser terminados, con o sin la causa o la nota, en tiempo, a pesar de la terminación exitosa de mi período de prueba, en la opción de o la compañía o de yo mismo. Entiendo que ningún supervisor ni otro representante de la Compañía de otra manera que el Presidente de la Compañía tiene cualquier autoridad para entrar en cualquier acuerdo para el empleo para cualquier espacio de tiempo especificado, ni para hacer cualquier acuerdo al contrario del renunciar.

Entiendo que hay la posibilidad esas ubicaciones del trabajo de la construcción pueden requerir el viaje a ubicaciones fuera de mi área de residencia.

Entiendo y concuerdo voluntariamente como una condición del empleo o mi empleo continuado, que puedo ser solicitado por la Compañía para someterse a un análisis de orina u otra prueba de la droga y que mi fracaso para tomar tal prueba (las pruebas) cuando solicitó para hacer así o los resultados poco satisfactorios de la prueba me descalificarán de consideración para el empleo, o si yo los soy emplearon, pueden tener como resultado mi despido inmediato.

Certifico que he leído, he entendido
y he concordado con el arriba.

Fecha

La firma de Solicitante

CUESTIONARIO MEDICO

¡Bienvenido a Nuestra Compañía!

Este cuestionario es necesario para proporcionar a su empleador con información para los Fideicomisos especiales de la Incapacidad, para conformarse con a los Americanos con Incapacidades Actúan y para proteger sus derechos de empleador bajo el Capítulo 440, los Estatutos de Florida. Aún más, esta información permitirá a su empleador para evaluar y proporcionar el alojamiento razonable para alguna incapacidad calificativa que usted puede tener.

Nombre:

Altura:

Peso:

Soc. Sec.:

INSTRUCCIONES: Conteste SI o no a las preguntas siguientes. Si su respuesta es SI lista la fecha aproximada de la herida o el tratamiento y da los detalles (médico, el hospital, la ciudad, el estado, etc.) en el espacio para detalles. Está seguro especificar que numeró las preguntas usted proporciona los detalles para en la columna derecha.

TIENE O LE TIENE TUVO JAMAS:

- 1. Una herida de la espalda'Si No Fecha:
- 2. ¿Un disco entierra-vertebral herniado en su espalda?.....Si No Fecha:
- 3. ¿Apoya la cirugía para la eliminación de un disco?.....Si No Fecha:
- 4. ¿Una herida del cuello?Si No Fecha:
- 5 ¿Un disco herniado en el cuello?.Si No Fecha:
- 6. ¿La cirugía del cuello para la eliminación de un disco?Si No Fecha:
- 7. ¿Una herida de la rodilla?.....Si No Fecha:

¿La cirugía en cualquiera de rodillas?Si No Fecha:

Qual Rodilla?

8.

9. Meniscectomy (cirugía de rodilla)?..... Si No Fecha:

10. Patellectomy (cirugía de rodilla)?..... Si No Fecha:

11. Reventó el ligamento (Rodilla)? Si No Fecha:

12. Una herida de hombro?..... Si No Fecha:

Qual hombro?

14. Una herida del codo'Si No Fecha:

Qual codo

15. ¿Cirugía en cualquiera uno de sus codos?..... Si No Fecha:

Qual Codo?

16. ¿La amputación del pie, la pierna, el brazo, la mano o el dedo? Si No Fecha:

17. La epilepsia Si No Fecha

18 Diabetes Si No Fecha

19. enfermedad cardíaca S1 No Fecha



RELEASE FORM

Con respecto a mi aplicación para el empleo (inclusive el contrato para servicios) con Anderson Columbia S.a., S.a., yo entiendo que un informe de consumo investigativo es solicitado. Este informe incluirá información en cuanto a mi carácter, los hábitos del trabajo, el desempeño y la experiencia, junto con razones para la terminación de empleadores pasados de previous de empleo ITom. Aún más, entiendo ese Anderson Columbia S.a., S.a., estará solicitando información con respecto a mi registro que maneja y/o la información de varios federal, el estado y otras agencias que mantiene los registros con respecto a ofensas de tráfico, los accidentes, etc., así como información concerniendo (1) manejar previo el registro los pedidos hechos por fiom de otros tales agencias del estado; (2) el estado proporcionado manejando los registros; (3) los reclamos que me implican en los archivos de compañías de seguros. Entiendo también que ese wiU trimestral de MVR es corrido en Conductores y en yo no soy permitido tener más de siete (7) los puntos en mi licencia en tiempo. Si eso es el caso, esto llevará al despido inmediato. Yo aJso entiendo que un informe criminal del fondo será solicitado.

