**FECHA DE ADMISIÓN: N° DE IDENTIFICACIÓN:**

|  |
| --- |
| **PERFILES DE CONSUMIDOR** |

**Apellido: Primer nombre: Inicial del segundo nombre:**

**Dirección de residencia:**

 **Código postal: Condado:**

**Dirección de envío:**

 **Código postal: Condado:**

**Teléfono de la casa: ( ) Teléfono del trabajo: ( )**

**Teléfono móvil: ( )**

**Otro teléfono: ( ) Especificar:**

**Contacto preferido:**

**¿Quiere recibir correos electrónicos de WNYIL? (La lista de correo electrónico se mantiene confidencial y no se entregará a otras fuentes)** ❒ Sí ❒ No

**Dirección de correo electrónico:**

**¿*No*** **desea que WNYIL se contacte con usted para lo siguiente?**

❒ Recaudación de fondos ❒ Marketing

**¿Necesita una adaptación razonable para la correspondencia?** ❒ Sí ❒ No

❒ Braille ❒Letra grande ❒Correo electrónico ❒Otro

**Elegibilidad del consumidor:**

❒ Para quien tiene un impedimento físico o mental significativo, cuya capacidad para funcionar de manera independiente en la familia o comunidad, o cuya capacidad para obtener un empleo, mantenerlo o avanzar en el mismo es sustancialmente limitada, y/o para quienes la prestación de servicios de vida independiente mejorará la capacidad de funcionar, continuar funcionando o avanzar hacia el funcionamiento independiente en la familia o la comunidad o continuar en el empleo, respectivamente.

**Discapacidad principal:**

(Elija todo lo que corresponda)

**A.** ❒ **Cognitiva**

1. ❒ Discapacidad intelectual

2. ❒ Traumatismos y otras lesiones cerebrales

3. ❒ Discapacidad de aprendizaje

4. ❒ Autismo

5. ❒ Otras discapacidades cognitivas

**B.** ❒ **Física**

6. ❒ Lesión de la médula espinal

7. ❒ Neuromuscular

8. ❒ Ortopédica

9. ❒ Parálisis cerebral

IL Sección 3: Cons Profile\_160420

10. ❒ Espina bífida

11. ❒ Otra anomalía congénita

12. ❒ Epilepsia

13. ❒ Distrofia muscular

14. ❒ Amputación

15. ❒ Lesión de espalda

16. ❒ VIH/SIDA

17. ❒ Enfermedades ambientales y otras enfermedades relacionadas

18. ❒ Otras discapacidades físicas

**C.** ❒ **Mental/emocional**

19. ❒ Enfermedad mental

20. ❒ Discapacidades emocionales/de comportamiento

21. ❒ Abuso de sustancias

22. ❒ Otras enfermedades mentales

**D.** ❒ **Visión**

23. ❒ Ceguera

24. ❒ Visión baja

**E. ❒ Audición**

25. ❒ Sordera

26. ❒ Problemas de audición

**F. ❒ Discapacidad múltiple**

27. ❒ Sordo ciego

28. ❒ Combinación de las discapacidades mencionadas anteriormente u otras discapacidades

**G.** ❒ **Otros (especificar:**

**Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Género:** ❒ **Mujer u** ❒ **Hombre**

**N° de Seguridad Social (últimos 4):**

**Idioma principal:**

**¿Es un veterano?** ❒ Sí ❒ No

Nombre del contacto:

**¿OPWDD?** ❒ Sí ❒ No

N° de pestañas: Nombre del contacto:

**N° CIN:**

**¿Está registrado para votar?** ❒ Sí ❒ No

Si no, ¿le gustaría registrarse para votar? ❒ Sí ❒ No

**¿Le gustaría completar un plan de preparación para emergencias?** ❒ Sí ❒ No

IL Sección 3: Cons Profile\_160420

**¿Le gustaría ser considerado para miembro del Consejo de Administración
o del Comité Asesor?** ❒ Sí ❒ No

**¿Está interesado en recibir información sobre hogares de salud?** ❒ Sí ❒ No

**Raza/Etnia (elija todas las opciones que correspondan):**

A. ❒ Indio americano o nativo de Alaska

B. ❒ Asiático

C. ❒ Negro o afroamericano

D. ❒ Hispano o latino

E. ❒ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

F. ❒ Blanco

**Último ciclo escolar completado:**

A. ❒ K-8

B. ❒ Algún institución secundaria

C. ❒ Secundaria completa

D. ❒ Algún instituto de educación superior

E. ❒ Negocios, comercio, escuela vocacional

F. ❒ Licenciatura de 2 años

G. ❒ Licenciatura de 4 años

H. ❒ Título de posgrado

I. ❒ Desconocido o aún no inscrito en la escuela

**Estado de empleo:**

A. ❒ Tiempo completo

B. ❒ Medio tiempo

C. ❒ Buscando trabajo

D. ❒ Desempleado, no busca trabajo

E. ❒ Estudiante o en programa de capacitación

F. ❒ Jubilado

G. ❒ Programa de día o trabajo para segregados

H. ❒ Otros no mencionados anteriormente

I. ❒ Desconocido

**Servicios solicitados:**

**Revisor:**

IL Sección 3: Cons Profile\_160420

**Para control únicamente:**

¿Asiste regularmente a un programa diurno, diálisis, rehabilitación, etc., donde se cobraría a Medicaid por los servicios?

A. \_\_\_\_\_\_\_\_ SÍ B. \_\_\_\_\_\_\_\_ NO

En caso afirmativo, detalle los días y horarios:

Lunes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a. m. p. m. a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a. m. p. m.

Martes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a. m. p. m. a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a. m. p. m.

Miércoles de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a. m. p. m. a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a. m. p. m.

Jueves de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a. m. p. m. a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a. m. p. m.

Viernes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a. m. p. m. a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a. m. p. m.

Sábado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a. m. p. m. a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a. m. p. m.

**¿Tiene el consumidor un representante designado? \_\_\_ Sí \_\_\_ NO**

**Nombre:**

**Dirección:**

**Ciudad: Estado: Código postal:**

**Teléfono: ( ) Número Alternativo:**

**Correo electrónico:**

**Relación:**

**Fecha de inicio: Fecha final: Al finalizar los servicios de CDPAS.**

**Western New York lndependent Living, Inc**

**ACTIVIDADES PARA LOGRAR LAS METAS DEL PLAN DE VIDA INDEPENDIENTE**

**Meta: Iniciar servicios CDPA** **-**

**Fecha proyectada de finalización:**

**Fecha real de finalización:**

**Actividades para ayudarlo a alcanzar su meta:**

**1. Papeleo completo del consumidor:**

**Fecha proyectada de finalización:**

**Fecha real de finalización:**

**2. Papeleo completo de Asistentes Personales:**

**Fecha proyectada de finalización:**

**Fecha real de finalización:**

**3. Haga que el AP obtenga su examen físico y proteico purificado de la tuberculina (PPD, por sus siglas en inglés):**

**Fecha proyectada de finalización:**

**Fecha real de finalización:**

**4. Haga que el AP traiga el registro de vacuna contra el sarampión u obtenga un refuerzo:**

**Fecha proyectada de finalización:**

**Fecha real de finalización:**

**5. Obtenga la verificación de antecedentes del PA:**

**Fecha proyectada de finalización:**

**Fecha real de finalización:**

**WNYIL**

**01 JUN 17**

**Western New York Independent Living, Inc.**

**Plan de vida independiente**

**Me ofrecieron desarrollar un Plan de Vida Independiente (ILP) por escrito para la prestación de los Servicios de IL.**

**He elegido lo siguiente:**

 **Desarrollar un ILP por escrito para la prestación de los Servicios de IL que fue acordado mutuamente por un miembro del personal de WNYIL y por mí. Fui responsable de desarrollar mi propio plan, y entiendo que puedo cambiar mi ILP en cualquier momento.**

 **Indicar a continuación con mi firma que no quiero desarrollar un ILP escrito en este momento.**

 **El consumidor ha optado por no desarrollar un ILP por escrito en este momento.**

**Entiendo que si he optado por no desarrollar un ILP en este momento, no se me negarán los servicios de la Familia de Agencias WNYIL y que tengo el derecho en cualquier momento que así lo elija, a desarrollar un ILP por escrito.**

**Nombre del consumidor (EN LETRA IMPRENTA) Firma del consumidor Fecha**

**Representante designado (EN LETRA IMPRENTA) Representante designado Fecha**

 **(Firma)**

**Personal de WNYIL (EN LETRA IMPRENTA) Firma del personal de WNYIL Fecha**

**WNYIL**

**03 JUN 2017**

**Afirmación del cumplimiento por parte de los empleados de WNYIL Inc. Política y procedimiento del plan de cumplimiento corporativo y Código de conducta**

**Afirmo que he leído y entiendo el Plan de Cumplimiento Corporativo de WNYIL Inc. (que incluye, entre otros, la Política de fraude y abuso), el Código de conducta, y he recibido educación y capacitación sobre la aplicación de las leyes federales y estatales (incluidas, entre otras, las leyes resumidas en el Anexo B del Plan), así como una explicación de los estándares éticos de las prácticas comerciales relacionadas con mis actividades en mi calidad de empleado de WNYEL Inc.**

**Certifico mi intención de actuar en total conformidad con la Política de cumplimiento corporativo y el Código de conducta. Entiendo que, cuando sea necesario, puedo buscar el asesoramiento del supervisor apropiado y/o del Director de cumplimiento corporativo con respecto a las acciones apropiadas que deba tomar para cumplir con la Política de cumplimiento y el Código de conducta.**

**Fecha**

**Firma**

**Nombre (En letra imprenta)**

**Título o competencia**

**Departamento/instalación**

il actualizado 26/SEP/11

Taking Control

Servicios de asistencia personal dirigida al consumidor

*Un miembro de la familia de agencias WNY Independent Living Inc.*

3108 Main Street, Buffalo, Nueva York 14214-1384

(716) 836-0822 (Voz/TDD) ♦ (716) 836-0091 (Fax)

www.wnyil.org/cdpas/

**MEMORÁNDUM**

**CREDENCIALES DE IDENTIFICACIÓN CON FOTO**

Estimado consumidor:

Western New York Independent Living, Inc. proporcionará credenciales de identificación con foto para los Asistentes Personales. Estas Credenciales no son obligatorias y solo se procesarán a solicitud del Consumidor/Empleador.

