CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

Clear Form

REVISIÓN ANUAL DEL DCW

Nombre del Empleado (DCW): _____ Nombre del Miembro: _____

Nombre del/ la Coordinator(a): _____ Fecha de revisión: _____

Fecha de alquiler: _____

1. ¿Expirarán los requisitos del DCW dentro de los próximos 90 días?
   - ☐ Si ☐ No RCP – en caso afirmativo, fecha de caducidad: _____
   - ☐ Si ☐ No Primeros Auxilios – en caso afirmativo, fecha de caducidad: _____
   - ☐ Si ☐ No Seguro de Auto – en caso afirmativo, fecha de caducidad: _____
   - ☐ Si ☐ No Huellas Dactilares – en caso afirmativo, verifique los antecedentes en HireRight. Fecha de caducidad: _____
2. Verificaciones en línea.
   a. Tarjeta de huellas dactilares: verificación en el sitio web del Departamento de Seguridad Pública de AZ completada en: _____ (si corresponde, no se requiere la verificación de antecedentes de HireRight en el archivo)

   b. Verificación en el sitio web del Registro de Servicios de Protección para Adultos de AZ completada el: _____. ¿Fue el DCW mencionado anteriormente en el Registro? ☐ Si ☐ No
3. Educación continua: ¿dcw ha completado al menos 6 horas por aniversario? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Cambios en la dirección / número de teléfono de DCW? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, cambiar:

   _____
5. ¿Tiene alguna inquietud como empleado? _____

   _____

   _____
6. Indique todas las tareas que está realizando actualmente para su miembro: _____

   _____
7. ¿Este DCW ha demostrado con éxito las tareas mencionadas anteriormente? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Qué otros apoyos puede proporcionar Consumer Direct Care Network (es decir, capacitaciones)? ¿Está utilizando con éxito Sandata o un sistema EVV? _____
9. ¿Buscas más horas? ☐ Sí ☐ No

   En caso afirmativo, ¿cuál es su disponibilidad (Día y Horarios) _____

   _____
10. Observaciones del coordinador
    a. Competencia de DCW e interacción entre el miembro y el empleado: _____

    _____

    b. Calidad de cuidados: _____

_____	_____	_____	_____
Firma del DCW	Fecha	Firma del Coordinador	Fecha

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

EDUCACIÓN CONTINUA Y CAPACITACIÓN ANUAL

Nombre del Cuidador Directo («DCW», por sus siglas en inglés): _____ **Créditos totales:** _____

Verificación de antecedentes anual obligatoria
Declaración de antecedentes penales. Fecha en que se completó _____.

Capacitación anual obligatoria								
Tema	**Cr.**	**Fecha**	**Puntaje**		**Tema**	**Cr.**	**Fecha**	**Puntaje**
Abuso y abandono	1				Patógenos de transmisión hemática	0.5		
Factores de riesgo de caídas (SEAGO)	0.5				Prevención del fraude	0.5		
Opciones de capacitación para créditos de educación continua								
Tema	**Cr.**	**Fecha**	**Puntaje**		**Tema**	**Cr.**	**Fecha**	**Puntaje**
Instrucciones anticipadas	1				Hospicio	1		
Alzheimer	1				Hipertensión	1		
Artritis	1				Incontinencia	1		
Consejos para el baño	1				Enfermedad renal	1		
Salud conductual (5 módulos)	5				Mantener la distancia profesional	1		
Declaración de derechos (paciente)	1				Suministro de medicamentos	1		
Cáncer	1				Clientes c/enfermedad mental	1		
Estrés del cuidador	1				Esclerosis múltiple	1		
Clientes combativos	1				Obesidad	1		
Regímenes de prescripción habitual	1				Ostomías	1		
EPOC	1				Manejo del dolor	1		
COVID-19	1				Parkinson	1		
Diversidad cultural	1				Neuropatía periférica	1		
Fibrosis quística	1				Bienestar personal	1		
Demencia	1				Prevención de escaras	1		
Depresión	1				Rango de movimiento	1		
Diabetes	1				Documentación/Informes	1		
Vestir y asear	1				Traslados seguros	1		
Enfermedades oculares	1				Convulsiones	1		
Alimentar a los clientes	1				Infartos (ACV)	1		
Preparación de alimentos e inocuidad	1				Gestión del tiempo	1		
Enfermedades auditivas	1				Lesiones encefálicas traumáticas	1		
Infarto cardíaco								

¿El DCW completó la capacitación este año? (6 créditos) ☐ Sí ☐ No ☐ **SEAGO**

Fecha en que la completó: _____ **Firma del Coordinador de Apoyo:** _____

CONTRATO DEL EMPLEADO

Yo, _____, acepto y reconozco lo siguiente:
(Nombre en imprenta del Empleado)

1. **Manual del cuidador**
   He recibido una copia del Manual del cuidador de Consumer Direct Care Network Arizona («CDCN»). Este proporciona pautas de empleo sobre las políticas, los procedimientos y los programas de CDCN. El Manual no es un contrato de empleo.