Yo por la presente consiento a la colección por Anderson Columbia S.a., S.a., de sangre, la orina o la saliva prueban a mí, y para Anderson Columbia S.a., S.a., para realizar otras pruebas médicas necesarias para sustancias. Aún más, yo por la presente doy mi consentimiento para la liberación de los resultados de la prueba y otra información médica pertinente a Anderson Colombia autorizado S.a., S.a., los representantes para la revisión.

Certifico que yo no he tomado dentro de las pasadas 72 horas, ninguna droga ni la prescripción sin receta endrogan de otra manera que éstos listaron abajo:

Autorizo, sin reservaciones, cualquier partido o la agencia contactados por Anderson Columbia S.a., S.a., para proporcionar la información ya mencionada. Las fotocopias de esta forma son aceptables.

Fecha: _____

A Firma de solicitante: _____

A El Nombre del solicitante: _____

Anderson Columbia Co. Inc., es una Droga Liberta lugar de trabajo



ANDERSON; COLUMBIA co., INC.

P.O. Box 1829 • Lake City, FL 32056-1829
(386) 752-7585 • (386) 755-5430 FAX

Release Form

In connection with my application for employment (including contract for services) with Anderson Columbia Co., Inc., I understand that an investigative consumer report is being requested. This report will include information as to my character, work habits, performance and experience, along with reasons for termination of past employment from previous employers. Further, I understand that Anderson Columbia Co., Inc., will be requesting information concerning my driving record and/or information from various federal, state and other agencies which maintain records concerning traffic offenses, accidents, etc.. as well as information concerning (1) previous driving record requests made by others from such state agencies; (2) state provided driving records; (3) claims involving me in the files of insurance companies. I also understand that quarterly MVR's will be run on Drivers and I am not allowed to have more than seven (7) points on my license at any time. If so, this will lead to immediate dismissal. I also understand that a criminal background report will be requested.

I hereby consent to collection by Anderson Columbia Co., Inc., of blood, urine or saliva samples from me, and for Anderson Columbia Co., Inc., to conduct other necessary medical tests for substances. Further, I hereby give my consent for the release of the test results and other relevant medical information to authorized Anderson Columbia Co., Inc., representatives for review.

I certify that I have not taken within the past 72 hours, any over-the-counter drugs or prescription drugs other than those listed below:

Over- The-Counter-Drugs (i.e. aspirin, Contact, Nyquil)

Prescription Drugs

I authorize, without reservations, any party or agency contacted by Anderson Columbia Co., Inc., to furnish the above mentioned information. Photocopies of this form are acceptable.

Date

Applicant's Signature

Applicant's Name (please Print)

Anderson Columbia Co., Inc., is a Drug Free Workplace

INSTRUCTIONS

PLEASE READ ALL INSTRUCTIONS CAREFULLY BEFORE COMPLETING THIS FORM.

Anti-Discrimination Notice. It is illegal to discriminate against any individual (other than an alien not authorized to work in the U.S.) in hiring, discharging, or recruiting or referring for a fee because of that individual's national origin or citizenship status. It is illegal to discriminate against work eligible individuals. Employers CANNOT specify which document(s) they will accept from an employee. The refusal to hire an individual because of a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1 - Employee. All employees, citizens and noncitizens, hired after November 6, 1986, must complete Section 1 of this form at the time of hire, which is the actual beginning of employment. The employer is responsible for ensuring that Section 1 is timely and properly completed.

- If an employee is rehired within three (3) years of the date this form was originally completed and the employee's work authorization has expired or if a current employee's work authorization is about to expire (reverification), complete Block Band:
 - examine any document that reflects that the employee is authorized to work in the U.S. (see List A or C),
 - record the document title, document number and expiration date (if any) in Block C, and
 - complete the signature block.

