

**WCISAP: WASHINGTON CONSTRUCTION INDUSTRY SUBSTANCE ABUSE PROGRAM
TEST AUTHORIZATION**

Collectors - See Instructions Below in Section 2!

Attention: Participating Employers Use this form only when testing the following employees for WCISAP:

**Carpenters
Cement Masons Local 528**

**Laborers
Glaziers Local 188**

**Participating Non-Bargaining
Office Staff**

Empleadoras: Complete la Sección 1 a continuación. Los empleados deben presentarse en un sitio de colección autorizado de WCISAP y presentar este documentado al llegar al sitio.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE PRUEBA - ¡DEBE SER COMPLETADO!

(Para recibir la tarjeta de WCISAP y cheque de reembolso*, se requiere el sindicato, dirección, y número de seguro social del empleado.)

_____	_____	_____		
Nombre de Empleado (favor de imprimir)	Nombre de Empleador	Número de Empleador		
_____	_____	_____		
Número de Seguro Social del Empleado	Fecha de Nacimiento de Empleado	Nombre de Supervisor		
_____	_____	_____		
Dirección de Empleado	(Calle)	(Ciudad)	(Estado)	(Zip)

Tipo de Empleado:

- Empleado del Sindicato Empleado que no pertenece al Sindicato
- Carpenter Laborer Cement Mason Glazier (*miembros de L188 toman la prueba en tiempo pagada del empleadora – no se emite ningún reembolso.)

Tipo de Prueba: Pre-Programa Post-Accidente** Sospecha Razonable**

**** PRUEBAS DE POST-ACCIDENTE Y SOSPECHA RAZONABLE SE REQUIERE UNA PRUEBA DE ALCOHOL EN ALIENTO.** El empleado debe presentarse en un sitio de colección que ofrezca este tipo de prueba. Nota: Siempre se debe proporcionar la atención médica necesaria antes de realizar pruebas de detección de drogas o alcohol a un empleado. Si se sospecha que un empleado está bajo la influencia de drogas o alcohol, el empleador debe acompañar al empleado al sitio de recolección y organizar el transporte a su hogar. Complete el Formulario de Documentación Post-Accidente/Sospecha Razonable (Exhibita 1) y guarde una copia para sus archivos. El sitio de recolección no requiere una copia de este formulario. No se emite ningún cheque de reembolso para estas pruebas.

SECTION 2: COLLECTION SITE INSTRUCTIONS

- IMPORTANT INFORMATION:*** 1. WRITE EMPLOYER NAME IN LOCATION FIELD ON CHAIN OF CUSTODY
2. WHEN COLLECTION IS COMPLETE, EMAIL THIS FORM, & BAT RESULT TO cwf@cleanworkforce.com
3. SEND INVOICE TO CleanWorkForce: P.O. Box 34248 Seattle, WA 98124 -- not to the employer

Name of Laboratory: LabCorp
Account Name: WCISAP
Account Number: Bargaining Unit Employee: 999147 Non-Bargaining Unit Employee: 999146
Test Profiles: Pre-Program: Default
Post-Accident, Reasonable Suspicion: Default plus Breath Alcohol Test
Special Requirements: Split Specimen