El objetivo principal de la Credencial es permitir que los Asistentes Personales lleguen a su consumidor/empleador durante un clima u otra emergencia, donde el público en general no puede conducir. El Asistente Personal debe llevar su credencial. Al finalizar, la credencial debe ser devuelta a Western New York Independent Living, Inc.

Si desea que su Asistente Personal reciba una credencial oficial de la agencia, debe comunicarse con el personal de Taking Control al 716-836-0105. Luego nos comunicaremos con su Asistente Personal para programar un horario en el que puedan ingresar a la oficina de Buffalo en 3108 Main St. (Detrás de Jim's Steak Out), para el procesamiento de Credenciales.

Gracias por su cooperación.

Taking Control

Personal del programa CDPAS

WNYIL

22/MAR/16

Western New York Independent Living, Inc.

Servicio de asistencia personal dirigido al consumidor

3108 Main St., Búfalo, NY 14214

Tel: (716) 836-0105 Fax: (716) 836-0091

Sitio web: www wnyil.org

**Despido, renuncia**

**DESPIDO: Para ser completado por el consumidor/empleador**

**RENUNCIA: Para ser completado por el asistente/ayudante**

POR FAVOR DEVUELVA EL FORMULARIO FIRMADO A NUESTRA OFICINA EN CINCO DÍAS HÁBILES

**NOMBRE DEL CONSUMIDOR:**

**NOMBRE DEL ASISTENTE PERSONAL:**

**ÚLTIMA FECHA TRABAJADA**

Motivo del despido o renuncia (describa a continuación el motivo de la decisión)

**Firma del consumidor: Fecha:**

**Firma del asistente Fecha:**

WNYIL/CT

:EC 08/08

**RENUNCIA A POTENCIALES CUIDADORES**

Con mi firma a continuación, certifico que he leído y acepto cumplir con cada una de las políticas contenidas en el mismo.

Nombre del consumidor (EN LETRA IMPRENTA)

Firma del consumidor Fecha

Nombre de la persona a cargo (EN LETRA IMPRENTA)

Firma de la persona a cargo Fecha

WNVIL

21/MAR/13

2

|  |  |
| --- | --- |
| **Recibí un producto y entiendo las siguientes políticas, prácticas y procedimientos:****TAKING CONTROL - CDPAS****Roles y responsabilidades del consumidor****Lista de verificación para la inscripción** | **Iniciales del consumidor/DR** |
| 1. Entiendo que el significado de "Dirigido por el consumidor", es que estoy a cargo de reclutar, contratar, capacitar, monitorear, evaluar y despedir a mis asistentes. Que soy el empleador de hecho y que WNYIL solo puede rechazar al asistente de mi elección si él/ella está en la lista de fraude/desperdicio/abuso de Medicaid, y/o no ha cumplido con las condiciones de empleo como se describe en el estado de Nueva York y la legislación laboral federal. |  |
| 2. Entiendo el significado de "Autonomía", que solo yo tomo las decisiones que tienen un impacto en las necesidades de mi asistente. Que elijo cuándo y dónde el asistente hará su trabajo, y no delegaré mi autoridad y autonomía a nadie más, de lo contrario, acepto abandonar el programa Taking Control. |  |
| 3. Entiendo que mi responsabilidad principal es ser el consumidor/empleador de mis Asistentes Personales. |  |
| 4. Entiendo que necesito identificar claramente con mis Asistentes Personales aquellas tareas que deben realizar *antes de* comenzar a trabajar. |  |
| 5. Me aseguraré de que mis Asistentes Personales trabajen la cantidad de horas especificadas por el Plan de atención. Si hay varios Asistentes Personales trabajando para mí, me aseguraré de que mis Asistentes Personales solo trabajen la cantidad de horas que me han asignado. Será mi responsabilidad como consumidor/empleador reembolsar las horas que trabajen por día o por semana más allá de las que se detallan en el Plan de Atención. Mis Asistentes Personales no pueden trabajar más de 40 horas por semana en total. |  |
| 6. Mis Asistentes Personales son las únicas personas autorizadas a utilizar el servicio de entrada/salida de llamadas WNYIL, utilizando mi teléfono, para registrar sus horas de trabajo. |  |
| 7. Entiendo que debo proporcionar un teléfono que funcione bien para que mis Asistentes Personales registren sus horas de trabajo. |  |
| 8. Entiendo que pondré en peligro mis servicios y que mis Asistentes Personales pueden ser despedidos del programa CDPAS, si comparten y permiten que yo, el consumidor/empleador o cualquier otra persona use su número de PIN para registrar las horas y la asistencia de los Asistentes Personales. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 9. Entiendo que debo insistir en que mis Asistentes Personales estén libres de drogas y alcohol cuando trabajen para mí y que permanezcan libres de drogas y alcohol durante la duración de sus horas de trabajo.**TAKING CONTROL - CDPAS****Roles y responsabilidades del consumidor****Lista de verificación para la inscripción** |  |
| 10. Entiendo que mi cónyuge o mis padres no pueden ser mis Asistentes Personales bajo el programa Taking Control. |  |
| 11. Entiendo que se espera que me asegure, como consumidor/empleador, de que mis Asistentes Personales proporcionen un examen físico y de tuberculosis *anual* a WNYIL y acepto no permitirles trabajar más allá de su fecha de vencimiento. |  |
| 12. Entiendo que debo informar a WNYIL cuando sea admitido en el hospital, cuidado de relevo o cualquier otra institución y proporcionar el nombre de la institución. También debo informar a WNYIL cuando me den de alta y verificar con WNYIL que he sido autorizado nuevamente para servicios de cuidado personal antes de que mis Asistentes Personales puedan regresar al trabajo. |  |
| 13. Entiendo que mis Asistentes Personales no pueden trabajar para mí mientras estoy hospitalizado, en cuidado de relevo o asistiendo a un programa diurno. |  |
| 14. Entiendo que mis Asistentes Personales no pueden comenzar a trabajar para mí hasta que todos sus documentos estén archivados en WNYIL, incluida una verificación de antecedentes penales. Un miembro del personal de Taking Control se pondrá en contacto conmigo y con mi Asistente Personal una vez que se complete su documentación. |  |
| 15. Me comunicaré con WNYIL si tengo alguna pregunta o inquietud con respecto a mis servicios. |  |
| 16. Entiendo que WNYIL es el intermediario fiscal después de que mi Asistente Personal comience a trabajar para mí como consumidor/empleador. Haré que mis Asistentes Personales llamen al Departamento de Contabilidad (int. 106, 141) para consultar sobre todos y cada uno de los problemas relacionados con su paga. |  |
| 17. Entiendo que en todas las áreas de su empleo, soy el empleador directo de mis Asistentes Personales. |  |
| 18. He recibido una copia del manual de cumplimiento corporativo y entiendo mi rol y responsabilidades bajo el Plan de Cumplimiento Corporativo. |  |
| 19. He recibido una copia del manual CDPAS y entiendo el proceso de entrevista, contratación y cese dentro del programa. |  |
| 20. Entiendo que mi Asistente Personal tiene el derecho de recibir personalmente su pago por cada hora empleada sin deducción y/o contribución para mí como consumidor/empleador. |  |

2

|  |  |
| --- | --- |
| 21. Entiendo que mi Asistente Personal tiene derecho a ser tratado de manera cortés y respetuosa por mí, el consumidor/empleador y los miembros de mi familia.**TAKING CONTROL - CDPAS****Roles y responsabilidades del consumidor****Lista de verificación para la inscripción** |  |
| 22. Entiendo que si en algún momento el ambiente de trabajo se vuelve inseguro para mi Asistente Personal o para mí, el consumidor/empleador, informaré de inmediato a **WNYIL**. |  |
| 23. Entiendo que mis Asistentes Personales me brindarán servicios a mí, como consumidor/empleador, **solo cuando esté presente**, a menos que mi Plan de Atención les permita hacer recados, ir de compras o lavar ropa por mí. |  |
| 24. Entiendo que debo tener un plan de respaldo para cuando mis Asistentes Personales no puedan trabajar. |  |
| 25. He recibido instrucciones sobre cómo informar cualquier accidente o incidente que ocurra mientras mi Asistente Personal trabaja para mí dentro de las veinticuatro (24) horas. |  |
| 26. He recibido un formulario en blanco de Accidente/Incidente. |  |
| 27. He recibido un formulario de despido/renuncia en blanco. |  |
| 28. Entiendo que notificaré a WNYIL CDPAS cada vez que cambie los planes de seguro, cuando cambie los números de teléfono, las direcciones, o cuando sea admitido y/o dado de alta del hospital. |  |
| 29. Voy a notificar al equipo de CDPAS WNYIL el mes antes de mi cumpleaños número 65, porque es posible que tenga que cambiar a una Compañía Administradora de Servicios de Salud a Largo Plazo (LTMC, por sus siglas en inglés) para continuar teniendo los servicios de un auxiliar. |  |
| 30. En ningún momento se le permite a un AP ser un Representante a cargo para el consumidor/empleador del que es Asistente. Un Representante a cargo no puede trabajar para el consumidor/empleador a quien representa en NINGÚN MOMENTO |  |

Las declaraciones anteriores han sido revisadas conmigo por un miembro del personal de Taking Control.