Preparer/Translator Certification. The Preparer/Translator Certification must be completed if Section 1 is prepared by a person other than the employee. A preparer/translator may be used only when the employee is unable to complete Section 1 on his/her own. However, the employee must still sign Section 1 personally.

Photocopying and Retaining Form 1-9. A blank 1-9 may be reproduced provided both sides are copied. The Instructions must be available to all employees completing this form. Employers must retain completed 1-9s for three (3) years after the date of hire or one (1) year after the date employment ends, whichever is later.

Section 2 - Employer. For the purpose of completing this form, the term "employer" includes those recruiters and referrers for a fee who are agricultural associations, agricultural employers, or farm labor contractors.

For more detailed information, you may refer to the INS Handbook for Employers. (Form M-274). You may obtain the handbook at your local INS office.

Employers must complete Section 2 by examining evidence of identity and employment eligibility within three (3) business days of the date employment begins. If employees are authorized to work, but are unable to present the required document(s) within three business days, they must present a receipt for the application of the document(s) within three business days and the actual document(s) within ninety (90) days. However, if employers hire individuals for a duration of less than three business days, Section 2 must be completed at the time employment begins. Employers must record: 1) document title; 2) issuing authority; 3) document number, 4) expiration date, if any; and 5) the date employment begins. Employers must sign and date the certification. Employees must present original documents. Employers may, but are not required to, photocopy the document(s) presented. These photocopies may only be used for the verification process and must be retained with the 1-9. However, employers are still responsible for completing the 1-9.

Privacy Act Notice. The authority for collecting this information is the Immigration Reform and Control Act of 1986, Pub. L. 99-603 (8 U.S.C. 1324a).

This information is for employers to verify the eligibility of individuals for employment to preclude the unlawful hiring, or recruiting or referring for a fee, of aliens who are not authorized to work in the United States.

This information will be used by employers as a record of their basis for determining eligibility of an employee to work in the United States. The form will be kept by the employer and made available for inspection by officials of the U.S. Immigration and Naturalization Service, the Department of Labor, and the Office of Special Counsel for Immigration Related Unfair Employment Practices.

Submission of the information required in this form is voluntary. However, an individual may not begin employment unless this form is completed since employers are subject to civil or criminal penalties if they do not comply with the Immigration Reform and Control Act of 1986.

Section 3 - Updating and Reverification. Employers must complete Section 3 when updating and/or reverifying the 1-9. Employers must reverify employment eligibility of their employees on or before the expiration date recorded in Section 1. Employers CANNOT specify which document(s) they will accept from an employee.

Reporting Burden. We try to create forms and instructions that are accurate, can be easily understood, and which impose the least possible burden on you to provide us with information. Often this is difficult because some immigration laws are very complex. Accordingly, the reporting burden for this collection of information is computed as follows: 1) learning about this form, 5 minutes; 2) completing the form, 5 minutes; and 3) assembling and filing (recordkeeping) the form, 5 minutes, for an average of 15 minutes per response. If you have comments regarding the accuracy of this burden estimate, or suggestions for making this form simpler, you can write to both the Immigration and Naturalization Service, 425 I Street, N.W., Room 5304, Washington, D. C. 20536; and the Office of Management and Budget, Paperwork Reduction Project, OMB No. 1115-0136, Washington, D.C. 20503.

- If an employee's name has changed at the time this form is being updated! reverified, complete Block A.
- If an employee is rehired within three (3) years of the date this form was originally completed and the employee is still eligible to be employed on the same basis as previously indicated on this form (updating), complete Block B and the signature block.

