

Programa para un Lugar de Trabajo Sin Drogas

Carolina del Sur

Cómo personalizar este ejemplo de programa para un lugar de trabajo sin drogas

El siguiente es un ejemplo de programa para un lugar de trabajo sin drogas diseñado para ayudarle en sus esfuerzos de seguridad en el estado de Carolina del Sur. Hay algunos pasos que deberá completar para implementar su programa.

1. En los lugares apropiados de la carta abierta y póliza, añada el nombre de su empresa e información de contacto en la sección de la firma.
2. En el lugar marcado **[Compañía]** favor de reemplazar con el nombre de su compañía a lo largo de este documento.
3. Asegúrese de seleccionar los párrafos apropiados relacionados con su programa de asistencia para empleados y elimine los párrafos que no son apropiados para su empresa. Para encontrar proveedores en su área, busque "centros de tratamiento de abuso de sustancias" en línea.
4. Los empleados deben firmar el **Formulario de Consentimiento de la Política para un Lugar de Trabajo Sin Drogas** y entregarlo a su representante de Recursos Humanos/Personal para que lo coloque en los expedientes de cada empleado.
5. Proporcione a todos los empleados nuevos y actuales una copia de esta póliza. Una copia de la póliza también debe permanecer visible en las áreas comunes de los empleados.

Actualizando su póliza existente para un Lugar de Trabajo sin drogas

Si está utilizando este programa de ejemplo para enmendar su póliza actual para tener un Lugar de Trabajo sin drogas, complete los pasos anteriores y añada la fecha actual en la parte superior de la página número uno con la palabra "**Revisado**" al lado de la fecha.

La información en esta publicación se presenta con la intención de servir como orientación y no como una interpretación legal de cualquier ley, norma o regulación federal, estatal o local la cual pueda aplicar a su empresa. Se aconseja a todos los empleadores que busquen asesoría legal antes de implementar pólizas sobre el abuso de sustancias. La responsabilidad de Summit Consulting LLC y sus aseguradoras gestionadas se limita a los términos, límites, condiciones y exclusiones de las pólizas de seguro suscritas por cualquiera de ellas.

**Programa para un Lugar de Trabajo Sin Drogas
Carolina del Sur**

Una Carta Abierta a los Empleados de

[Compañía]

El consumo ilegal de drogas y el abuso de alcohol son problemas que invaden el lugar de trabajo y ponen en peligro la salud y la seguridad de las personas que abusan de sustancias y de aquellos que trabajan a su alrededor. [Compañía] tiene el compromiso de crear y mantener un lugar de trabajo seguro y productivo libre de abuso de sustancias.

[Compañía] ha elaborado una póliza con respecto al consumo ilegal de drogas y el abuso de alcohol que [Compañía] cree que es en beneficio de todos los empleados. Esta política se diseñó teniendo en cuenta dos principios básicos: (1) Los empleados merecen trabajar en un ambiente laboral que esté libre de los efectos del consumo de drogas o del abuso de alcohol y sus problemas relacionados, y (2) [Compañía] tiene la responsabilidad de mantener un lugar de trabajo seguro y saludable.

Para ayudar a [Compañía] a ofrecer un lugar de trabajo seguro y saludable, mantenemos un archivo que contiene información sobre diversos tipos de recursos de asistencia al empleado en nuestra comunidad, que incluyen, entre otros, programas para tratar el abuso de alcohol y drogas. Le recomendamos que use este recurso, si fuera necesario.

La póliza sobre el Abuso de Sustancias de [Compañía] declara formal y claramente que el consumo ilegal de drogas o el abuso de alcohol o de medicamentos recetados no es compatible con el empleo y no será tolerado. Como medio para mantener nuestra póliza, hemos implementado exámenes toxicológicos para los empleados activos. Un empleado cuya conducta infrinja la póliza para un lugar de trabajo sin drogas de [Compañía] recibirá sanciones disciplinarias y, posiblemente, será despedido.

Es importante que todos colaboremos para hacer que [Compañía] sea un lugar de trabajo sin drogas y un ambiente laboral seguro y gratificante.