 Fecha:

Consumidor/Empleador

 Fecha:

Miembro del personal de Taking Control

WNYIL/2018 :JAC 2/2018

3

**\*\*\*LEER POR FAVOR\*\*\***

**Para garantizarle un servicio continuo y sin problemas, debe informarnos los siguientes cambios de inmediato:**

Cualquier cambio de domicilio

Cualquier cambio en el número de teléfono

Cuando sea hospitalizado y dado de alta del hospital o centro de rehabilitación

Si usted o su AP tienen un accidente/incidente

Cuando contrate un nuevo AP y cuando despida un AP

**Para asegurar que su Asistente Personal pueda comenzar el día que lo necesite, DEBE suceder lo siguiente:**

EL AP DEBE LLAMAR PARA SOLICITAR **UN DÍA Y UNA HORA PARA UNA CITA DE ORIENTACIÓN**

**En el condado de Erie, llame al 716-836-0105 INT 112 O 502**

**En el condado de Niagara es 716-284-4131 int. n.° 215,**

**En los condados de Orleans, Genesee y Wyoming es 585-815-8501 int. 403**

**En el condado de Franklin- (518) 483-2151**

**En el condado de St. Lawrence- (315) 764-9442**

**En el condado de Chautauqua- (716) 661-3014**

**Para que el AP reciba orientación, el ASISTENTE DEBE ESTAR en la oficina para orientación diez minutos antes de la hora de inicio.**

**DEBE TENER 2 FORMAS DE IDENTIFICACIÓN (IDENTIFICACIÓN CON FOTO Y TARJETA DE SEGURIDAD SOCIAL O PASAPORTE DE EE. UU. SON LOS MÁS COMUNES).**

**Registros de vacuna SPR si están disponibles.**

**NO SE PERMITEN LAS VISITAS SIN TURNO.**

**\*\*\*NO SE PERMITE EL USO DE PERFUMES\*\*\***

**Esto significa que otras personas con discapacidades que acuden a la oficina tienen reacciones alérgicas graves a varios tipos de productos perfumados. En un esfuerzo por proporcionar una instalación segura a las personas que atendemos, le pediremos a cualquier persona que ingrese a nuestras oficinas con un producto perfumado en su persona, que se vaya y reprograme la cita.**

**POR FAVOR NO ENTRE AL EDIFICIO MIENTRAS USA UN PRODUCTO PERFUMADO.**

**ACUERDO DEL PARTICIPANTE PARA LA ASISTENCIA PERSONAL DIRIGIDA POR EL CONSUMIDOR**

**Sitio web: www.wnyil.org**

El Programa de Asistencia Personal Dirigida por el Consumidor está diseñado para maximizar la autoridad de las personas con discapacidad para administrar sus propias vidas y facilitar su inclusión total en la comunidad. Como participante en este proyecto único, usted acuerda aceptar una responsabilidad considerable para administrar sus propias necesidades de asistencia personal.

WNYIL ofrece este programa a los beneficiarios de Medicaid a través del Departamento de Servicios Sociales del Condado de Erie. Este acuerdo describe las responsabilidades tanto de WNYIL como del consumidor.

Para participar en el Programa de Asistencia Personal Dirigida por el Consumidor, el individuo debe ser una persona autónoma. Autónoma significa capaz de tomar decisiones sobre el cuidado y las actividades de uno, comprender el impacto de la elección y asumir la responsabilidad de los resultados de la elección. Si un consumidor no es autónomo, puede inscribirlo un defensor dispuesto a asumir las responsabilidades del programa.

Para participar en el Programa de Asistencia Personal Dirigida por el Consumidor, la persona (o persona de apoyo) debe aceptar y cumplir con las siguientes responsabilidades requeridas por WNYIL y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

**RESPONSABILIDADES DEL CONSUMIDOR/EMPLEADOR o ABOGADO**

Entiendo que mis responsabilidades en el Programa de Asistencia Personal Dirigida por el Consumidor requieren que deba:

Reclutar, entrevistar, evaluar, seleccionar, entrenar, programar y supervisar a los Asistentes Personales de mi elección. También soy responsable del despido de mi(s) AP si es necesario.

Contratar suficientes AP para la cobertura de respaldo para garantizar la cobertura en todo momento. Los respaldos (asistentes secundarios) deben estar autorizados para trabajar con WNYIL antes de proporcionar servicios.

**WNYIL/CA**

**:EC 08/08**

Obtenga al menos una (1) referencia laboral previa y una (1) referencia personal.

El consumidor/empleador o defensor y los AP son responsables de firmar un Contrato de Asistente Personal que describe claramente las tareas requeridas.

El participante es responsable de programar a su(s) AP para satisfacer sus necesidades en el marco de su plan de atención, dentro de las horas autorizadas establecidas por la Unidad PCA del Departamento de Servicios Sociales del Condado de Erie. WNYIL solo está autorizado a pagar las horas autorizadas. TODA hora trabajada sobre el monto autorizado será responsabilidad del participante.

Asegúrese de que el/los AP se reúnan con el personal del CDPAP para completar toda la documentación de empleo necesaria y para recibir una fecha de inicio oficial.

La documentación adicional en curso incluye:

\* El consumidor/empleador o defensor debe revisar las planillas de horarios antes de firmar y fechar.

\* Los formularios de vacaciones anuales/licencia por enfermedad deben ser aprobados y firmados por el Consumidor/Empleador o Defensor y luego enviados por correo o llevados a WNYIL.

Es responsabilidad del AP hacer un seguimiento de sus vacaciones y tiempo de enfermedad (si corresponde).

Los AP deben cumplir con todos los requisitos de salud establecidos en las pautas estatales.

(Por ejemplo: prueba de tuberculosis anual, exámenes físicos, etc.).

El consumidor/empleador o defensor debe notificar a CDPAP de inmediato sobre el despido o la renuncia de un AP.

El consumidor/empleador o defensor acuerda no cometer actos fraudulentos en el uso del programa, incluidos, entre otros, fraude a Medicaid.

**RESPONSABILIDADES DE WNYIL/CDPAP**

1. WNYIL/CDPAP es el intermediario para el procesamiento de reclamos de Medicaid. El personal de WNYIL facturará a Medicaid por las horas de servicio aprobadas indicadas en las planillas de horarios de los AP e informes de llamadas después de que se haya pagado a los AP.

2. WNYIL/CDPAP mantendrá un legajo de personal confidencial de todos los AP contratados.

2

3. WNYIL/CDPAP actuará como el empleador registrado para el seguro de indemnización laboral, seguro de invalidez y desempleo. WNYIL/CDPAP procesará la nómina, incluidas las retenciones de impuestos federales, estatales, locales y del Seguro Social.

4. WNYIL/CDPAP es responsable del pago de la licencia anual de los AP y el tiempo de enfermedad, así como de la actualización periódica del estado de los empleados.

5. WNYIL/CDPAP supervisará la capacidad del consumidor para cumplir con sus responsabilidades según lo acordado en el acuerdo escrito.

6. WNYIL/CDPAP mantendrá todos los registros apropiados de los consumidores de acuerdo con las pautas estatales.

3

HE LEÍDO EL ACUERDO ANTERIOR DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PERSONAL DIRIGIDA POR EL CONSUMIDOR Y ACEPTO SEGUIR LAS DIRECTRICES ESTABLECIDAS.

ENTIENDO QUE WNYIL/CDPAP SE RESERVA EL DERECHO DE DETERMINAR SI UN CONSUMIDOR/EMPLEADOR O DEFENSOR SATISFACE LOS CRITERIOS MÍNIMOS REQUERIDOS PARA LA AUTONOMÍA.

ADEMÁS ENTIENDO QUE WNYIL/CDPAP PUEDE PROPORCIONAR ASISTENCIA CON EL RECLUTAMIENTO DEL ASISTENTE **"SOLO COMO"** UNA CORTESÍA, WNYIL/CDPAP **"NO ES"** RESPONSABLE DE PROPORCIONAR ASISTENTES AL CONSUMIDOR/EMPLEADOR.

EL COORDINADOR DE CDPAP ME HA ENTRENADO EN LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTRATACIÓN, DESPIDO, ENTREVISTA Y EVALUACIÓN DE MI ASISTENTE DE CUIDADO PERSONAL Y ESTOY SEGURO DE QUE PUEDO REALIZAR ESTOS DEBERES REQUERIDOS.

Firma del consumidor/empleador: Fecha:

Firma del defensor/parte autónoma: Fecha:

*[firma]*

Director de Taking Control: Fecha:

4

CERTIFICACIÓN PARA

WESTERN NEW YORK INDEPENDENT LIVING, INC.

RESPECTO AL

PROGRAMA DE ASISTENCIA PERSONAL DIRIGIDA POR EL CONSUMIDOR

Esta Certificación confirma que he recibido, revisado y entiendo todos los documentos que se detallan a continuación y que me proporcionó Western New York Independent Living, Inc. (WNYIL) en relación con mi aceptación al Programa de Asistencia Personal Dirigida por el Consumidor:

1. Acuerdo del Participante para la Asistencia Personal Dirigida por el Consumidor;

2. Actividades relacionadas con los objetivos del plan de vida independiente;

3. Plan de vida independiente;

4. Lista de verificación para la inscripción;

5. Descargo de responsabilidad para posibles cuidadores;

6. Autorización individual para el intercambio, uso y divulgación de información de salud protegida;

7. Aviso de prácticas de privacidad (breve);

8. Derechos del consumidor;

9. Afirmación de cumplimiento con WNYIL, Inc. Política y procedimiento del Plan de cumplimiento corporativo y Código de conducta.

Estoy de acuerdo en mantener las copias de los documentos anteriores que se me proporcionaron en un lugar seguro y tenerlas disponibles a pedido del personal de WNYIL.

Entiendo que debo seguir las reglas y otras obligaciones establecidas en los documentos anteriores y que mi incumplimiento podría dar lugar a la desestimación del CDPAP.

Firma del consumidor/empleador Fecha

**O**

Representante designado Fecha

**O**

Tutor Fecha

Firma del personal de WNYIL Fecha

Il2017-NOV-12

**WESTERN NEW YORK INDEPENDENT LIVING, INC. (WNYIL)**

**DERECHOS DEL CONSUMIDOR**

**Confidencialidad**

Cada consumidor y/o tutor legal del consumidor tiene derecho a ver su propio Registro de Servicio al Consumidor (CSR). Un consumidor y/o tutor legal del consumidor puede autorizar el uso de la información en su legajo. Esta autorización debe otorgarse por escrito. El acceso a una CSR se otorgará al Director Ejecutivo (CEO), Director de Operaciones (COO), Directores de Programas, Coordinadores de Registros de Servicios de Caso, Oficial Principal de Recursos Humanos y Cumplimiento (CHRCO), Equipo de Auditoría Interna, Comité Proveedor de Servicios Directos y Programa de la Junta Directiva de WNYIL, cuando sea apropiado. Los requisitos de la Ley de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) cubren muchos de los servicios que proporciona WNYIL. Para garantizar el cumplimiento de la Agencia con las regulaciones de la HIPAA, en una solicitud específica por escrito, el consumidor y/o tutor legal del consumidor identificará qué información se puede divulgar y a quién, es decir, información general y/o relacionada con el VIH. **No se divulgará información** sin el permiso por escrito del consumidor y/o tutor legal del consumidor.