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

LIST A	LIST 8	LIST C
<p>Documents that Establish 80th Identity and Employment Eligibility</p>	<p>Documents that Establish Identity</p>	<p>Documents that Establish Employment Eligibility</p>
<p>1. U.S. Passport (unexpired or expired)</p> <p>2. Certificate of U.S. Citizenship (<i>INS Form N-560 or N-561</i>)</p> <p>3. Certificate of Naturalization (<i>INS Form N-550 or N-570</i>)</p> <p>4. Unexpired foreign passport, with <i>1-551 stamp</i> or attached <i>INS Form I-94</i> indicating unexpired employment authorization</p> <p>5. Alien Registration Receipt Card with photograph (<i>INS Form 1-151 or 1-551</i>)</p> <p>6. Unexpired Temporary Resident Card (<i>INS Form I-688</i>)</p> <p>7. Unexpired Employment Authorization Card (<i>INS Form I-688A</i>)</p> <p>8. Unexpired Reentry Permit (<i>INS Form 1-327</i>)</p> <p>9. Unexpired Refugee Travel Document (<i>INS Form 1-571</i>)</p> <p>10. Unexpired Employment Authorization Document issued by the INS which contains a photograph (<i>INS Form I-6888</i>)</p>	<p style="text-align: center;">OR</p> <p>1~ Driver's license or 10 card issued by a state or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, sex, height, eye color, and address</p> <p>2. ID card issued by federal, state, or local government agencies or entities provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, sex, height, eye color, and address</p> <p>3. School 10 card with a photograph</p> <p>4. Voter's registration card</p> <p>5. U.S. Military card or draft record</p> <p>6. Military dependent's 10 card</p> <p>7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card</p> <p>8. Native American tribal document</p> <p>9. Driver's license issued by a Canadian government authority</p> <p style="text-align: center;">For persons under age 18 who are unable to present a document listed above:</p> <p>10. School record or report card</p> <p>11. Clinic, doctor, or hospital record</p> <p>12. Day-care or nursery school record</p>	<p style="text-align: center;">AND</p> <p>1. U.S. social security card issued by the Social Security Administration (<i>other than a card stating it is not valid for employment</i>)</p> <p>2. Certification of Birth Abroad issued by the Department of State (<i>Form FS-545 or Form DS-1350</i>)</p> <p>3. Original or certified copy of a birth certificate issued by a state, county, municipal authority or outlying possession of the United States bearing an official seal</p> <p>4. Native American tribal document</p> <p>5. U.S. Citizen 10 Card (<i>INS Form 1-197</i>)</p> <p>6. 10 Card for use of Resident Citizen in the United States (<i>INS Form 1-179</i>)</p> <p>7. Unexpired employment authorization document issued by the INS (<i>other than those listed under List A</i>)</p>

Illustrations of many of these documents appear In Part 8 of the Handbook for Employers (M-274)



ANDERSON COLUMBIA CO., INC.
P.o: Box 1829 • Lake City, FL 32056-1829 (904) 752-7585 •
Fax # 755"5430

90 Day Probation Form

Yo, _____ por la presente acepte empleo con Anderson
Columbia Co., Inc., para empezar: _____ como _____

Comprendo que en tiempo durante mi período de prueba, que está hasta (90) días de empleo, yo puedo ser terminado sin aviso previo para el incumplimiento de modo satisfactorio. Además, he recibido, leí y, comprendo con que las Políticas del Empleo de la Compañía y Prácticas y Manual de Política y Regulaciones de la Seguridad de la Compañía y concuerdo en conformarse con los como una condición de mi empleo continuado con *Anderson Columbia Co., Inc.*

Firma de empleado: _____ Fecha: _____

Authority to Release Check to a Third Party

Yo, _____ doy permiso a la compañía a permitir
_____ para recoger mi cheque de pago.

Firma de empleado: _____

Fecha: _____

Nombre: _____ Posicione para que usted aplica: _____

INFORMACION de PREFERENCIA de VETERANOS (Veterans' Preference Info)

La terminación de sección de Preferencia de los Veteranos debajo es hecho en una base voluntaria y mantenido confidencial de acuerdo con los norteamericanos con Incapacidades Acto. Listó debajo hay cuatro categorías de Preferencia de los Veteranos.

