



STATE OF NEW JERSEY

Phil Murphy
GOVERNOR

Tahesha Way
LT. GOVERNOR

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
PO BOX 726
TRENTON, NJ 08625-0726

Sarah M. Adelman
COMMISSIONER
Jonathan Seifried
Assistant Commissioner
TEL. (609) 631-2200

Acuse de recibo de información sobre la "Ley de Danielle"

He recibido la siguiente información sobre la Ley de Danielle:

De acuerdo con la Ley Danielle, se debe llamar al 911 en emergencias que pongan en peligro la vida. Según la definición de la ley, «Una emergencia que pone en peligro la vida significa una situación en la que una persona prudente podría creer razonablemente que es necesaria una intervención inmediata para proteger la vida de una persona que recibe servicios, o para proteger la vida de otras personas en el centro o agencia de una amenaza inmediata o la ocurrencia real de una lesión potencialmente mortal, deterioro de las funciones corporales o disfunción de un órgano o parte del cuerpo



No llamar al 911 en una emergencia que ponga en peligro la vida conlleva multas monetarias: \$5,000 por la primera infracción, \$10,000 por la segunda y \$25,000 por la tercera y subsiguientes. Además, un profesional de la salud, con licencia o autorización alternativa para prestar servicios, puede estar sujeto a la revocación de dicha licencia profesional u otra autorización para ejercer como profesional de la salud.

Recibí capacitación sobre la Ley de Danielle, incluida una presentación en Power Point sobre la Ley de Danielle, una copia de la biografía de Danielle, una hoja informativa sobre emergencias que amenazan la vida y una copia del Capítulo 191, la ley real.

I Entiendo que es mi responsabilidad llamar al 911 si una persona atendida por la División de Discapacidades del Desarrollo experimenta una emergencia que ponga en peligro su vida, según lo define la Ley Danielle. Entiendo que es responsabilidad de los profesionales médicos de emergencia evaluar la gravedad de la emergencia. Mi responsabilidad es llamar al 911, proporcionar información sobre el estado de la persona y dirigir a los servicios de emergencia al lugar de la emergencia. También es mi responsabilidad brindar atención inmediata hasta que lleguen los profesionales médicos de emergencia y se hagan cargo.

Firma

Imprimir Nombre

Fecha

Título

Nueva Jersey es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades



KRECONOCIMIENTO DE LA LEY DE KOMNINON

Acuse de recibo de información sobre la “Ley de Komnino”

He recibido la siguiente información relativa a la Ley de Komnino::

La Ley de Komnino (P.L. 2017 Capítulo 238) brinda protección a las personas con discapacidades del desarrollo a través de la rendición de cuentas y la transparencia..

Se han realizado las protecciones siguientes:

1. Visitas aleatorias y frecuentes al sitio del DHS – Se realizarán visitas y evaluaciones sin previo aviso por parte de empleados designados del DHS varias veces al año. El personal debe permitir el ingreso al programa a las personas debidamente identificadas y proporcionar la información solicitada según sea necesario para la visita/evaluación.

2. Cronograma de informes de lesiones – Todo miembro del personal debe informar a su supervisor sobre cualquier lesión sufrida por los beneficiarios del servicio, incluyendo las causadas por abuso, negligencia o explotación, tan pronto como sea seguro hacerlo e inmediatamente si la situación lo permite. La gerencia transmitirá la información necesaria a la DDD, los tutores y las personas autorizadas por la HIPAA dentro del plazo de dos horas para la presentación de informes.

- a. **Pruebas de drogas** - AToda persona que solicite empleo como miembro del personal de atención directa en un programa, centro o vivienda autorizado o financiado por el departamento (DHS) deberá consentir y someterse a pruebas de drogas para detectar sustancias peligrosas controladas como condición de dicho empleo.
- b. Los empleados serán seleccionados aleatoriamente a lo largo del año para someterse a pruebas de drogas. Dar positivo por consumo ilegal de cualquier sustancia controlada peligrosa o negarse a someterse a las pruebas de drogas resultará en el despido..