Atentamente,

[Representante de la]
[Compañía Cargo]

Póliza sobre el Abuso de Sustancias

Declaración

[Compañía] tiene el compromiso de ofrecer un ambiente laboral seguro, productivo y libre de abuso de sustancias, así como de promover el bienestar y la salud de sus empleados. Este compromiso corre peligro cuando un empleado consume ilegalmente drogas dentro o fuera del trabajo; llega a trabajar bajo los efectos de drogas; posee, distribuye o vende drogas en el lugar de trabajo; o abusa del alcohol en el trabajo. Por lo tanto, hemos establecido la siguiente póliza:

- a. Constituye una infracción contra la póliza de la compañía cuando un empleado consume, posea, venda, trafique, ofrezca para la venta o solicite para comprar drogas o se involucre de alguna manera en el consumo ilegal de drogas dentro o fuera del trabajo.
- b. Constituye como una infracción contra la póliza de la compañía si un empleado se presente a trabajar bajo los efectos de drogas ilegales y/o posea en su cuerpo, sangre u orina drogas ilegales en cualquier cantidad detectable.
- c. Constituye como infracción contra la póliza de la compañía si un empleado se presente a trabajar bajo los efectos del alcohol o en estado de ebriedad.
- d. Constituye como infracción contra la póliza de la compañía si un empleado use medicamentos recetados que no se hayan obtenido legalmente o que use medicamentos recetados de un modo o para un propósito que no sea para el que se haya recetado. (Esta póliza, por supuesto, permite el uso apropiado de medicamentos recetados legalmente).
- e. Las infracciones contra esta póliza están sujetas a medidas disciplinarias que incluyen hasta el despido, la denegación de los beneficios por desempleo y la pérdida de beneficios del seguro de accidentes laborales.

La siguiente es una lista parcial de sustancias controladas. Las demás sustancias controladas se identifican en la Ley de Sustancias Controladas.

- Narcóticos (*heroína, morfina, etc.*)
- Cannabis (*marihuana, hachís*)
- Estimulantes (*cocaína, píldoras para adelgazar, etc.*)
- Depresores (*tranquilizantes*)
- Alucinógenos (*PCP, LSD, “drogas de diseño”, etc.*)

Esta póliza está diseñada para ayudar a los empleados que necesitan asistencia por el abuso de sustancias y para enviar un mensaje claro de que el abuso de drogas y alcohol no es compatible con el lugar de trabajo de [Compañía].

Procedimientos generales

Un empleado que se presente a trabajar visiblemente discapacitado será considerado como incompetente para desempeñar correctamente las labores requeridas y no se le permitirá trabajar. Si es posible, el supervisor del empleado primero buscará la opinión de otro supervisor para confirmar el estado del empleado. A continuación, el supervisor consultará en privado al empleado para determinar la causa de la observación, e incluso para determinar si se incurrió en abuso de sustancias. Si, a criterio del supervisor, se considera que el empleado está discapacitado, se harán los arreglos necesarios para transportar de manera segura al empleado a su domicilio o a un centro médico. El empleado discapacitado no se le permitirá conducir. El empleado puede ser acompañado por el supervisor o por otro empleado, si fuera necesario. Es posible que se pida un examen toxicológico.

Confidencialidad

[Compañía], los laboratorios, los funcionarios de revisión médica, las compañías de seguros, los programas de rehabilitación de drogas o alcohol y los programas de prevención de drogas de nuestra compañía, incluyendo los representantes que reciban o tengan acceso a la información relacionada con los resultados del examen, deben mantener toda la información confidencial. La divulgación de dicha información en cualquier otra circunstancia se realizará únicamente en conformidad con un formulario de consentimiento escrito firmado voluntariamente por el empleado que se sometió al examen o la persona que este designe, a menos que la divulgación se realice a través de una agencia del estado en un procedimiento civil o administrativo, una orden de un tribunal de jurisdicción competente o la determinación de una junta regulatoria profesional u ocupacional en un procedimiento disciplinario relacionado. Los resultados del examen no se divulgarán para ninguna cuestión penal en contra del empleado, ni se podrán usar ni serán admisibles en tales casos.

Procedimiento del Examen

Nuestro procedimiento de examen por abuso de sustancias incluye una disposición para la toma de muestras al azar de cualquier persona que reciba cualquier tipo de salario o remuneración. Si se requiere un segundo examen, se dividirá la misma muestra para usarse en el primer examen y en el segundo examen. Los resultados positivos se comunicarán por escrito al empleado dentro de las 24 horas de que [Compañía] reciba los resultados del examen. Los registros del examen se mantendrán archivados durante un año como máximo.