1. Un veterano con una incapacidad servicio-conectado que tiene derecho a para o para compensación recipiente, jubilación de disability o pensión bajo leyes públicas administradas por el Departamento de EEUU de Asuntos de Veterano y el Departamento de Defensa, o
2. El esposo de un veterano que no puede calificar para el empleo a causa de un suma y permanente incapacidad, o el esposo de un Veterano desaparecido en combate, captó o forzosamente retuvo por un poder extranjero, o
3. Un veterano de cualquier guerra que ha servido en el servicio militar por un día o más durante un período del tiempo de guerra, excluyendo servicio militar para entrenar. y que fue descargado bajo condiciones honorables de las Fuerzas armadas de Estados Unidos de América, o
4. La viuda o viudo de un veterano que se murió de un servicio incapacidad conectada

Un DD214 o el documento comparable, que sirve como un certificado de la liberación de descarga, debe ser proporcionado en aquel momento o la aplicación. Además, los solicitantes que reclaman categorías 1, 2, o 4 encima de debe proporcionar apoyando documentación de acuerdo con la provisión de Regla 'SA-7.013, FAC. Los períodos de tiempo de la guerra son definidos en Ii 1.01, F.S. La Preferencia de veteranos expirará después de que una persona elegible haya sido empleada por el estado o una agencia de una subdivisión política del estado. Bajo la ley de Florida, la preferencia en la cita será dada por el estado a esas personas en categorías 1 y 2 y entonces en esas categorías 3 y 4. La Preferencia de veteranos está sólo disponible al residents. de Florida.

I Si un solicitante que reclama la Preferencia de Veteranos para una vacante no es selected. él/ella puede archivar un sumiso con el Departamento de Florida de Asuntos de Veteranos, P. O. La caja 31003, el S. Petersburg. Florida 33731-8903. Una queja debe ser archivada dentro: 21 días del solicitante. recibiendo nota de la decisión que emplea hecho por la agencia que emplea o dentro de 3 meses del valle la aplicación es archivada con el empleador' si ninguna nota es dada.

VETERANS' PREFERENCE CLAIM (RECLAMO de PREFERENCIA de VETERANOS)

¿Si elegible, categoría de Preferencia de cuál Veteranos reclama usted? _____

¿Jamás ha sido empleado usted por alguna entidad gubernamental dentro del estado de Florida? ___Si o ___No

¿Es usted un residente del Estado de Florida? ___Si o ___No

Inspección de Oportunidad de Empleo Igualitaria (EEO Survey)

Aunque la información siguiente no sea obligatoria, es requerido a ayudar Columbia de Anderson S.a., S.a. en su compromiso a la Discriminación positiva de la Oportunidad de empleo Igualitaria. La negativa para contestar no tendrá como resultado tratamiento adverso de cualquier solicitante. Los solicitantes que creen ellos han sido discriminados puede archivar en contra una queja con la Comisión de Florida de Relaciones Humanas, Construyendo F. La serie 240, 32' John Knox Camino, Tallahassee, Florida 32303.

Posicione para que usted aplica: _____

Sexo: Macho: ___ Hembra: ___ Fecha de Nacimiento: _____

Raza: blanco (no-hispano) ___ Negro: ___ Asiático o Isleño Pacífico: ___ Hispano: ___ Indio: _____

Anderson Columbia Co., Inc.

Política droga-libre de lugar de trabajo

(Work –Place Drug Policy)

La DECLARACION DE la POLITICA:

Anderson Columbia Co., Inc. reconoce el problema de abuso de sustancia en nuestra sociedad, y ha aplicado una política droga-libre de lugar de trabajo que se conforma con el Estado de Florida, el Departamento de Trabajo y Seguridad de Empleo, la División de la Compensación de Trabajadores, Estatuto de Florida 440,101 y 440,102. El propósito de esta política es de disuadir el uso de drogas y alcohol en el lugar de trabajo estableciendo estándares y procedimientos para probar de droga de solicitantes de empleados y trabajo. El abuso de la sustancia que prueba en la Compañía incluye pre-empleo, aleatorio, el poste-accidente, y sospecha razonable. Una prueba confirmado positiva de la droga tendrá como resultado acción disciplinaria, inclusive terminación, para empleados actuales y una negativa para emplear el trabajo solicitantes. Adicionalmente, una prueba confirmado positiva de droga puede impresionar un hirió los trabajadores de empleado compensación los beneficios.