Los consumidores y/o tutores legales del consumidor recibirán un proceso formal de apelación por escrito para remediar cualquier situación insatisfactoria.

Los CSR de WNYIL sobre los consumidores están sujetos a revisión por parte de fuentes de financiación apropiadas y pueden ser citados por los tribunales. La ley no protege las reglas de confidencialidad cuando están en juego lesiones personales o ajenas. Se mantiene una CSR y está sujeta a una revisión de calidad por parte del Comité del Programa de la Junta de Directores de WNYIL, el consumidor y/o el tutor legal del consumidor.

**Proceso de apelación del consumidor**

Es nuestra política proporcionar medios efectivos y aceptables para que los consumidores y/o tutores legales del consumidor presenten los problemas y las quejas sobre la recepción de servicios a las personas apropiadas. Se alienta a los consumidores y/o tutores legales del consumidor a resolver sus quejas de manera informal a través de una discusión con su Proveedor de servicios y/o utilizando los recursos de los Supervisores del programa, el Director de operaciones y/o el CEO. En todo momento durante este proceso, el consumidor y/o tutor legal del consumidor tiene acceso a su CSR. Si esto no soluciona la situación, cualquier consumidor y/o tutor legal del consumidor puede presentar una queja de la siguiente manera:

**Paso I**: envíe inmediatamente una declaración escrita de la queja al CEO, incluidas las notas de cualquier reunión informal y discusiones. El CEO tiene la responsabilidad de responder a la queja dentro de los 5 días hábiles. Si el CEO requiere más información, se establecerá una reunión para que tenga lugar a más tardar 3 días hábiles desde el momento en que la queja se presentó por primera vez al CEO. El CEO, entonces, tomará una decisión. Se mantendrá un registro escrito de esta queja y de la resolución, y se colocará en la CSR.

Si el CEO no responde a la queja o el Consumidor y/o el tutor legal del consumidor consideran que la decisión no es aceptable o si se llegó a una solución pero no se respetó, puede continuar con el Paso II. Si la queja es con el CEO, el proceso comenzará con el Paso II.

**Paso II**: presente inmediatamente una declaración escrita de la queja al Comité del Programa de la Junta Directiva de WNYIL, incluya las notas de cualquier reunión o discusión. El Comité del Programa tiene la responsabilidad de responder a la queja dentro de los 10 días hábiles. Si el Comité del Programa requiere más información, se establecerá una reunión para que tenga lugar a más tardar 8 días hábiles desde el momento en que la queja se presentó por primera vez al Comité del Programa. El Comité del Programa emitirá una decisión. Se mantendrá un registro escrito de esta queja y de la resolución, y se colocará en la CSR.

En todos los casos, la decisión del Comité del Programa será vinculante. Si el Comité del Programa no responde a la queja o el Consumidor y/o el tutor legal del consumidor considera que la decisión no es aceptable, o si se llegó a una solución pero no se respetó, él/ella puede comunicarse con:

• Servicios de educación continua y carrera para adultos del estado de Nueva York (ACCES-VR, por sus siglas en inglés), 1 Commerce Plaza, Room 1607, 99 Washington Ave., Albany, NY 12234 at (800) 222-5627 (voz) o TTY: 7-1-1 para transferencia al Estado de Nueva York y dé al operador el número (800) 222-5627 (voz).

• Si recibe servicios a través de la Oficina Regional de Discapacidades del Desarrollo (DDRO) Región 1, comuníquese con Garantía de Calidad al (716) 674-6300; o el Comisionado de la Oficina de Personas con Discapacidades del Desarrollo del Estado de Nueva York al (518) 473-1997 (voz) o TTY: 7-1-1 para transferencia al Estado de Nueva York y dé al operador el número (518) 473-1997.

• Si recibe servicios a través de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York (NYSOMH), comuníquese con el Centro de Justicia para la Protección de Personas con Necesidades Especiales del Estado de Nueva

York, 161 Delaware Avenue, Delmar, Nueva York 12054-1310 al (518) 549-0200 (Voz) o TTY: 7-1-1 para transferencia al Estado de Nueva York y dé al operador el número (518) 549-0200. Reporte Abuso al (855) 373-2122 (con personal las 24 horas del día, los 7 días de la semana) o TTY: 7-1-1 para transferencia al Estado de Nueva York y dé al operador el número (855) 373-2122.

• Tiene derecho a ponerse en contacto con el Programa de Asistencia al Cliente, que es un recurso diseñado para ayudar a quienes solicitan o reciben servicios de Centros de Vida Independiente (ILC) financiados con fondos federales. CAP también atiende a solicitantes y clientes de ACCES-VR y la Comisión para Ciegos del Estado de Nueva York. Ponerse en contacto con CAP para obtener servicio no es una parte formal de ningún proceso de reclamo de ILC. CAP es operado exclusivamente por Disability Rights New York (DRNY). Si tiene preguntas, inquietudes o está experimentando conflictos con respecto a esta ILC, no dude en comunicarse con DRNY para obtener ayuda: Disability Rights New York, 725 Broadway, Suite 450, Albany, NY 12207 (Main) (518) 432-7861 (Gratuito) (800) 993-8982 (TTY) (518) 512-3448 (correo electrónico) mail@DRNY.org.

Además, WNYIL tiene un programa de cumplimiento para garantizar que la Agencia cumpla con todas las leyes y regulaciones aplicables y que se tomen todas las medidas razonables para combatir el fraude, el despilfarro o el abuso en todos sus programas. La sospecha de fraude, despilfarro o abuso en cualquiera de los programas supervisados por WNYIL debe informarse a: Jefe de Recursos Humanos y Oficial de Cumplimiento de WNYIL, Tina Brown, 3108 Main Street, Buffalo, NY 14214, tbrown@wnyil.org , Local (716) -836-0822, int. 102, o la línea directa gratuita de cumplimiento 1-866-576-8042.

Western New York Independent Living, Inc. es miembro de Western New York Independent Living, Inc. Familia de agencias.

\* \* \* \* \* \* \* \* \* \* \*

Al firmar este formulario, confirmo que, como Consumidor de WNYIL, he recibido una notificación completa de lo siguiente:

• Mis derechos y responsabilidades como consumidor.

• Mi derecho a la confidencialidad.

• El procedimiento interno y el proceso de presentar una queja ante nuestra Agencia.

• A quién contactar si no estoy satisfecho con la resolución de mi queja.

Relación: \_\_\_\_\_ Consumidor \_\_\_\_\_ Padre

 \_\_\_\_\_ Tutor \_\_\_\_\_ Representante designado

Nombre del consumidor en letra imprenta: SSN (últimos 4) \_ \_ \_ \_

Escriba el nombre si es el padre/tutor/representante designado:

Firma: Fecha:

**N.° DE REFERENCIA \_\_\_\_\_\_\_\_**

**WNYIL, INC. INFORME DE INCIDENTE**

Este informe debe ser completado dentro de las 24 horas de un Incidente por una persona involucrada o que presenció el Incidente. Si hay más de una persona involucrada, se debe completar un informe separado para cada persona involucrada. El formulario completo debe entregarse de inmediato al Supervisor de la persona, quien luego lo enviará al Coordinador de Recursos Humanos.

|  |
| --- |
| 1. Nombre de la persona en el incidente: |
| 2. Dirección de la persona en el incidente: |
| 3. Número de teléfono de la persona en el incidente: |
| 4. Relación con WNYIL: □ Personal □Voluntario/Interno □Consumidor □Visitante |
| 5. Supervisor de la persona involucrada: |
| 6. Fecha del incidente: | Hora del incidente: a. m. p. m. |
| 7. Inicio del turno: a. m. p. m. | Fin del turno: a. m. p. m. |
| 8. Nombre(s), dirección(es) y número(s) de teléfono de los testigos (si corresponde) |
| 9. Tipo de incidente: □ Abuso/negligencia □Agresión/pelea □Subyugación □ Caída/resbalón □ Enfermedad □ Levantamiento □ Accidente automovilístico □ Robo □Otro:  |
| 10. Listar las partes del cuerpo afectadas: |
| 11. Lugar o dirección del incidente: |
| 12. Describa el incidente en detalle: (Incluya cualquier herramienta, equipo, material, etc. que haya estado involucrado en el Incidente) |
| 13. ¿Se contactó con el servicio médico de emergencia (EMS)? □ Sí □ No □ N/A |
| 14. ¿Se presentó un informe policial? □ Sí □ No □ N/A |
| 15. ¿La persona en el incidente va a recibir tratamiento? □ Sí □ No □ DesconocidoEn caso afirmativo, nombre/dirección del proveedor de atención: |
| 16. Acción correctiva: |
| 17. Fecha del plan de acción correctiva: |
| 18. Firma de la persona involucrada: Fecha de firma: |
| 19. Firma del supervisor: Fecha de revisión del informe: |
| 20. Firma del CEO: Fecha de revisión del informe: |

|  |
| --- |
| **Solo para uso de la oficina:** |
| Categoría del incidente: □ Personal □ Asistente de cuidado personal □ Voluntario/pasante □ Instalaciones □ Consumidor □ Transporte □ Visitante |
| Fecha en que la oficina recibe el formulario: |
| Notas de la oficina: |
| Fecha en que Recursos Humanos recibe el formulario: |
| Notas de Recursos Humanos: |
| □ Comité del programa □ Recursos Humanos □ Cumplimiento corporativo |
| Agencia de Coordinación de Atención Contactada: □ Sí □No □N/A |
| En caso afirmativo, fecha de contacto: |
| Información de contacto de la agencia de coordinación de atención: |
| Incidentes anteriores: □ Sí □No □N/A |
| En caso afirmativo, proporcione la fecha y la descripción del incidente: |
| Número de Seguridad Social: |
| Salario semanal promedio: |
| Título profesional: |
| Deberes laborales: |
| Fecha de contratación: |
| Días de trabajo típicos: □ dom. □ lun. □ mar. □ mié. □ jue. □ vie. □ sáb. |
| Tiempo perdido del trabajo: □ Sí □ No □ N/A |
| En caso afirmativo, último día trabajado: |
| Primer día programado sin trabajo: |
| Si corresponde, fecha de regreso al trabajo: |