   Me comprometo a leer y comprender la información del Manual. Soy responsable de seguir todas las políticas y los procedimientos detallados en este Manual. Puedo hacerle preguntas a CDCN. CDCN puede revisar y actualizar las políticas, los procedimientos y la información que contiene el Manual en cualquier momento.

2. **Modelo de servicio**
   Si me han contratado en el marco de un modelo de servicio con coempleo, entonces el Miembro es mi Empleador Gestor. El Miembro selecciona, programa, gestiona y despide a los cuidadores. CDCN es mi Empleador Registrado legal. CDCN proporciona servicios administrativos y relacionados con la nómina de pagos al Miembro. CDCN también podrá despedirme sin el permiso del Miembro.

   Si me han contratado en el marco de un modelo de servicio basado en agencia, entonces CDCN es tanto mi Empleador Gestor, como mi Empleador Registrado. CDCN tiene la responsabilidad exclusiva de seleccionar, programar, gestionar y despedir a los Cuidadores Directos (*Direct Care Workers*, «DCW»).

3. **Presentaré a CDCN:**
   - Una copia del certificado de capacitación en primeros auxilios/RCP (CDCN ofrece una capacitación en primeros auxilios/RCP con costos divididos entre CDCN y yo). No se aceptan las capacitaciones en línea.
   - Una verificación del seguro del vehículo a fin de completar determinadas tareas de atención personal. Me comprometo a conservar el seguro y a presentar las actualizaciones del seguro a CDCN. Si no es necesario manejar un vehículo para realizar tareas, completaré un Formulario de confirmación de que no se proporcionarán servicios de manejo.
   - Las notificaciones de cambios de nombre, domicilio o número de teléfono dentro de los 10 días del cambio. Las acusaciones penales pendientes que puedan ocurrir con posterioridad a mi fecha de contratación también se deben notificar dentro de los 10 días.

4. **Capacitación**
   Yo tengo que acompletar el entrenamiento de DCW para poder ser eligible y empezar a trabajar. También completaré seis horas de educación continua por año. Nadie puede asistirme o hacer el entrenamiento por mi. La falsificación de quién complete el entrenamiento constituye fraude de Medicaid y puede resultar en la terminación de mi empleo.

   CDCN tiene una biblioteca de módulos de capacitación para elegir. La Coordinadora de CDCN trabajara conmigo para identificar los entrenamientos necesarios. El Miembro tambien puede decir sobre la capacitación individualizada para que yo la tome en función de sus necesidades de atención. Por ejemplo, si el Miembro tiene diabetes, me pueden solicitar que complete el Módulo sobre diabetes

   El Miembro me orientará en cuanto a sus servicios domiciliarios y me informará de sus necesidades y preferencias. El Coordinador del Servicio también me orientará respecto de las necesidades del Miembro.

5. **Remuneración** *(Empleado, por favor coloque sus iniciales en cada punto a continuación para indicar que lo comprende y está de acuerdo).*

_____ Recibí un calendario de la nómina de pagos de CDCN.

_____ Me pagarán una tarifa por hora por los servicios aprobados que preste al Miembro. Las tarifas por hora están identificadas en un Memorando sobre el salario.

_____ Debo presentar el registro de las horas trabajadas en cada turno a través de un método aprobado de Verificación Electrónica de Visitas. El miembro/PR debe aprobar cada turno trabajado. **Todas las correcciones y aprobaciones deben hacerse dentro de los 10 días posteriores de la fecha de servicio o mi pago puede verse afectado.**

_____ Los servicios de puerta a puerta (solo en el marco del programa tradicional basado en agencia) y de relevo diario (12-24 horas de relevo continuo), se pagan a una tarifa por hora equivalente al salario por hora mínimo en Arizona o en la municipalidad donde se presten los servicios, lo que sea mayor.