Reuniones con y compartir información de contacton - Para brindar a los padres y tutores la oportunidad de compartir experiencias sobre las personas, de acuerdo con la Ley de Komnino, la agencia solicitará la información de contacto de cada parent o tutor de una persona con discapacidad del desarrollo. La agencia les informará que, si están de acuerdo, la agencia intercambiará información de contacto con otros padres y tutores de personas con discapacidad del desarrollo..

Reconozco que he recibido capacitación sobre la Ley de Komnino, cómo afecta mi lugar de trabajo y cuáles son mis responsabilidades en estas situaciones.

Staff Name Printed

Signature

Date



FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE CAPACITACIÓN DE EMPLEADOS DE HIPAA

DECLARACIÓN

Reconozco haber recibido y revisado detenidamente los folletos educativos sobre HIPAA de Alay Home Care y haber asistido a la sesión de capacitación sobre HIPAA en la fecha firmada a continuación. Esta sesión incluyó capacitación sobre las leyes y regulaciones federales y estatales relativas a las normas de privacidad y seguridad de HIPAA, que exigen el uso de medidas de confidencialidad, integridad y accesibilidad para la información médica protegida (PHI) del paciente.

Acepto cumplir estrictamente con los principios establecidos en la capacitación de Alay Home Care sobre HIPAA y las Políticas y procedimientos de privacidad y seguridad de la organización, que incluyen, entre otros:

- Mínimo necesario;;
- Mantener la confidencialidad de la PHI;
- Derechos de privacidad del paciente bajo la HIPAA;
- Administración de contraseñas;
- Procedimientos y requisitos de inicio de sesión; e
- Identificar y reportar incidentes de seguridad.

Recibí capacitación sobre las políticas y procedimientos específicos de mis funciones laborales y las comprendo.

Acepto cumplir con las políticas y procedimientos y, en general, mantener la confidencialidad e integridad de la información médica protegida (PHI).

Entiendo que estaré sujeto a medidas disciplinarias, que pueden incluir el despido, si incumplio los principios establecidos en la sesión de capacitación sobre HIPAA.

Además, entiendo que las Políticas y Procedimientos de Privacidad y Seguridad de HIPAA no constituyen un contrato de trabajo.

(Firmar)

(Titulo)

(Fecha)



COMPROBACION ANUAL DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, _____, _____
((NOMBRE Y CARGO EN LETRA IMPRENTA))

Entiendo plenamente que toda la información del paciente, así como sus expedientes clínicos y administrativos, es material confidencial que debe tratarse como tal para respetar y proteger los derechos de los pacientes, cumplir con la Ley Federal (HIPAA) relativa a la protección de la información médica del paciente y mantener la credibilidad de la Compañía.

También he recibido orientación sobre la política de la Compañía sobre la confidencialidad de la información relacionada con el VIH. Soy consciente de que:

Solo el personal que necesita información para brindar atención médica a un paciente tiene derecho a leer los expedientes, en la medida en que su trabajo lo requiera. Esta información debe mantenerse confidencial y solo las personas involucradas en su atención deben discutirla en un entorno privado.

Ninguna persona a quien se le haya revelado información confidencial relacionada con el VIH podrá divulgarla a otra persona, excepto según lo autorice la ley.

Durante mi orientación inicial, recibí y conservo una copia del Manual de Orientación/Manual del Empleado, que contiene información sobre confidencialidad, confidencialidad del VIH e incluye la Declaración de Ética de la agencia.

Es mi responsabilidad proteger el derecho a la confidencialidad de todos los pacientes.

Como empleado de Alay Home Care, he leído todas las políticas y procedimientos de la agencia en materia de confidencialidad.

Entiendo que cualquier incumplimiento de esta política puede resultar en el despido.