2019-01

**N.° DE REFERENCIA \_\_\_\_\_\_\_\_**

**WNYIL, INC. INFORME DE INCIDENTE**

Este informe **debe** ser completado dentro de las **24 horas** posteriores a un Incidente por una persona involucrada o que presenció un Incidente. Si hay más de una persona involucrada, se debe completar un informe por separado para cada persona involucrada. El formulario completo debe entregarse de inmediato al Supervisor de la persona, quien luego lo enviará al Coordinador de Recursos Humanos.

|  |
| --- |
| 1. Nombre de la persona en el incidente: |
| 2. Dirección de la persona en el incidente: |
| 3. Fecha del incidente: | Hora del incidente: a. m. p. m. |
| 4. Inicio del turno: a. m. p. m. | Fin del turno: a. m. p. m. |
| 5. Relación con WNYIL: □ Personal □Voluntario/pasante □Consumidor □Visitante |
| 6. Dirección de la persona en el incidente: |
| 7. Número de teléfono de la persona en el incidente: |
| 8. Nombre de los testigos (si corresponde): |
| 9. Dirección y número de teléfono del/los testigo(s): |
| 10. Tipo de incidente: □ Abuso/negligencia □Agresión/pelea □ Subyugación □ Caída/resbalón □ Enfermedad □ Levantamiento □ Accidente automovilístico □ Robo □ Otro: |
| 11. Parte(s) del cuerpo afectada(s): □ Cabeza □ Cara □ Ojos (D o I) □ Tronco/espalda □ Cuello □ Mano (D o I) □ Dedos □ Rodilla (D o I) □ Tobillo (D o I) □ Brazo (D o I) □ Hombro (D o I) □ Pie (D o I) □ Cadera (D o I) □ Otra (especificar) □ N/A |
| 12. Lugar o dirección del incidente: |
| 13. Describa el incidente en detalle: (Incluya cualquier herramienta, equipo, material, etc. que haya estado involucrado en el Incidente). |

|  |
| --- |
| 14. ¿Se contactó con el servicio médico de emergencia (EMS)? □ Sí □ No □ N/A |
| 15. ¿Se presentó un informe policial? □ Sí □ No □ N/A |
| 16. Nombre y dirección del proveedor de atención: |
| 17. Acción correctiva: |
| 18. Fecha del plan de acción correctiva: |
| 19. Firma de la persona involucrada: Fecha de firma: |
| 20. Firma del supervisor: Fecha de revisión del informe: |
| 21. Firma del CEO: Fecha de revisión del informe: |
| **Solo para uso de la oficina:** |
| Categoría del incidente: □ Personal □ Asistente de cuidado personal □ Voluntario/Pasante □ Instalaciones □ Consumidor □ Transporte □ Visitante |
| Fecha en que la oficina recibe el formulario: |
| Notas de la oficina: |
| Fecha en que Recursos Humanos recibe el formulario: |
| Notas de Recursos Humanos: |
| □ Comité del programa □ Recursos Humanos □ Cumplimiento corporativo |
| Agencia de Coordinación de Atención Contactada: □ Sí □ No □ N/A |
| En caso afirmativo, fecha de contacto: |
| Información de contacto de la agencia de coordinación de atención: |
| Incidentes anteriores: □ Sí □ No □ N/A |
| En caso afirmativo, proporcione la fecha y la descripción del incidente: |

Memo de atención las 24 horas y duración de los turnos

Un Asistente Personal no debe trabajar durante 24 horas continuas o más.

Razones por las cuales no se debe permitir que los Asistentes Personales trabajen un turno de 24 horas o más:

La siguiente sección muestra que si se requiere atención durante 19 horas o más, varias personas deben atender el servicio. Un Asistente Personal residente no tendría las 5 horas de sueño ininterrumpido debido al nivel de necesidad del consumidor en un período de 24 horas, por lo que la opción de un Asistente Personal residente no es adecuada. Por lo tanto, se puede suponer que nadie debería trabajar más de 19 horas en un día determinado como máximo. Es probable que no más de 16 horas sea la intención de la regulación basada en el nivel de atención que un Asistente Personal residente podría brindar.

La Regulación 505.28(4) del CDPAP establece:

(4) "asistencia personal continua dirigida por el consumidor" significa la provisión de atención ininterrumpida, por más de un Asistente Personal dirigido por el consumidor, durante más de 16 horas en un día calendario para un consumidor que, debido a su condición médica, necesita asistencia durante dicho día calendario para ir al baño, caminar, trasladarse, voltear y cambiar de posición, alimentarse, servicios de asistencia de salud en el hogar o tareas de enfermería especializada, y necesita asistencia con tal frecuencia que un Asistente Personal dirigido por el consumidor las 24 horas no podría obtener, en forma regular, cinco horas diarias de sueño ininterrumpido durante el período de sueño de ocho horas del asistente.

Adicionalmente:

En un Memorando de la Comisión Local (LCM, por sus siglas en inglés) de 2006, la pregunta fue: "¿Puede una persona proporcionar atención continua las 24 horas?". La respuesta fue: "No. Una persona no puede proporcionar atención continua las 24 horas... la atención personal las 24 horas incluye atención continua (turno dividido o turno múltiple) brindada por más de un asistente como se indica en el Título 18, Artículo 505.14(a)(3) de los Códigos, Normas y Regulaciones de Nueva York (NYCRR, por sus siglas en inglés).

Esto es para garantizar la salud y el bienestar del consumidor cuyas necesidades de atención se satisfacen a través de este tipo de servicio. No es razonable suponer que una sola persona puede proporcionar a un consumidor asistencia segura, adecuada y sin dormir las 24 horas del día o que una sola persona puede proporcionar cantidades sustanciales de atención los 7 días a la semana".

Resumen:

Ningún Asistente Personal debería estar trabajando un turno extendido de más de 16 horas, a menos que una situación imprevista requiera la necesidad de que un Asistente Personal siga trabajando durante el período extendido. Eventos climáticos, enfermedades del Asistente Personal o llamadas inesperadas, y otras situaciones únicas podrían requerir que los Asistentes Personales extiendan un turno programado. De lo contrario, es responsabilidad del consumidor contratar suficientes Asistentes Personales para cubrir las horas que están autorizados a recibir. Si el consumidor no puede encontrar el número necesario de Asistentes Personales para cubrir las horas de manera segura, debe trabajar con la Organización de Atención Administrada para determinar el nivel adecuado de atención o nivel de servicios.

**WESTERN NEW YORK INDEPENDENT LIVING, INC.**

**PLAN DE CUMPLIMIENTO**

**2008-2009**

**(revisado JUN/2019)**

**DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS Y CUMPLIMIENTO**

Tina Brown

(716) 836-0822, ext. 102

tbrown@wnyil.org

Este documento es una versión abreviada del Plan de Cumplimiento completo de Western New York Independent Living. Se ha simplificado con un enfoque en los consumidores y Asistentes Personales que participan en el Programa Taking Control (CDPAP). El objetivo es ayudarlo a comprender WNYIL y sus derechos y responsabilidades como una persona que se beneficia de o recibe un pago mediante programas/servicios financiados por fondos del estado de Nueva York y Medicaid federal. Puede solicitar una versión impresa completa de nuestro Plan en cualquiera de nuestras oficinas o puede acceder a la versión completa del Plan de Cumplimiento de la Agencia en www.wnyil.org.

**I. VISIÓN Y MISIÓN DE WESTERN NEW YORK INDEPENDENT LIVING, INC. (WNYIL Inc.)**

**A. Declaración de la visión**

La familia de agencias de Western New York Independent Living, Inc. es un catalizador para cambio individual y de los sistemas, que mejora la calidad de vida de las personas con discapacidades, respeta la diversidad y promueve opciones y alternativas para una vida independiente en nuestras sociedades.

**B. Misión**

Western New York Independent Living, Inc., una familia de agencias, es una organización de derechos civiles, multicultural, de base, dirigida por pares, que brinda una gama completa de asistencia, programas y servicios para mejorar la calidad de vida de todas las personas con discapacidades. WNYIL Inc. La Junta Directiva y los Consejos de Mental Health Peer Connection, Independent Living of Niagara e Independent Living of the Genesee Region, su

personal y voluntarios, compuestos por una mayoría de personas con discapacidades, operan organizaciones profesionales y eficientes que generan oportunidades de elección, independencia y participación comunitaria. Eliminar las barreras físicas y de actitud y facilitar el transporte y el acceso a la comunicación en nuestra comunidad. WNYIL Inc. ayuda a las personas con discapacidades a realizar sus elecciones de vida a través de información y referencias, habilidades de vida independiente, defensa individual y de los sistemas, asesoramiento de colegas, programas de empoderamiento a través de la defensa, autoayuda, desarrollo de liderazgo, apoyo a familias y educación comunitaria y asociaciones.

**C. Afirmación de igualdad de acceso**

Western New York Independent Living, Inc. garantiza el acceso equitativo para todas las personas, independientemente de su discapacidad significativa, tanto en la comunicación como en el acceso físico a servicios, programas, actividades, recursos e instalaciones de WNYIL Inc., ya sea con fondos públicos o privados.

**D. Declaración de autonomía**

Western New York Independent Living, Inc. debe ayudar a las personas con discapacidad a ejercer más libertad y control sobre sus propias vidas. Por lo tanto, siempre que sea posible, las personas que reciben los servicios serán fundamentales para identificar los servicios necesarios y la prestación de estos servicios.

Se alentará a los consumidores a tener autonomía al:

1. Desarrollar sus propias metas.

2. Dirigir la prestación de servicios mediante sus propias habilidades.

3. Hacer que en todo momento, los consumidores experimenten la autodefensa.

4. Hacer que el personal de WNYIL Inc. no imponga sus propias opiniones al consumidor.

**E. Declaración de asociaciones de colegas**

Western New York Independent Living, Inc. apoyará y facilitará el desarrollo de modelos y relaciones entre colegas en la prestación de servicios a personas con discapacidades importantes. Este esfuerzo se logrará a través de miembros en la Junta Directiva, el reclutamiento de voluntarios y la promoción y contratación de personal, con el fin de proporcionar a WNYIL, Inc. la dirección necesaria de colegas de todas las actividades de WNYIL, Inc.