La CONFIDENCIALIDAD:

Toda información, los informes, las discusiones con probar laboratorios, y con resultados de investigación de droga, escrito o de otro modo, recibido por la Compañía son comunicaciones confidenciales. Sin embargo, tal información puede ser obtenida en el descubrimiento, o utilizado en un acto legal según un mandato judicial.

PROBAR Y PRESCRIPCION/el USO SIN RECETA de DROGA:

La Compañía puede probar para cualquier o todas las drogas siguientes en los niveles de corte de operaciones establecidos por Estado de Estatutos de Florida u HORAS como apropiada. Los solicitantes de empleados y trabajo son recordados para informar confidencialmente el uso de prescripción o uso sin receta de droga a la droga que prueba entidad antes de y después de la administración de la prueba de droga. Es la responsabilidad del empleado de informar a su supervisor inmediato cuando ellos toman una droga o la medicina prescritas ese bote o intervendrán con un trabajo. Listó en los corchetes [] son parte de las drogas más comunes, prescritas o no-prescritos que podrían afectar la droga que prueba resultados.

El alcohol [Todas medicinas líquidas que contienen alcohol de etilo (etanol). Como un ejemplo, Vicks Nyquil es 25% (50 prueba) alcohol de etilo, Comtrex es 20% (40 prueba), Contac Fuerza Fría Severa de Noche de Fórmula es 25% (50 prueba) y Listerine es 26% (54 prueba)]. El nivel del corte de operaciones es 0.05g/dl%.

Las anfetaminas [Obetrol, Biphedamine, Desoxyn, Dexedrine, Didrex]. El nivel del corte de operaciones de 500 ng/ML.

Cannabinoids [Marinol (Dronabinol, THC)]. El nivel del corte de operaciones de 15 ng/ML.

La cocaína [Cocaína HCl solución tópica (Roxanne)]. El nivel del corte de operaciones de 150 ng/ML.

Phencyclidine no legal por prescripción. El nivel del corte de operaciones de 25 ng/ML.

Methaqualone no legal por prescripción. El nivel del corte de operaciones de 150 ng/ML.

Las opiatas [Paregoric, Parepectolin, Donnagel PG, la Morfina, Tylenol con Codeína, Empirin con Codeína, APAP con Codeína, la Aspirina con Codeína, Robitussin C.A., Guiatuss C.A., Novahistine DH, Expectorante de Novahistine, Dilaudid (Hydromorphone), la Sra Contin y Roxanol (sulfato de morfina), Percodan, Vicodin, etc.] El nivel del corte de operaciones de 300 ng/ML.

Los barbitúricos [Phenobarbital, Tuinal, Amytal, Nembutal, Seconal, Lotusate, Fiorinal, Fioricet, Esgic, Butisol, Mebaral, Butabartital, Butabital, Phrenilin, la Tríada, etc.] El nivel del corte de operaciones de 150 ng/ML.

Benzodiazepines [Ativan, Azene, Clonopin, Dalmane, el Diazepam, Librium, Zanax, Serax, Traxene, el Valium, Verstran, Halcion, Paxipam, Restoril, Centrax]. El nivel del corte de operaciones de 150 ng/ML.

La metadona [Dolophine, Methadose]. El nivel del corte de operaciones de 150 ng/ML.

Propoxyphene [Darvocet, Darvon N. Dolene, etc.] El nivel del corte de operaciones de 150 ng/ML.

El individual ser probado será proporcionado una oportunidad de exponer en la custodia de orina e información de forma de control con respecto a prescripción o medicinas sin receta tomado o administrado o cualquier otra información médica pertinente.

FRACASO DE SOMETERSE:

Fracaso para someterse para endrogar probar de pantalla es insubordinación y es motivo para la suspensión sin paga o descarga del empleo. Los solicitantes del trabajo que fallan de informar para probar de droga no será considerado para el empleo con la Compañía. Si un empleado herido implicó en un desechos del accidente para someterse a una prueba para el alcohol u otras drogas, él pierde los beneficios de la compensación de sus trabajadores de elegibilidad.

