

Afiliados y personal del programa EAP: Por favor ofrezcan leer las siguientes declaraciones a los participantes del programa EAP y analizar el contenido con ellos; además, proporcionen cualquier asistencia adicional necesaria para revisar y entender este documento, especialmente a las personas con necesidades especiales.

PROGRAMA DE AYUDA PARA EMPLEADOS
DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA EAP REFERIDO
FORMAL O MANDATORIO

A los participantes de nuestro programa EAP:

Beacon Health Options, Inc. está complacido de saber que usted ha decidido usar nuestro Programa de Ayuda para Empleados ("EAP" por sus siglas en inglés). El programa EAP es un servicio voluntario para los empleados elegibles y sus familiares directos. Usted debe saber algunas cosas antes de comenzar a evaluar las razones por las cuales se comunicó con el programa EAP.

Algunas veces es difícil hablar sobre problemas personales. Por esta razón, la confidencialidad es sumamente importante para nosotros. Observaremos todas las precauciones necesarias para proteger la confidencialidad de su visita con nosotros. Se mantendrá, de una manera segura y confidencial, un registro escrito y electrónico (fecha, hora, razón de la reunión) de sus contactos con el programa EAP. Fuera del programa EAP, ninguna persona tendrá acceso a los registros, excepto en la medida que la ley lo requiera, tal como se describe a continuación. Para acceder a su archivo, comuníquese con Beacon Health Options, Inc.

Esto provee una oportunidad para discutir sus problemas personales con nosotros. Le ayudaremos mediante una evaluación de los asuntos presentes y luego desarrollaremos un plan de acción con usted. El plan de acción puede incluir referido con un proveedor de servicios apropiado que le ayude a resolver los asuntos. Después de hacer esta recomendación, realizaremos un seguimiento para determinar los próximos pasos.

Legalmente es permitido divulgar información bajo las siguientes condiciones: si obtenemos información acerca del maltrato o abandono de niños, adultos mayores, o adultos con discapacidades, si usted representa una amenaza de lesión corporal inminente hacia sí mismo u otros, si recibimos orden del tribunal de presentar registros, será nuestra responsabilidad acatarla, cumpliendo requisitos del estado, federal y otros, y si obtenemos información sobre circunstancias que requieren intervención médica de inmediato.

Desde que usted fue formalmente referido al EAP por su supervisor, se le va a pedir que firme una autorización de información para referencias formales o mandatarias al EAP. Con esta autorización, la siguiente información no-clínica será entregada a su supervisor u otro representante designado:

1. Si usted está o no está comunicándose con el EAP;
2. Si se le recomendó o no algún tratamiento; y
3. Si usted está participando y cumpliendo con su plan de tratamiento.
4. Otra información que usted designe.

No se le proveerá a su supervisor información clínica sobre su problema específico. Nota: Su patrono puede tomar medidas disciplinarias basadas en la información provista o basada en su denegación de proporcionar información.

En la medida que sea posible, deseamos asegurarnos que el consejero con quien tendrá sus sesiones sea una persona con quien usted se sienta cómodo. Por ejemplo, algunas personas prefieren un consejero de género, orientación sexual, grupo étnico o religión específicos. Si éste es su caso, Beacon Health Options, Inc. desea brindarle la oportunidad de que nos lo informe con el fin de que podamos recomendar un consejero apropiado para usted. Si tuviera alguna preocupación, o si no está satisfecho con el programa EAP o con su consejero, por favor comuníquese con Beacon Health Options, Inc.

Cualquier servicio del programa EAP proporcionado por Beacon Health Options, Inc. es gratuito para usted. Sin embargo, el Programa de Ayuda para Empleados no cubre los costos de terapias, recursos o servicios de tratamiento de la comunidad que podrían recomendarse. Trataremos de mantener información actualizada de su cobertura de seguro médico con el fin de recomendarle proveedores cubiertos por su plan. Sin embargo, será su responsabilidad verificar si su seguro cubre el costo de dichas terapias u otros tratamientos o recursos.

Por el presente declaro que he leído y entiendo esta Declaración de Entendimiento.

Nombre del empleado (en letra de imprenta)

Firma del empleado

Fecha