**II. OBJETIVO DEL PLAN DE CUMPLIMIENTO**

**A. Introducción**

El propósito de este Plan de Cumplimiento es garantizar que WNYIL Inc. mantenga su reputación positiva e influencia en la comunidad mejorando la vida de las personas con discapacidades en nuestras comunidades y proporcionando un mejor acceso y servicios

rentables y de calidad de manera consistente con la visión y misión de WNYIL Inc., como se resume anteriormente, o según lo dispuesto por su Junta Directiva.

WNYIL Inc. mantiene a cualquier persona afiliada a la organización con los más altos estándares. En nuestros esfuerzos por cumplir estas metas, WNYIL Inc. ha establecido este Plan de Cumplimiento.

**B. Misión**

La Directora de Recursos Humanos y Cumplimiento (CHRCO) de WNYIL Inc. logrará esta meta ayudando y asesorando a los empleados, consumidores, agentes y representantes de WNYIL Inc., y para ayudar a garantizar que WNYIL Inc. cumpla con los requisitos de las layes federales, estatales y locales aplicables. En tal carácter, la CHRCO se compromete a proporcionar pautas claras para capacitar y educar a los empleados, consumidores, agentes y representantes con respecto a las leyes, reglamentos, políticas y procedimientos aplicables en lo que respecta al cumplimiento.

La CHRCO se esforzará por:

1. Promover una cultura que aliente a los empleados, agentes, consumidores y representantes a realizar actividades con integridad y de conformidad con todas las leyes, reglamentos y políticas y procedimientos de WNYIL Inc. aplicables, y a informar a la CHRCO de casos de incumplimiento;

2. Educar a los funcionarios, directores, miembros del Consejo, empleados, agentes, consumidores y representantes de WNYIL Inc. sobre los riesgos legales de ciertas prácticas comerciales;

3. Animar a los gerentes de WNYIL Inc. a buscar asesoramiento adecuado con respecto a las prácticas comerciales y a realizar dichas actividades dentro de los requisitos de la ley y las normas éticas de conducta para los empleados de WNYIL Inc. y, para asegurar el cumplimiento de las Pautas Federales de Sentencias.

Cumplimiento es una colaboración para ayudar a identificar áreas de riesgo regulatorio y para mitigar el riesgo de incumplimiento. Se espera que los empleados de WNYIL Inc. estén abocados a la sociedad y actúen de manera diligente, leal y prudente para garantizar estrictas normas de liderazgo creativo y responsabilidad fiscal a fin de colaborar y establecer contactos con otras personas que comparten los valores de WNYIL Inc. en la provisión de programas y servicios para personas con discapacidades, defender en nombre de cuestiones de conciencia y necesidad humana, y contribuir a la preservación y fortaleza de la vida independiente.

**III. PLAN DE CUMPLIMIENTO DE WNYIL**

**Elementos principales**

El Plan de Cumplimiento incluirá los siguientes ocho elementos principales, según lo requerido por OMIG y OIG:

**A. ELEMENTO 1: POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ESCRITOS**

Este documento, en su totalidad, incluidos los Anexos A, B y C, así como el Manual de Cumplimiento de WNYIL, servirá como políticas y procedimientos escritos de WNYIL.

**B. ELEMENTO 2: UN EMPLEADO DESIGNADO INVESTIDO CON LA RESPONSABILIDAD DE SUPERVISAR EL PLAN Y TODOS SUS ELEMENTOS REQUERIDOS**

**1. Funcionario responsable**

WNYIL Inc, ha designado a Tina Brown como Directora de Recursos Humanos y Cumplimiento (CHRCO, por sus siglas en inglés). La CHRCO informa directamente al CEO y es responsable ante el Consejo de Administración. Esta persona es responsable de la implementación y operación general del Plan de Cumplimiento.

**2. Otras personas responsables**

1. Comité de cumplimiento: el Comité de cumplimiento está presidido por la CHRCO. Se compone de miembros de la Junta Directiva, personas seleccionadas de la comunidad, el CEO de WNYIL y miembros seleccionados del Equipo de Auditoría del Cumplimiento.

2. Equipo de auditoría del cumplimiento: el Equipo de auditoría del cumplimiento tendrá la responsabilidad de ayudar a la CHRCO en la implementación del proceso de auditoría interna. Será responsable de revisar y actualizar los protocolos de auditoría para garantizar que las auditorías se realicen de manera uniforme y de acuerdo con los normas que WNYIL Inc. y las fuentes de financiamiento requieran.

3. Representante legal: la CHRCO trabajará conjuntamente con un asesor legal externo en el desarrollo y la implementación del Plan de Cumplimiento.

**C. ELEMENTO 3: PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA ALERTAR A LOS EMPLEADOS Y A OTROS ACERCA DE SUS RESPONSABILIDADES**

La CHRCO tendrá la responsabilidad general de supervisar el desarrollo y la implementación de programas de educación, capacitación y comunicación para garantizar el cumplimiento del Plan de Cumplimiento por parte de WNYIL Inc. Directores, funcionarios, miembros del consejo, empleados, consumidores, agentes y representantes.

**D. ELEMENTO 4: INFORMES DE CUMPLIMIENTO**

Bajo la dirección general de la CHRCO, WNYIL Inc. y cada Director de Departamento implementarán procesos para proporcionar educación y orientación sobre las políticas y procedimientos de ética y cumplimiento legal de WNYIL Inc. y para informar e investigar problemas comerciales.

1. Cada empleado tendrá la responsabilidad de notificar a su supervisor de manera oportuna, sobre cualquier violación o sospecha de violación de las normas de ética y conducta legal. Como alternativa, un empleado puede seguir el procedimiento de informe de la Parte IX, Política de Cumplimiento sobre Fraude y Abuso, Sección C, Participación e Informes del Empleado.

2. Se informará a las personas que, en algunos casos, el simple hecho de no informar una presunta violación puede ser en sí mismo un fundamento para la aplicación de medidas disciplinarias u otro tipo de medidas.

3. El número de teléfono gratuito (866) 576-8042 está disponible para todos los que deseen asesoramiento sobre ciertas políticas y procedimientos, o que deseen denunciar violaciones reales o presuntas de la ley o las políticas y procedimientos aplicables de WNYIL Inc.

4. Ninguna persona estará sujeta a represalias por informar, de buena fe, acciones que considere que violan la ley o las normas establecidas. Cualquier persona que participe en cualquier acto de represalia por cualquier denuncia de buena fe estará sujeta a medidas disciplinarias o el despido.

5. **Informes organizacionales:** la CHRCO informará al Director Ejecutivo sobre el Plan de Cumplimiento de manera continua, informará las actividades del Plan de Cumplimiento al Comité de Cumplimiento al menos trimestralmente e informará el cumplimiento legal y ético, según sea necesario.

6. **Participación e informes de los empleados:** es responsabilidad de cada empleado en WNYIL Inc. cumplir con las leyes y regulaciones aplicables y apoyar los esfuerzos de cumplimiento de WNYIL Inc. Todos los empleados deben informar que están convencidos de buena fe acerca de una violación del Plan de Cumplimiento o la ley aplicable. WNYIL Inc., a solicitud del empleado, mantendrá en anonimato a los empleados que informen una violación según sea posible bajo las circunstancias a juicio de WNYIL Inc., de conformidad con sus obligaciones de investigar las inquietudes de los empleados y tomar las medidas correctivas necesarias. No habrá represalias en los términos y condiciones de empleo como resultado de haber informado la violación. Los empleados informarán que están convencidos de buena fe de violaciones del Plan de Cumplimiento o las leyes aplicables de la(s) siguiente(s) manera(s):

a. Ya sea oralmente o por escrito a su Director.

b. Utilizando la línea directa de cumplimiento al 1-866-576-8042. Si puede realizar el bloqueo por llamada, marque \*67 antes de marcar 1-866-576-8042 para bloquear su número en nuestro identificador de llamadas.

c. Introducción de quejas a través de nuestra página web: **www.wnyil.org/corporatecompliance**.

d. Oralmente o por escrito a la CHRCO de WNYIL Inc. en Western New York Independent Living, Inc.:

Tina Brown, CHRCO

WNYIL Inc.

3108 Main Street

Buffalo NY 14214

Teléfono: (716) 836-0822 ext. 102

tbrown@wnyil.org

**E. ELEMENTO 5: POLÍTICAS DISCIPLINARIAS PARA FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN DE BUENA FE**

Los empleados pueden estar sujetos a medidas disciplinarias por no participar en los esfuerzos de cumplimiento de WNYIL Inc., que incluyen, entre otros:

1. El incumplimiento por parte de un empleado de cualquier obligación que le fuera requerida en relación con el cumplimiento del programa o las leyes o regulaciones aplicables;

2. No informar sospechas de violaciones de las leyes del Plan de Cumplimiento o las leyes o regulaciones aplicables a una persona apropiada; y

3. El incumplimiento por parte de un empleado de supervisión o gerencia al implementar y mantener políticas y procedimientos razonablemente necesarios para garantizar el cumplimiento de los términos del programa o las leyes y regulaciones aplicables.

Las medidas disciplinarias seguirán las políticas y procedimientos disciplinarios para los actuales empleados de WNYIL Inc.

**F. ELEMENTO 6: UN SISTEMA PARA LA IDENTIFICACIÓN RUTINARIA DE ÁREAS DE RIESGO DE CUMPLIMIENTO**

**AUDITORÍA Y SEGUIMIENTO**

En consulta y la colaboración con el Director Ejecutivo y los Directores de Departamento claves, la CHRCO coordinará auditorías y encuestas internas apropiadas para verificar el cumplimiento y conocimiento de los requisitos del Plan de Cumplimiento y los requisitos de la fuente de financiamiento y las políticas y procedimientos de ética y cumplimiento de WNYIL Inc.

Cualquier actividad comercial de WNYIL Inc., y en la medida en que se hayan establecido los derechos de auditoría, filiales, asociaciones, empresas conjuntas, licenciatarios, contratistas, vendedores, distribuidores, terceros u otras operaciones están sujetos a una revisión de Auditoría Interna.