ASSITANCE PARA EL EMPLEADO /PROGRAMAS DE REHABILITACION:

Listó sean abajo algunos de las entidades que ofrecen a Empleado Programas de Ayuda (EAP) o la droga/programas de rehabilitación de alcohol. La Compañía favorece a empleados a contactar estas organizaciones, u organizaciones semejantes, para buscar ayuda a dirigir abuso asuntos.

- Alcoholics Anonymous, (386) 758-4282, alcohol abuse
- Praxis Network, Inc., (386) 752-9937, drug rehabilitation
- Crossroads, (386) 752-6003, drug rehabilitation
- Another Way, (386) 717-2702, domestic violence
- Catholic Charities, (386) 754-4283, counseling, emergency assistance

REFUTANDO RESULTADOS:

Un empleado que recibe una prueba confirmado positiva de droga puede refutar los resultados al Oficial Médico de la Revisión (MRO) dentro de cinco (5) días de trabajo después de recibir notificación escrito del resultado de prueba. El personal puede proporcionar el nombre y número telefónico del MRO. Si el MRO todavía se siente que la prueba positiva es válida, el solicitante de empleado o trabajo puede refutar los resultados según las reglas establecidos por la Agencia de Florida para la Administración de Asistencia sanitaria. Su número de llamada gratuita es 888-419-3456.

Droga-Libre de lugar de trabajo Reconocimiento (Drug Free Workplace Acknowledgement)

Yo por la presente certifico que he recibido y leí la Anderson Columbia Política droga-libre del lugar de trabajo con respecto a abuso de sustancia, y ha tenido la política entera explicado a mí. Comprendo que conformándose con esta política es una condición de mi empleo.

Comprendo que si condiciones como especificado en la política indica lo es necesario, yo me someteré a la investigación del abuso de la sustancia. Yo también comprendo que fracaso para conformarse con una petición para la investigación de droga o un resultado positivo puede llevar a cesantía.

Concuerdo en someterse a una pantalla de la droga como parte de mi aplicación para el empleo. Comprendo que o negativa para someterse a la pantalla de la droga, o fracaso para calificar según los estándares mínimos establecidos por Columbia de Anderson S.a., S.a. para esta pantalla, me puede descalificar de consideración adicional para el empleo. Seré probado para drogas de uno o de todas las categorías siguientes: Las anfetaminas, cannabinoids, la cocaína, phencyclidine, methaqualone, las opiatas, los barbitúricos, benzodiazepines, la metadona, propoxyphene, y el alcohol.

Comprendo aún más que sobre el comienzo de empleo con Columbia de Anderson S.a., S.a., yo puedo ser requerido a someterse para endrogar la investigación por política de la empresa. Comprendo que negativa para tomar una pantalla necesaria de droga o fracaso para encontrar el conjunto mínimo de estándares para la pantalla, puede tener como resultado suspensión o descarga inmediatas.

Si soy herido en el curso y el alcance de mi empleo y pruebo positivo, pierdo mi elegibilidad para médico y los beneficios de indemnidad bajo Acto de la Compensación de los Trabajadores sobre el agotamiento de los remedios proporcionados en el de Florida 440.102(5) Estatuto.

He leído en lleno y comprendo el encima de declaraciones y condiciones de empleo como especificado por política de la empresa.

Firma de Aplicante: _____ **Imprima Nombre:** _____

ADMINISTRATIVO/ACCION CIVIL:

Los solicitantes del trabajo y empleados tienen la responsabilidad de notificar la droga que prueba el laboratorio de acción administrativa o civil trajo conforme a a Estatutos de Florida, el Capítulo 440,101 o 440,102. El laboratorio mantendrá que la muestra hasta que el caso o atracción administrativa sean asentados.

La OFICIAL CONSULTA REVISION MEDICA:

Los solicitantes del trabajo y empleados pueden consultar al Oficial Médico de Revisión (MRO) para la información técnica con respecto a prescripciones y medicinas sin receta. El personal puede proporcionar el nombre y número telefónico del MRO.

Numero Social: _____ **Fecha:** _____

Matrícula de Conductores: _____ **Estado:** _____