Programa de Asistencia al Empleado

A: Si su compañía no ofrece un Programa de Asistencia al Empleado, elimine esta línea y los párrafos de la sección B a continuación:

Aunque **no** mantenemos un Programa de Asistencia al Empleado (EAP), disponemos de una lista de proveedores locales de tratamiento de drogas y alcohol y servicios familiares a los que usted puede tener acceso sin la intervención de [Compañía].

Es responsabilidad del empleado buscar ayuda **antes** de que los problemas con el alcohol y las drogas tengan como resultado medidas disciplinarias. Una vez infringida esta póliza, la búsqueda posterior de tratamiento de forma voluntaria no disminuirá necesariamente la medida disciplinaria y, de hecho, podría no tener ninguna incidencia en la determinación de la medida disciplinaria.

Un proveedor médico puede brindarle una evaluación, asesoramiento o referencia al tratamiento que corresponda al abuso de alcohol o drogas. Es posible que a los empleados se les conceda un permiso de ausencia con una reincorporación condicional al trabajo, que dependerá de la finalización satisfactoria del régimen de tratamiento acordado, que puede incluir exámenes toxicológicos.

El costo de la búsqueda de asistencia será responsabilidad del **empleado** y estará sujeto a las disposiciones del plan de seguro de salud de la [Compañía], si tiene uno. Consulte con el proveedor los detalles relacionados con este asunto.

B: Si su compañía sí ofrece un Programa de Asistencia al Empleado, elimine esta línea y los párrafos de la sección A de arriba:

[Compañía] mantiene un Programa de Asistencia al Empleado (EAP). El objetivo de un Programa de Asistencia al Empleado es brindar ayuda a los empleados y familiares que sufren del abuso de alcohol, abuso de drogas u otros problemas de salud mental. Los empleados pueden acceder a estos servicios sin la intervención de [Compañía].

Es responsabilidad del empleado buscar ayuda de un Programa de Asistencia al Empleado **antes** de que los problemas con el alcohol y las drogas tengan como resultado medidas disciplinarias. Una vez infringida esta póliza, la búsqueda posterior de tratamiento a través de un Programa de Asistencia al Empleado de forma voluntaria no disminuirá necesariamente la medida disciplinaria y, de hecho, podría no tener ninguna incidencia en la determinación de la medida disciplinaria correspondiente.

Nuestro Programa de Asistencia al Empleado proporcionará la evaluación, el asesoramiento o la referencia para el tratamiento que corresponda al abuso de alcohol o drogas. Es posible que a los empleados se les conceda un permiso de ausencia con una reincorporación condicional al trabajo, supeditada a la finalización satisfactoria del régimen de tratamiento acordado, que puede incluir exámenes toxicológicos.

El costo de la búsqueda de asistencia del programa será responsabilidad del **empleado** y estará sujeto a las disposiciones del plan de seguro de salud de la [Compañía], si tiene uno. Consulte con el proveedor qué costos podrían ser su responsabilidad.

Formulario de Consentimiento de la Póliza para un Lugar de Trabajo Sin Drogas

Por medio del presente documento, certifico que he recibido y leído la Póliza sobre el Abuso de Sustancias de [Compañía] y que me han explicado el Programa para la Prevención de Drogas en el Lugar de Trabajo de Carolina del Sur, de acuerdo con S.C. Code Ann. § 41-1-15 (2020).

Entiendo que, si soy seleccionado al azar para un examen de detección de abuso de sustancias, me someteré a dicho examen. También entiendo que el incumplimiento de una solicitud para un examen de detección de abuso de sustancias o un resultado positivo en dicho examen puede tener como consecuencia mi despido y la denegación de beneficios por desempleo, y también puede afectar mi derecho a obtener beneficios del seguro de accidentes laborales. Además, autorizo la divulgación de los resultados del examen de detección de abuso de sustancias al siguiente personal de [Compañía], a efectos de cumplir con la Póliza sobre el Abuso de Sustancias de [Compañía] y el programa para la prevención de drogas:

[Inserte los nombres del personal]

Este consentimiento permanecerá vigente mientras siga siendo empleado de [Compañía]. El abajo firmante declara además que ha leído y comprendido el reconocimiento previo y firma a continuación por su propia voluntad.

Firma

Fecha

Testigo

Fecha