(Firmar)

(Titulo)

(Fecha)



FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DE REORIENTACIÓN

VERIFICACIÓN DE:

1. Reorientación de Alay

2. Política de la empresa

3. Capacitación HIPAA

4. Ley de Danielle

5. Ley de Komnino

AVISO IMPORTANTE

I Por la presente, autorizo a cada uno de mis antiguos empleadores y/o agencias mencionadas como referencia a responder con veracidad a todas las consultas realizadas por Alay Home Care y a proporcionar toda la información pertinente que Alay Home Care pueda solicitar.

En consideración a mi colocación en Alay Home Care, me comprometo a no aceptar ni buscar empleo, directa ni indirectamente, de ningún cliente de Alay Home Care al que me hayan asignado, durante un período no inferior a tres (3) meses a partir de la última fecha en que fui asignado al cliente. Esta restricción permanecerá vigente hasta tres (3) meses después de la última fecha en que Alay Home Care me haya asignado. En caso de incumplimiento de este acuerdo, acepto pagar a Alay Home Care, previa solicitud, la suma de \$750.00 en concepto de daños y perjuicios.

La siguiente "Declaración de Empleo a Voluntaria" garantiza que ni el empleado ni la agencia están sujetos al contrato de empleo vitalicio. Como empleado, usted tiene derecho a rescindir su contrato con Alay Home Care en cualquier momento y por cualquier motivo. Alay Home Care se reserva el mismo derecho. La "Declaración de empleo a voluntad" no es exclusiva de Alay Home Care y no representa un cambio con respecto a las políticas y prácticas anteriores..

DECLARACIÓN DE EMPLEO A VOLUNTAD

I Entiendo que mi empleo puede ser rescindido con o sin causa y con o sin previo aviso en cualquier momento, a discreción de la agencia o de mí mismo. Asimismo, entiendo que ningún representante de la gerencia tiene autoridad para celebrar ningún contrato de trabajo por un período específico ni para celebrar ningún acuerdo contrario a lo anterior.

Por la presente, autorizo a Alay Home Care a presentar una solicitud al Fiscal General de los Estados Unidos para que realice una búsqueda en los registros de la División de Servicios de Información de Justicia Penal del Buró Federal de Investigaciones (FBI) de cualquier antecedente penal correspondiente a las huellas dactilares u otra información de identificación que he presentado. Asimismo, autorizo el intercambio de dicha información entre el Fiscal General de los Estados Unidos, el Departamento de Servicios Humanos del Estado de Nueva Jersey y Alay Home Care. Esta información solo podrá ser utilizada por Alay Home Care y únicamente con el fin de determinar mi idoneidad para un puesto relacionado con la atención directa al paciente.

Por la presente, libero a Alay Home Care de cualquier reclamación que pueda tener por su decisión de no contratarme basándose en los resultados obtenidos de la verificación de antecedentes penales. Entiendo que no seré elegible para recibir beneficios del seguro de desempleo si me despiden por una causa justificada, incluida la destitución por una condena por un acto delictivo que constituya un delito grave o cualquier otro acto descalificador reglamentario..

Afirmo y reconozco que se me proporcionó una reorientación para empleados.

Nombre del empleado (Imprimir)

Firma del empleado

Fecha



FORMULARIO DE DECLARACIÓN

Nombre De Empleador: _____ Fecha: _____

Declaración de registro limpio:

Por la presente declaro que nunca fui considerado civilmente responsable por abuso o negligencia de una persona con discapacidades del desarrollo.

Firmado: _____

Formulario de permiso de información de registros:

Por la presente, doy permiso a Alay Home Care para que se ponga en contacto con agencias u organizaciones externas para acceder a cualquier información o documentación necesaria, como documentación de capacitación, que pueda necesitarse en relación con mi empleo.

Firmado: _____

Formulario de autorización de fotografías:

Doy permiso para que se me tomen fotografías o videos durante mi empleo en Alay Home Care. Entiendo que estas fotos o videos pueden usarse para folletos informativos o educativos, presentaciones u otros fines de presentación pública.

