



Phil Murphy
GOVERNOR

Tahesha Way
LT. GOVERNOR

STATE OF NEW JERSEY
DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
POBOX726
TRENTON, NJ 08625-0726

Sarah M. Adelman
COMMISSIONER

Jonathan Seifried
Assistant Commissioner
TEL. (609) 631-2200

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

He recibido la siguiente información sobre la Ley de Danielle:

De conformidad con la Ley de Danielle, se debe llamar al 911 en situaciones de emergencia que pongan en peligro la vida. Según la definición establecida en la ley, una «emergencia que pone en peligro la vida» es una situación en la que una persona prudente podría razonablemente considerar 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, frente a una amenaza inmediata o ante la existencia real de una lesión potencialmente mortal, una alteración de las funciones corporales o una disfunción de un órgano o parte del cuerpo.

No llamar al 911 en una emergencia que ponga en peligro la vida conlleva las siguientes multas: 5.000 dólares por la primera infracción, 10.000 dólares por la segunda y 25.000 dólares por la tercera y por cada infracción posterior. Además, un profesional sanitario, ya sea con licencia o autorizado de otro modo para prestar servicios, puede estar sujeto a la revocación de dicha licencia profesional u otra autorización para ejercer como profesional sanitario.

He recibido formación sobre la Ley de Danielle, que incluye una presentación de PowerPoint sobre la Ley de Danielle, una copia de la biografía de Danielle, una hoja informativa sobre emergencias que ponen en peligro la vida y una copia del Capítulo 191, el texto de la propia ley.

Entiendo que es mi responsabilidad llamar al 911 si una persona atendida por la División de Discapacidades del Desarrollo está experimentando una emergencia que pone en peligro su vida, según la definición establecida en la «Ley de Danielle». Entiendo que es responsabilidad de los profesionales de los servicios médicos de emergencia evaluar la gravedad de la emergencia. Mi responsabilidad consiste en realizar la llamada al 911, proporcionar información sobre el estado de la persona y dirigir a los servicios de emergencia hasta el lugar donde se encuentra la emergencia. Asimismo, es mi responsabilidad proporcionar atención inmediata hasta que lleguen los profesionales de los servicios médicos de emergencia y se hagan cargo de la situación.

Firma

Fecha

Nombre Completo

Cargo

RECONOCIMIENTO DE LA LEY DE KOMNINO

Acuse de Recibo de la 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) establece medidas de protección para las personas con discapacidades del desarrollo mediante la rendición de cuentas y la transparencia.

Las medidas de protección establecidas son las siguientes:

1. **Visitas aleatorias y frecuentes del DHS a los centros:** Los empleados designados del DHS realizarán visitas e inspecciones sin previo aviso varias veces al año. El personal deberá permitir el acceso adecuado a las personas identificadas dentro del programa y proporcionar la información solicitada según sea necesario para la visita o inspección.
2. **Plazo para informar de lesiones:** Todo miembro del personal deberá informar a su gerente de cualquier lesión sufrida por las personas que reciben servicios, incluidas las lesiones derivadas de abuso, negligencia o explotación, tan pronto como sea seguro hacerlo e inmediatamente si la situación lo permite. La gerencia transmitirá la información pertinente al DDD, a los tutores y a las personas autorizadas conforme a HIPAA dentro del plazo de 2 horas establecido para la notificación.
3. **Pruebas de detección de drogas:** Toda persona que solicite empleo como miembro del personal de atención directa en un programa, centro o residencia autorizada o financiada por el departamento (DHS) deberá aceptar someterse a pruebas de detección de sustancias controladas peligrosas como condición para dicho empleo.
 - a. Dar positivo por el consumo ilícito de cualquier sustancia controlada peligrosa, o negarse a someterse a la prueba, impedirá que la persona sea considerada para el puesto.
 - b. Los empleados serán seleccionados aleatoriamente a lo largo del año para someterse a pruebas de detección de drogas. Dar positivo por el consumo ilícito de cualquier sustancia controlada peligrosa, o negarse a someterse a la prueba, dará lugar al despido.
4. **Reuniones e intercambio de información de contacto:** Con el fin de ofrecer a los padres y tutores la oportunidad de compartir experiencias sobre las personas atendidas de conformidad con la Ley de Komnino, la agencia solicitará la información de contacto de cada padre o tutor de una persona con una discapacidad del desarrollo. La agencia informará al padre o tutor de que, si este da su consentimiento, la agencia intercambiará su información de contacto con otros padres y tutores de personas con discapacidades del desarrollo.