_____ Tendré licencia paga por enfermedad. Acumularé una hora de licencia paga por enfermedad por cada 30 horas trabajadas, y podré acumular o utilizar hasta 40 horas de licencia paga por enfermedad por año. Puedo utilizar la licencia paga por enfermedad para mí o para un familiar, por los siguientes motivos:

- Atención médica, una afección de salud, lesión, enfermedad física o mental;
- emergencia de salud pública;
- ausencia a causa de violencia doméstica, violencia sexual, abuso o acecho.

El tiempo de licencia por enfermedad utilizado y acumulado se indica en los recibos de pago. Puedo comunicarme con CDCN para obtener más información.

_____ CDCN <u>no</u> tiene la responsabilidad de pagarme, si:

- El Miembro deja de reunir los requisitos para Medicaid.
- El Miembro/Representante Personal («PR», por sus siglas en inglés) me permite:
  - Trabajar horas extraordinarias (por sobre las 40 horas por semana) sin la notificación previa por escrito de CDCN;
  - realizar tareas no aprobadas o trabajar más horas de las aprobadas.
- Trabajo cuando el Miembro está en el hospital o fuera de la casa.

_____ Cada vez que se alegue información falsa en la planilla de horas, CDCN tendrá derecho a retener los pagos hasta que se resuelva la cuestión.

6. **Depósito automático (directo)**
CDCN tiene la intención de que todos los empleados reciban sus pagos en forma oportuna y congruente. Existen dos opciones de pago por depósito directo. Puedo especificar una cuenta bancaria para el depósito directo o elegir cobrar a través de una tarjeta de pago. Los recibos de pago (resumen del pago) y los W-2 se envían por correo de primera clase a mi domicilio que figura en el expediente o electrónicamente.

7. **Fecha de entrada en vigor**
El empleo puede comenzar una vez que complete el Paquete de inscripción de empleados de CDCN, y que CDCN lo apruebe. También debo aprobar el examen para DCW. CDCN me contactará y notificará cuando pueda comenzar a trabajar.

8. Mis responsabilidades en carácter de DCW incluyen, a modo ilustrativo:

- Proporcionar servicios de asistencia, atención personal, tareas domésticas y/o relevo.
- Cumplir con el programa (seguir todos los procedimientos y las políticas).
- Llevar los registros y la documentación adecuadamente (incluida la presentación de informes de las veces en que no me presente a trabajar).
- Mantener la confidencialidad.
- Informar las internaciones y/o visitas a la sala de emergencias del Miembro a CDCN.
- Informar las lesiones que ocurran en el lugar de trabajo de inmediato al Gestor de Riesgos de CDCN a través de la línea gratuita por lesiones de 24 horas (888-541-1701).
- Notificar cambios en las condiciones.
- Hacer las denuncias ante las autoridades correspondientes, si tengo sospechas de abuso, abandono o explotación.
- Mantener actualizadas las verificaciones de antecedentes y las capacitaciones en primeros auxilios y RCP, y completar seis (6) horas de educación continua. Sé que mi empleo se suspenderá, si se vencen mi verificación de antecedentes o mis capacitaciones en primeros auxilios o RCP, o si no completo las horas de educación continua. No me pagarán horas de trabajo durante la suspensión. Esto significa que no podré trabajar hasta presentar a CDCN la documentación de que he renovado o actualizado mis capacitaciones.
- Estar al tanto de los servicios adicionales que se presten en el domicilio. También comprendo que no se podrán prestar al mismo tiempo otros servicios domiciliarios que no sean de naturaleza médica, por ejemplo, servicios de asistencia y relevo.
- No transportar al Miembro como parte de las tareas laborales.
- No suministrar medicamentos como parte de las tareas laborales.

9. Delitos que deben informarse

Comprendo que debo informar a CDCN de inmediato, si:

- Un organismo de aplicación de la ley me acusa de un delito contemplado en la Ley Revisada de Arizona (*Arizona Revised Statute*) 41-1758.03 B o C. Estos delitos se enumeran en la Declaración de antecedentes penales del Departamento de Seguridad Económica de Arizona, que debo completar una vez al año.
- Los Servicios de Protección de Adultos alegan que he cometido el abuso, el abandono o la explotación de un adulto vulnerable.

10. Servicios de atención no urgente

Los servicios prestados en el marco de este programa no se prevén como servicios médicos agudos o de emergencia. Comprendo que cualquier situación que presente un posible riesgo para la salud debe informarse al médico del Miembro y/o a los servicios de emergencia locales, como el 911, según corresponda.