**G. ELEMENTO 7: UN SISTEMA PARA RESPONDER A CUESTIONES DE RIESGO DE CUMPLIMIENTO**

El propósito de esta política es establecer los procedimientos que utilizará Western New York Independent Living, Inc. (WNYIL Inc.) para responder a las denuncias de los empleados u otras personas de que una unidad de negocios o personas empleadas por una unidad de negocios o consumidores que participan en un programa están realizando actividades que podrían violar las normas descritas en el Plan de Cumplimiento y que podrían ser contrarias a las leyes o regulaciones aplicables de Medicaid o que dichas personas o unidades de negocios podrían presentar reclamos de una manera que no cumpla con los requisitos del programa Medicaid, según corresponda.

1. Investigación

a. Propósito de la investigación:

El propósito de la investigación será

1. Identificar aquellas situaciones en las que las leyes, reglas y normas del programa Medicaid puedan no haberse seguido.

2. Identificar a las personas que, a sabiendas o inadvertidamente, hayan provocado que se presenten o procesen reclamaciones de una manera que viole las leyes, reglas o normas de Medicaid.

3. Facilitar la corrección de cualquier práctica que no cumpla con las leyes, reglas y normas de Medicaid.

4. Implementar los procedimientos necesarios para garantizar el cumplimiento futuro.

5. Proteger a WNYIL Inc. en caso de acciones civiles o penales.

6. Preservar y proteger los bienes de WNYIL Inc.

b. Control de investigaciones:

Todos los informes recibidos por los empleados de la Agencia se enviarán a la CHRCO de WNYIL Inc. La CHRCO de WNYIL Inc. o sus personas designadas tomarán las medidas de investigación apropiadas utilizando los recursos internos y externos que se consideren apropiados.

c. Proceso de investigación:

Al recibir un informe de cualquier queja u otra información (incluidos los resultados de la auditoría), que sugiera la existencia de un patrón de conducta que viole las

políticas de cumplimiento o las leyes o regulaciones aplicables, se iniciará una investigación. Se llevará a cabo una investigación completa y se llevarán a cabo todas las acciones de seguimiento apropiadas, incluida la presentación de informes a entidades externas, según sea necesario.

**Respuesta por parte de  WNYIL Inc.**

Posible actividad criminal: en el caso de que WNYIL Inc. descubra lo que parezca ser una actividad delictiva por parte de cualquier empleado o unidad de negocios, deberá seguir los siguientes pasos:

En caso de que haya una actividad criminal en curso, se contactará al Fiscal General del Estado de Nueva York.

En caso de que Medicaid esté involucrado, se contactará a la Oficina del Inspector General de Medicaid del Estado de Nueva York.

En caso de que la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo esté involucrada, se le contactará.

En caso de que el Centro de Justicia esté involucrado, se le contactará.

En caso de que el Departamento de Educación del Estado de Nueva York esté involucrado, se contactará a ACCES-VR.

Se pueden realizar otros contactos según se considere apropiado.

WNYIL iniciará acciones disciplinarias apropiadas contra la persona o las personas cuya conducta parece haber sido intencional, deliberadamente indiferente o emprendida con desprecio temerario por Medicaid y otras leyes y regulaciones programáticas. Los consumidores que se determine que han ignorado de manera intencional, deliberadamente indiferente o temeraria Medicaid y las leyes y regulaciones programáticas ya no podrán recibir servicios de WNYIL.

Otros incumplimientos: en el caso de que la investigación revele problemas de facturación u otros problemas que no parezcan ser el resultado de una inobservancia intencional, deliberadamente indiferente o temeraria de las leyes y regulaciones del programa apropiado, WNYIL Inc. deberá seguir estos pasos:

a. Pagos indebidos. En caso de que el problema ocasione pagos duplicados por parte de la fuente de financiamiento, o pagos por servicios no prestados o proporcionados que no sean los reclamados, deberá:

i. Corregir la práctica o el procedimiento defectuosos de inmediato,

ii. Calcular y reembolsar a la entidad gubernamental correspondiente los pagos duplicados o pagos indebidos resultantes del acto u omisión,

iii. Iniciar la medida disciplinaria, en su caso, según sea apropiado dados los hechos y las circunstancias. Las medidas disciplinarias apropiadas pueden incluir, entre otras, reprimenda, degradación, suspensión y despido, y

iv. Desarrollar de inmediato un programa de educación en la unidad de negocios apropiada para prevenir futuros problemas similares.

b. Ausencia de pagos indebidos. En caso de que el problema no haya generado ni genere un pago excesivo por parte del programa, WNYIL Inc. deberá:

i. Corregir la práctica o el procedimiento defectuosos de inmediato.

ii. Iniciar la medida disciplinaria, en su caso, según sea apropiado dados los hechos y las circunstancias. La medida disciplinaria apropiada puede incluir, entre otros, reprimenda, degradación, suspensión y despido.

iii. Llevar a cabo de inmediato un programa de educación en la unidad de negocios correspondiente para prevenir problemas similares en el futuro.

**H. ELEMENTO 8: UNA POLÍTICA DE NO REPRESALIAS Y NO INTIMIDACIÓN**

WNYIL requiere que sus directores, funcionarios, empleados y voluntarios (cada uno de ellos una "Persona Protegida") cumplan estrictas normas de ética personal y comercial en el desempeño de sus funciones en representación de la Agencia. Como empleados y representantes de la Agencia, se espera que las Personas Protegidas practiquen la honestidad e integridad en el cumplimiento de sus responsabilidades y se les exige que cumplan con todas las leyes y regulaciones aplicables.

Los objetivos de esta Política de Denunciantes son alentar y permitir a Personas Protegidas, sin temor a represalias, que planteen inquietudes con respecto a conductas o prácticas sospechosas no éticas o ilegales de forma confidencial y, si lo desean, anónima para que la Agencia pueda abordar y corregir conductas y acciones inapropiadas.

**Responsabilidad de informar**

Es responsabilidad de todas las Personas Protegidas informar de buena fe cualquier inquietud que puedan tener con respecto a actividades reales o sospechosas que puedan ser ilegales o que infrinjan las políticas de la Agencia con respecto a, entre otros, fraude, robo, malversación, irregularidades contables o de auditoría, cohecho, soborno y mal uso de los activos de la Agencia, así como también cualquier violación o sospecha de violación de las estrictas normas de ética personal y comercial, ya que tales normas se relacionan con la Agencia (cada una, una "Inquietud") de acuerdo con esta Política de Denunciantes.

**Sin represalias**

Ninguna Persona Protegida que de buena fe denuncie una inquietud sufrirá intimidación, hostigamiento, represalias, discriminación o consecuencias laborales adversas debido a ello. Nada de lo contenido en este documento tiene por objeto proporcionar a alguna

Persona Protegida un derecho o una causal de acción adicionales, que no sean los previstos por la ley.

**Denuncia de inquietudes**

Cualquier inquietud debe ser denunciada tan pronto como sea posible a la Directora del Comité de Cumplimiento de la Agencia (la "CHRCO"). Cualquier pregunta con respecto al alcance, la interpretación u el funcionamiento de esta Política de Denunciantes también debe dirigirse a la CHRCO.

**Oficial de cumplimiento**

La CHRCO es responsable de investigar y resolver todas las inquietudes denunciadas y deberá informar al Comité de Cumplimiento de todas ellas. La CHRCO o su persona designada deberán informar a la Junta Directiva completa en cada Reunión de la Junta programada regularmente sobre la actividad de cumplimiento.

**Investigaciones**

La CHRCO puede delegar la responsabilidad de investigar una inquietud denunciada, ya sea una inquietud contable o de otro tipo, a uno o más empleados de la Agencia o a cualquier otra persona, incluidas las personas no empleadas por la agencia, seleccionadas por la CHRCO; siempre que la CHRCO no pueda delegar dicha responsabilidad a un empleado u otra persona que sea objeto de la inquietud denunciada o de una manera que comprometa la identidad de un empleado que denunció la inquietud de forma anónima o la confidencialidad de la queja o la investigación resultante. Los empleados y los consumidores deben cooperar con los esfuerzos de investigación.

**Acto de buena fe**

Cualquier persona que denuncie una inquietud debe actuar de buena fe y tener motivos razonables para creer que la información revelada puede indicar una violación de la ley o las normas éticas. Cualquier acusación que demuestre haber sido hecha maliciosamente o con conocimiento de ser falsa será vista como una falta disciplinaria grave.

**Confidencialidad**

La Agencia asume seriamente su responsabilidad de hacer cumplir esta Política de Denunciantes y, por lo tanto, alienta a cualquier persona que denuncie una inquietud a identificarse para facilitar cualquier investigación resultante. No obstante lo anterior, al denunciar una inquietud, una persona protegida puede solicitar que dicha denuncia sea tratada de manera confidencial (incluso que la Agencia tome medidas razonables para garantizar que la identidad de la persona que denuncia se mantenga en el anonimato). Las inquietudes también se pueden denunciar de forma anónima. Las denuncias de inquietudes se mantendrán de manera confidencial en la medida de lo posible, de acuerdo con la necesidad de realizar una investigación adecuada.

**Manejo de las inquietudes denunciadas**

La CHRCO acusará recibo de cada inquietud denunciada dentro de los cinco días hábiles, pero solo en la medida en que se divulgue la identidad o se proporcione la dirección del remitente. Todos las denuncias serán investigadas sin demora; quedando el alcance de cualquier investigación de este tipo a criterio exclusivo del Comité de Cumplimiento, y se tomarán las medidas correctivas apropiadas si la investigación lo amerita.

**Registros**

El Comité de Cumplimiento retendrá de forma estrictamente confidencial durante un período de siete años (o de otra manera según lo exijan las políticas de retención de registros de la Agencia) todos los registros relacionados con cualquier inquietud denunciada y con la investigación y resolución de la misma. Todos estos registros son confidenciales para la Agencia y se considerarán privilegiados y confidenciales.

**CIERTAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES**

**I. LEYES DE FRAUDE Y ABUSO**

**A. Leyes Federales**

**Ley de Reclamaciones Falsas (Título 31, §§3729-3733 del Código de los Estados Unidos)**

La Ley de Reclamaciones Falsas ("FCA, por sus siglas en inglés") establece en la parte pertinente que:

Cualquier persona que (1) a sabiendas presenta, o hace que se presente, a un funcionario o empleado del Gobierno de los Estados Unidos... una reclamación de pago o aprobación falsa o fraudulenta; (2) a sabiendas hace, usa u hace que se prepare o use un registro o una declaración falsa para obtener el pago o la aprobación de una reclamación falsa por parte del Gobierno; (3) conspira para defraudar al Gobierno al obtener el pago o la aprobación de una reclamación falsa por parte del Gobierno... o (7) a sabiendas hace, usa u hace que se prepare o use un registro o una declaración falsos para ocultar, evitar o reducir una obligación de pago o transmitir dinero o activos al Gobierno, es responsable ante el Gobierno de los Estados Unidos de una multa civil de entre USD 10.781,40 y no más de USD 21.562,80 más 3 veces el monto de los daños ocasionados al Gobierno debido al acto de esa persona.

A los fines de esta sección, los términos "conocer" y "a sabiendas" significan que una persona, con respecto a la información (1) tiene conocimiento real de la información, (2) actúa en ignorancia deliberada de la verdad o falsedad de la información; o (3) actúa en un desprecio imprudente de la verdad o falsedad de la información y no se requiere prueba de intención específica de defraudar (Título 31, §3729, del Código de EE. UU.)

La Ley de Reclamaciones Falsas impone una responsabilidad a cualquier persona que presente un reclamación al gobierno federal que sabe (o debería saber) que es falsa. La Ley de Reclamaciones Falsas también impone responsabilidad a una persona que a sabiendas presente un registro falso para obtener el pago del gobierno. La tercera área de responsabilidad incluye aquellas instancias en las que alguien pueda obtener dinero del gobierno federal al que no tiene derecho, y utiliza declaraciones o registros falsos para retener el dinero. La FCA establece que las partes privadas pueden presentar una demanda en nombre de los Estados Unidos. Dicha persona, conocida como "expositores *qui tam*", puede compartir un porcentaje de los ingresos de una acción o acuerdo según la FCA.

Recursos Administrativos para Reclamaciones Falsas (Título 31, Capítulo 38, §§3801-3812 del Código de los Estados Unidos)

Esta ley permite recuperaciones administrativas por parte de agencias federales. Si una persona presenta una reclamación que sabe que es falsa o que contiene información falsa, u omite información importante, la agencia que recibe la reclamación puede imponer una multa de hasta USD 5.000 por cada reclamación, más un monto igual al doble del monto de la reclamación.

**B. Leyes del Estado de Nueva York**

**Ley de Reclamaciones Falsas de Nueva York (Ley Financiera del Estado, §§187-194)**

La Ley de Reclamaciones Falsas del Estado de Nueva York es similar a la Ley de Reclamaciones Falsas federal. Impone sanciones y multas a las personas y entidades que presenten reclamaciones de pago falsas o fraudulentas ante cualquier gobierno estatal o local, incluidos los programas de atención médica como Medicaid. La multa por presentar una reclamación falsa es de entre USD 10.781,40 y USD 21.562,80 por reclamación y los daños recuperables son entre dos y tres veces el valor del monto recibido falsamente. Además, es posible que la parte que presenta la reclamación falsa tenga que pagar los honorarios legales del gobierno. Los particulares pueden presentar demandas en los tribunales estatales en representación de los partidos gubernamentales estatales o locales. Si, como resultado de la demanda, la parte que presenta una reclamación falsa debe realizar reembolsos al gobierno, la persona que inició la causa puede obtener entre el 25 % y el 30 % de los ingresos si el gobierno no participó en la demanda, o entre el 15 % y el 25 % si el gobierno participó.

**Ley de Servicios Sociales §145-b, Declaraciones Falsas**

Es una violación de esta ley, obtener o intentar obtener a sabiendas el pago por los artículos o servicios proporcionados bajo cualquier programa de Servicios Sociales, incluido Medicaid, por medio de una declaración falsa, un ocultamiento deliberado u otro esquema o mecanismo fraudulento. El estado o el distrito local de Servicios Sociales y el Departamento de Salud pueden recuperar tres veces la cantidad pagada indebidamente e imponer multas y sanciones.

**Ley de Servicios Sociales Párrafo §145-c, Sanciones**

La ley establece que se impongan sanciones a una persona que solicita o recibe asistencia pública, incluido Medicaid, por hacer intencionalmente una declaración falsa o engañosa.

**Ley de Servicios Sociales § 145, Sanciones**

Cualquier persona que a sabiendas presente declaraciones falsas u oculte información importante para recibir asistencia pública, incluido Medicaid, es culpable de un delito menor.

**Ley de Servicios Sociales § 366-b, Sanciones por Prácticas Fraudulentas**

Cualquier persona que obtenga o trate de obtener, para sí misma o para otros, asistencia médica mediante una declaración falsa, ocultamiento de hechos importantes, uso indebido de nombre u otros medios fraudulentos es culpable de un delito menor.

Cualquier persona que, con la intención de defraudar, presente para el pago una reclamación falsa o fraudulenta por la prestación de servicios, que a sabiendas presente información falsa para obtener una mayor compensación de Medicaid, o que a sabiendas presente información falsa a fin de obtener autorización para proporcionar artículos o servicios es culpable de un delito menor.

**Artículo 155 de la Ley Penal, Hurto**

El delito de hurto lo comete una persona que, con la intención de privar a otro de su bien, obtiene, toma o retiene el bien por medio de engaños, apropiación indebida de fondos, falsas pretensiones, falsas promesas, incluido un plan para defraudar, u otro comportamiento similar. El hurto ha cambiado en algunos casos de fraude de Medicaid.

**Artículo 175 de la Ley Penal, Declaraciones Falsas por Escrito**

Esta ley establece sanciones penales por falsificar registros comerciales y ofrecer instrumentos falsos a una agencia gubernamental.

**Artículo 176 de la Ley Penal, Fraude a Seguros**

Esta ley establece sanciones penales por fraude a seguros, incluidas las reclamaciones falsas a Medicaid y otras aseguradoras de salud.

**Artículo 177 de la Ley Penal, Fraude a la Atención Médica**

Esta ley establece sanciones penales por reclamaciones fraudulentas de pago de seguro de salud, incluido Medicaid.

**II. LEYES DE PROTECCIÓN DE LOS DENUNCIANTES**

**Ley Federal de Reclamaciones Falsas (Título 31, §3730(h) del Código de los Estados Unidos**

La FCA brinda protección a los expositores *qui tam* (personas que hayan iniciado una acción de reclamaciones falsas) que sean despedidos, degradados, suspendidos, amenazados, hostigados o de cualquier otra forma discriminados en los términos y condiciones de su empleo como consecuencia de haber promovido una acción según la FCA. Los resarcimientos incluyen la reincorporación con una antigüedad comparable a la que habría tenido el expositor *qui tam* de no ser por la discriminación, dos veces el monto de cualquier pago atrasado, intereses sobre cualquier pago atrasado y compensación por los daños especiales sufridos como resultado de la discriminación, incluidos gastos de litigio y honorarios razonables de abogados.

**Ley de Reclamaciones Falsas de Nueva York (Ley Financiera del Estado §191)**

La Ley de Reclamaciones Falsas también brinda protección a los expositores *qui tam* que sean despedidos, degradados, suspendidos, amenazados, hostigados o de cualquier otra forma discriminados en los términos y condiciones de su empleo como resultado de la haber promovido una acción conforme a la Ley. Los resarcimientos incluyen la reincorporación con una antigüedad comparable a la que habría tenido el expositor *qui tam* de no ser por la discriminación, dos veces el monto de cualquier pago atrasado, intereses sobre cualquier pago atrasado y compensación por los daños especiales sufridos como resultado de la discriminación, incluidos gastos de litigio y honorarios razonables de abogados.

**Ley Laboral de Nueva York §740**

Un empleador no podrá tomar ninguna medida de represalia contra el empleado si el empleado divulga información sobre las políticas, prácticas o actividades del empleador a una agencia reguladora, del orden público u otra agencia similar o funcionario público. Las divulgaciones protegidas son aquellas que afirman que el empleador está violando una ley que crea un peligro sustancial y específico para la salud y la seguridad pública o que constituye un fraude en la atención médica en virtud de la Ley Penal §177 (presentando a sabiendas, con la intención de defraudar, una reclamación de pagos que intencionalmente tenga información falsa u omisiones). La divulgación del empleado está protegida solo si el empleado primero planteó el asunto ante un supervisor y le dio al empleador una oportunidad razonable para corregir la presunta violación. Si un empleador toma una acción de represalia contra el empleado, el empleado puede demandar en el tribunal estatal la reincorporación al mismo puesto, o un puesto equivalente, cualquier pérdida de salarios atrasados y beneficios, y los honorarios de abogados. Si el empleador es un proveedor de salud y el tribunal determina que la acción de represalia del empleador fue de mala fe, puede imponer una multa civil de USD 10.000 al empleador.

**Ley Laboral de Nueva York §741**

Un empleador de atención médica no puede tomar ninguna medida de represalia contra un empleado si el empleado divulga cierta información sobre las políticas, prácticas o actividades del empleador a una agencia reguladora, del orden público u otra agencia similar o funcionario público. Las divulgaciones protegidas son aquellas que afirman que, de buena fe, el empleado cree que la atención recibida por el paciente es de una calidad inadecuada. La divulgación sobre el empleador está protegida solo si el empleado primero planteó el asunto ante un supervisor y le dio al empleador una oportunidad razonable para corregir la presunta violación, a menos que el peligro sea inminente para el público o el paciente y el empleado crea de buena fe que hacer la denuncia ante un supervisor no daría lugar a una acción correctiva. Si un empleador toma una acción de represalia contra el empleado, el empleado puede iniciar una demanda en un tribunal estatal para la reincorporación al mismo puesto, o un puesto equivalente, el pago de cualquier salario atrasado y beneficios perdidos, y de honorarios de abogados. Si el empleador es un proveedor de salud y el tribunal determina que la acción de represalia del empleador fue de mala fe, puede imponer una multa civil de USD 10.000 al empleador.