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

Nombre Completo

Firma

Fecha



FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE CAPACITACIÓN DE EMPLEADOS DE HIPAA

DECLARACIÓN

Reconozco que he recibido y revisado detenidamente los materiales educativos sobre HIPAA de Alay Home Care y que asistí a la sesión de capacitación sobre HIPAA en la fecha indicada a continuación. Esta sesión incluyó capacitación sobre las leyes y normativas federales y estatales relativas a las normas de privacidad y seguridad de HIPAA, que exigen mantener la confidencialidad, así como aplicar medidas de protección para garantizar la integridad y accesibilidad de la información médica protegida (PHI) de los pacientes.

Acepto cumplir estrictamente con los principios establecidos en la capacitación sobre HIPAA de Alay Home Care y con 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
- Identificación y notificación de incidentes de seguridad.

He recibido capacitación y comprendo las políticas y procedimientos específicos correspondientes a las funciones de mi puesto.

Acepto cumplir con dichas políticas y procedimientos y mantener en todo momento la confidencialidad e integridad de la PHI.

Entiendo que estaré sujeto a medidas disciplinarias, que pueden llegar hasta el despido, si incumplo los principios establecidos en la capacitación sobre HIPAA.

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

(Firma)

(Cargo)

(Fecha)



COMPROMISO ANUAL DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, _____,

(NOMBRE COMPLETO Y CARGO)

Entiendo plenamente que toda la información de los pacientes, así como los expedientes clínicos y administrativos, son material confidencial y deben tratarse como tal con el fin de respetar y proteger los derechos de los pacientes, cumplir con la ley federal (HIPAA) relativa a la protección de la información médica de los pacientes y mantener la credibilidad de la Compañía.

También he recibido orientación sobre la política de la empresa relativa a la confidencialidad de la información relacionada con el VIH.

Soy consciente de que:

Únicamente el personal que necesite información para proporcionar atención médica a un paciente tiene derecho a consultar sus expedientes, en la medida en que sea necesario para el desempeño de sus funciones. Esta información debe mantenerse confidencial y solo podrá ser comentada en un entorno privado por las personas que participen en la atención del paciente.

Ninguna persona a la que se haya revelado información confidencial relacionada con el VIH podrá divulgar dicha información a otra persona, salvo cuando esté autorizado por la ley.

Durante mi orientación inicial, se me entregó una copia del Manual de Orientación/Manual del Empleado, que contiene información sobre confidencialidad y confidencialidad relacionada con el 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 relacionados con la confidencialidad.

Entiendo que cualquier incumplimiento de esta política puede dar lugar al despido.

(Firma)

(Cargo)

(Fecha)



FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DE REORIENTACIÓN

VERIFICACIÓN DE:

1. Reorientación sobre el Manual de Políticas y Procedimientos de la Agencia (Misión, Filosofía, Metas, Servicios y Prácticas)
2. Capacitación sobre la aplicación móvil HHAcXchange
3. Recepción de la descripción del puesto
4. Recepción del Manual del Empleado

AVISO IMPORTANTE

Por la presente autorizo a cada uno de mis antiguos empleadores y/o agencias proporcionadas como referencia a responder con veracidad a todas las consultas realizadas por Alay Home Care y a proporcionar cualquier otra información pertinente que pueda ser solicitada por Alay Home Care.