11. Revelación de vínculos

No soy el tutor legal, el Representante Personal, la madre o el padre (si el Miembro es menor de 18 años) del Miembro. Informaré a CDCN, si vivo en la casa del Miembro. También informaré a CDCN, si tengo un vínculo familiar con el Miembro. Este es un requisito del estado.

_____	_____	_____	_____
Firma del Empleado	*Fecha*	*Firma del Miembro/PR/CDCN*	*Fecha*

09772

AFIDÁVIT DE AUTO REVELACIÓN DE LA HISTORIAL CRIMINAL

Se presentará sus huellas digitales al Departamento de Seguridad Pública de Arizona (DPS policía) y El Departamento de Estado de Investigaciones (FBI) para comprobar su historial criminal. Como la Ley Pública y los Estatutos Revisados de Arizona, vamos a usar lo que revela en este afidávit y la información provista por la comprobación de su historial criminal, para determinar su conveniencia por tener acceso sin restricción a las personas vulnerables. **El dejar de revelar información verdadero y preciso en este afidávit será motivo de terminar su empleo o de denegar, suspender o revocar su licencia y puede que le remitimos a la oficina de Procurador General para que le puede enjuiciar.**

Asegúrese que revise todas las seis (6) páginas del afidávit de auto revelación.

Usted tiene derecho de obtener una copia de todo informe acerca de su historial criminal y recusar la exactitud o integridad de la información contenida en el informe. Si recusa la información, también tiene derecho a una determinación pronta en cuanto a la validez de su recusación. Para obtener una copia del informe de su comprobación de historial criminal, comuníquese con la DPS Records Unit, ACJIS Division al (602) 223-2222.

Nombre *(Nombre, segundo, apellido)*: _____ Fecha de nacimiento *(MM/DD/YY)*: _____

Dirección *(Núm., calle, núm. de apto.)*: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Marque una de lo siguiente y proveer la información según las instrucciones:

☐ No he sido declarado culpable ni estoy acusado de ningún delito.

☐ He sido declarado culpable de o estoy acusado de los siguientes delitos (s) *(Provea la fecha, local/jurisdicción, circunstancias y resultado. Adjunta páginas adicionales como sea necesario)*:

TAMBIÉN – Marque una de lo siguiente:

☐ No estoy sujeto a registrar como un agresor sexual en ni en ninguna otra jurisdicción.

☐ Estoy sujeto a registrar como un agresor sexual en ni en ninguna otra jurisdicción. *(Si usted está sujeto a registrar como un agresor sexual en este estado o cualquier otra jurisdicción, DPS va a denegar una tarjeta de nivel 1 de autorización de huellas digitales y **NO TENDRÁ** derecho de apelar la decisión.)*

Certifico que entiendo este afidávit. Mi auto-revelación es verdadera, precisa y completa según mi leal saber.

Firma: _____ Fecha: _____

Notary Public *(Notario publico)*

State of Arizona, County of _____

Subscribed and sworn or affirmed and acknowledged before me this _____ day of _____, 20____

Commission Expiration date: _____ Notary Public's Signature: _____

Vea la página 6 para leer la declaracion de EOE/ADA

Infracciones no apelables

¿Espera usted juicio para o ha sido declarado culpable de cometer, intentar de cometer, solicitar o facilitar, o conspirar para cometer uno o más de los delitos en este estado o un delito similar en otra jurisdicción? Marque “Sí” o “No” como sea aplicable.

Si usted está sujeto a registrar como un agresor sexual en este estado o cualquier otra jurisdicción, o espera juicio por o ha sido declarado culpable de cometer, intentar de cometer, solicitar o facilitar, o conspirar para cometer uno o más de los delitos en esta sección DPS va a denegar una tarjeta de nivel 1 de autorización de huellas digitales y usted **NO TENDRÁ** derecho de apelar la decisión.

Condenas expurgadas de algún tribunal aparte del tribunal juvenil deben ser identificadas.