Firmado: _____

Declaración de historial de conducción limpio:

Por la presente, certifico que tengo una licencia de conducir válida. y que tengo un historial de conducción limpio. Informaré a Alay Home Care inmediatamente si mi historial de conducción se ve comprometido. El personal no puede transportar personas si no tienen un historial de conducción limpio. Además, me aseguro de mantener la cobertura de seguro vigente en los vehículos que conduzco en todo momento. Por la presente, doy permiso a Alay Home Care para realizar una verificación del resumen del historial de conducción en cualquier momento.

Firmado: _____

Solo para uso de oficina

Proporciono una copia del diploma NY Fecha de contacto con la escuela para obtener el diploma: _____

Verificada por: _____

Fecha: _____



Formulario de reconocimiento del empleado

Todos los empleados son conscientes de lo siguiente:g:

1. Independientemente de si usted es familiar, pariente o amigo que asiste a un consumidor, se le considera empleado de Alay Home Care durante su jornada laboral. Está sujeto a las normas de documentación establecidas por la DDD..
 - a. Complete el Registro Diario (Formularios) dentro de las 48 horas posteriores a su turno
 - b. Envíe el Registro Diario (en papel) por correo electrónico o correo postal dentro de la semana.
2. Independientemente de si es familiar, pariente o amigo que asiste a un consumidor, se le considera empleado de Alay Home Care durante el horario laboral. Está sujeto a capacitación inicial y continua del personal según la DDD..
 - i. Paquete de capacitación obligatoria del sistema DDD
 - ii. Prevention of Abuse, Neglect & Exploitation: Modules 1, 3, 4, 5, and 7
 1. Competencia en Abuso, Negligencia y Explotación
 2. iii. Capacitación en Derecho Stephen Komninos (DDD)
 1. Pre-Empleo
 3. Pruebas de drogas aleatorias
 - iii. Emergencias con riesgo vital (DDD) (Ley de Danielle)
 - iv. Cambio de Expectativas (DDD): Cambios en la Percepción, Experiencia de Vida y Servicios
- b. Toma de Huellas Dactilares (Verificación de Antecedentes)
- c. Presentación de Información del Registro de Abuso Infantil (CARI)
- d. Verificación del Registro Central
- e. Certificación en RCP/Primeros Auxilios
 - i. Apoyo Conductual Positivo (PBS) (si corresponde)
 - ii. PBS CDS
 - iii. PBS Boggs Training
 - iv. Capacitación en Medicación (si corresponde)
- f. Prácticas de Medicación
- g. Orientación
- h. Desarrollo profesional anual (capacitaciones obligatorias, orientación, seminarios, seminarios web, capacitación en servicio)
 - i. Capacitación de personal especializado
 - j. Procedimientos de evacuación y emergencia en caso de incendio
 - k. Precauciones universales
3. DLAs horas de DDD a través del Programa de Apoyos (SP) o el Programa de Atención Comunitaria (CCP) NO deben superponerse con ningún otro programa gubernamental, incluidos, entre otros::
 - a. Programa de preferencias personales (PPP)
 - b. Asistencia de cuidado personal (PCA)
 - c. Programas diurnos
 - d. Seguro médico del estado
4. Servicios de dos a uno (2:1): cualquier turno que requiera 2 cuidadores por cada consumidor debe ser aprobado a través de DDD y documentado en el ISP.

Si un paciente ingresa al hospital, se considerará bajo su cuidado y supervisión. Se debe notificar a su gestor de casos para que podamos enviar un Informe de Incidentes Inusuales (IIU) a la DDD. Si ingresa durante el horario laboral, el cuidador deberá registrar su salida inmediatamente. Los servicios no se reanudarán hasta que el paciente reciba el alta hospitalaria..

- a. Si está en la sala de emergencias, aún puede brindar atención.
- b. Los hospitales están obligados a informarle cuál es el estado.
 - i. ""Admitido" significa que el paciente está en el hospital bajo el cuidado de un médico..
 - ii. "Bajo observación" significa que el paciente permanece en el hospital pero como paciente ambulatorio.

Firmar

Fecha

Nombre Impreso

Titulo