En consideración a que Alay Home Care me asigne empleo, acepto no aceptar ni buscar, directa o indirectamente, empleo con ningún cliente de Alay Home Care al que haya sido asignado, durante un período no menor de tres (3) meses desde la última fecha en que fui asignado al cliente. Esta restricción permanecerá en vigor hasta tres (3) meses después de la última fecha en que fui asignado por Alay Home Care. Si violara este acuerdo, acepto pagar, a solicitud de Alay Home Care, la suma de \$750.00 como daños liquidados.

La siguiente "Declaración de Empleo a Voluntad" garantiza que ni el empleado ni la agencia están obligados por un contrato de empleo de por vida. Como empleado, usted tiene el derecho de terminar su empleo con Alay Home Care en cualquier momento y por cualquier motivo. Alay Home Care se reserva ese mismo derecho. La "Declaración de Empleo a Voluntad" no es exclusiva de Alay Home Care y no representa un cambio en políticas o prácticas anteriores.

DECLARACIÓN DE EMPLEO A VOLUNTAD

Entiendo que mi empleo puede ser terminado con o sin causa y con o sin previo aviso en cualquier momento, a opción de la agencia o mía. Además, entiendo que ningún representante administrativo tiene autoridad para celebrar ningún acuerdo de empleo por un período específico de tiempo ni para hacer 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 realizar una búsqueda de los registros de la División de Servicios de Información de Justicia Criminal Federal de Investigaciones para cualquier antecedente penal correspondiente a las huellas dactilares u otra información de identificación presentada por mí. Además, 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 puede ser utilizada únicamente por Alay Home Care y solo con el propósito de determinar mi idoneidad para el empleo en un puesto relacionado con el cuidado directo de pacientes.

Por la presente libero a Alay Home Care de cualquier reclamo que pueda tener por su decisión de no emplearme basándose en los resultados de la verificación de antecedentes penales que obtenga. Entiendo que no seré elegible para beneficios de seguro por desempleo si soy despedido por causa justificada, incluyendo el despido basado en una condena por un acto criminal que constituya un delito grave o cualquier otro acto descalificante regulatorio.

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

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha



FORMULARIO DE DECLARACIÓN

Nombre del empleado: _____

Fecha: _____

Declaración de ausencia de antecedentes:

Por la presente declaro que nunca he sido declarado civilmente responsable por abuso o negligencia hacia una persona con discapacidades del desarrollo.

Firmado: _____

Formulario de autorización para información de registros:

Por la presente, autorizo a Alay Home Care a ponerse en contacto con el Boggs Center o con el College of Direct Support para acceder a cualquier información o documentación necesaria —como, por ejemplo, documentación sobre capacitación— que se requiera en relación con mi empleo.

Firmado: _____

Formulario de autorización para el uso de imágenes:

Autorizo que se me tomen fotografías o videos durante mi empleo en Alay Home Care. Entiendo que dichas imágenes o videos podrán utilizarse en folletos informativos o educativos, presentaciones u otros fines de difusión pública.

☐ Aceptar ☐ Discrepar ☐ Solo para fines de identificación del empleado

Firmado: _____

Declaración de historial de conducción sin infracciones

Para poder transportar a las personas con las que trabajo, certifico que poseo una licencia de conducir válida en el estado de Nueva Jersey y que cuento con un historial de conducción. Notificaré a Alay Home Care de inmediato si mi historial de conducción llegara a verse afectado. El personal no podrá transportar a personas si no cuenta con un historial de conducción limpio. Asimismo, certifico que mantengo una cobertura de seguro vigente en todo momento para los vehículos que conduzco. Tal como lo exige la DDD, autorizo a Alay Home Care a verificar mi historial de conducción en cualquier momento.

☐ Proporcionaré transporte ☐ No proporcionaré transporte

Firmado: _____

Declaración de requisitos educativos:

Entiendo que, para optar a un puesto de personal de apoyo comunitario en Alay Home Care, se requiere como mínimo haber completado la educación secundaria o su equivalente. Por la presente, confirmo que he cumplido con los requisitos de educación secundaria o su equivalente (GED).

Firmado: _____



Formulario de reconocimiento del empleado

Todos los empleados son conscientes de lo siguiente:

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. sujeto a las normas de documentación establecidas por la DDD.
 - a. 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. sujeto a capacitación inicial y continua del personal exigida por la DDD.
 - a. 58 módulos CDS requeridos por la DDD:
 - 1 DDD Requerido (previo) – Ley de Stephen Komnino
 - 1 DDD requerido (previo) – Emergencias que ponen en peligro la vida [Ley de Danielle]
 - 1 DDD requerido (previo) – Notificación de incidentes
 - 6 DDD requeridos (previos a Med Admin) – Introducción a la administración de medicamentos
 - 5 DDD requeridos (60) – Prevención del abuso, la negligencia y la explotación
 - 9 DDD requeridos (60) – Comprensión y prevención de afecciones de salud potencialmente mortales
 - 2 DDD requeridos (60) – Documentación
 - 3 DDD requeridos (90) – Precauciones universales
 - 2 DDD requeridos (90) – Profesionalismo del DSP
 - 2 DDD requeridos (90) – Introducción a las discapacidades del desarrollo
 - 2 DDD requeridos (90) – Planificación centrada en la persona
 - 3 DDD requeridos (90) – HIPAA
 - 3 DDD requeridos (90) – Trabajo con las familias
 - 3 DDD requeridos (90) – Derechos individuales y capacidad de elección
 - 1 DDD requerido (90) – Descripción general de la Regla Final sobre Entornos HCBS
 - 5 DDD requeridos (120) – Apoyo a la salud y el bienestar
 - 1 DDD requerido (120) – Competencia cultural
 - 1 DDD requerido (120) – Comprensión de la conducta y apoyos eficaces
 - 1 DDD requerido (120) – Descripción general del diagnóstico dual
 - 1 DDD requerido (180) – Introducción a los apoyos con enfoque informado sobre el trauma
 - 5 DDD requeridos (180) – Todos pueden comunicarse
 - b. Apoyos Conductuales Positivos (PBS), si corresponde:
 - i. 7 módulos CDS sobre Apoyos Conductuales Positivos
 - ii. Capacitación PBS Boggs
 - iii. Capacitación en Prevención e Intervención en Crisis
 - c. Prueba de detección de drogas previa al empleo
 - d. Pruebas aleatorias de detección de drogas
 - e. Toma de huellas dactilares (verificación de antecedentes)
 - f. Presentación de la información del Registro de Abuso Infantil (CARI)
 - g. Verificación del Registro Central
 - h. Historial de conducción (si corresponde)
 - i. Certificación en RCP/primeros auxilios
 - j. Capacitación de RN (si corresponde)
 - k. Capacitación sobre medicamentos, si corresponde
 - i. Prácticas de Medicación
 - l. Orientación: abarca el contenido del Manual del Empleado y resume los procedimientos, políticas y prácticas de la empresa. Para obtener información más detallada, deberá consultar con su supervisor inmediato.
 - m. Desarrollo Profesional Anual: capacitaciones obligatorias, 12 horas de créditos, orientación, competencias, capacitación especializada del personal, seminarios, webinars y capacitación en servicio.
3. Las 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. Personal Preference Program (PPP)
 - b. Asistencia de cuidado personal (PCA)
 - c. Programas diurnos personal
 - d. Medicare
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 deberá 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, aun puede brindar atención.
 - b. Los hospitales están obligados a informarle cual 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.

Nombre Completo: _____

Fecha: _____

Cargo: _____

Firma: _____