	SÍ	NO
1. Abuso sexual abuse de un adulto vulnerable	☐	☐
2. Incesto	☐	☐
3. Homicidio, incluso homicidio del primer o segundo grado, homicidio sin premeditación y homicidio negligente	☐	☐
4. Agresión sexual	☐	☐
5. Explotación de un menor o un adulto vulnerable	☐	☐
6. Explotación sexual comercial de un menor o un adulto vulnerable	☐	☐
7. Prostitución de un menor según A.R.S. § 13-3212	☐	☐
8. Abuso infantil	☐	☐
9. Negligencia de niño que sea un delito grave	☐	☐
10. Conducta sexual con un menor	☐	☐
11. Abuso inmoral de un menor o adulto vulnerable	☐	☐
12. Delito peligroso contra menores como sea definido en A.R.S. § 13-705	☐	☐
13. Explotación de menores para delitos relacionados con drogas	☐	☐
14. Raptar a un menor para propósitos de prostitución según A.R.S. § 13-3206	☐	☐
15. Negligencia o abuso de un adulto vulnerable	☐	☐
16. Trafico de sexo	☐	☐
17. Abuso sexual	☐	☐
18. Producir, publicar, vender, poseer, y presentar artículos indecentes según A.R.S. § 13-3502	☐	☐
19. Suministrar cosas dañosas a menores según A.R.S. § 13-3506	☐	☐
20. Suministrar cosas dañosas a menores mediante actividad en el Internet según A.R.S. § 13-3506.01	☐	☐
21. Comunicaciones telefónicas que son obsceno o indecente a menores para los propósitos comerciales según A.R.S. § 13-3512	☐	☐
22. Seducir a un menor para el propósito de explotación sexual	☐	☐
23. Incitar a cualquier personas para propósitos de prostitución	☐	☐
24. Instigación, bajo pretensiones falsas, de cualquier personas para propósitos de prostitución	☐	☐
25. Instigar o colocar personas en una casa de prostitución	☐	☐
26. Recibir ganancias de una persona prostituida	☐	☐
27. Causar prostitución de su cónyuge	☐	☐
28. Detención de personas en una casa de prostitución para satisfacer deudas	☐	☐
29. Mantener o residir en una casa de prostitución o empleo en prostitución	☐	☐
30. Proxenetismo	☐	☐

	SÍ	NO
31. El trata de personas con el fin de labor o servicios forzados como se define en A.R.S. 13-1308	☐	☐
32. Transporte de personas para propósitos de prostitución, poligamia y concubinato	☐	☐
33. Representar un adulto como un menor según A.R.S. § 13 3555	☐	☐
34. Dejar entrar a los menores a exposiciones públicas de comportamiento sexual según A.R.S. § 13-3558	☐	☐
35. Algún delito que incluye contribuir a la delincuencia de un menor	☐	☐
36. La venta o compra ilegal de niños	☐	☐
37. Bigamia infantil	☐	☐
38. Algún delito grave que incluye violencia familiar como sea definido en A.R.S. § 13-3601, salvo que un delito grave que incluye solamente daño criminal de una cantidad más de $250, pero menos de $1000 si los delitos fueron cometidos antes del 29 de juno de 2009	☐	☐
39. Delito grave de exhibicionismo	☐	☐
40. Delito grave de indecencia sexual pública	☐	☐
41. Conduciendo bajo la influencia (de alcohol/ drogas) grave, conduciendo bajo la influencia (de alcohol/ drogas) extrema o conduciendo bajo la influencia (de alcohol/ drogas) agravado si fuera cometido dentro de 5 años de la fecha en la cual usted solicita una tarjeta de autorización de Nivel 1	☐	☐
42. Terrorismo	☐	☐
43. Algún delito que incluye un delito violenta como sea definido en A.R.S. § 13-901.03	☐	☐

Apelable 5 años después de condena

No se pueden apelar los siguientes delitos **graves** si se fueron cometidos dentro de 5 años antes de la fecha en la cual usted solicita una tarjeta de autorización de Nivel 1. Si usted ha sido declarado culpable de cometer, intentar de cometer, solicitar o facilitar o conspirar para cometer uno o más de los delitos en esta sección *dentro de 5 años* de solicitar una tarjeta de autorización de Nivel 1 de huellas digitales, DPS denegará tarjeta de autorización de Nivel 1 de huellas digitales y usted **NO SERÁ** elegible para apelar la denegación.

Si la condena fue *más de 5 años* antes de solicitar una tarjeta de autorización de Nivel 1 de huellas digitales, DPS denegará una tarjeta de autorización de Nivel 1, pero usted será elegible para apelar la denegación a la Compañía de huellas digitales de Arizona.

Marque "Dentro de 5 Años," "Más de 5 años" o "No" como sea aplicable.

	DENTRO DE 5 AÑOS	MÁS DE 5 AÑOS	NO
1. Imprudencia riesgosa	☐	☐	☐
2. Incendio intencional	☐	☐	☐
3. Agresión	☐	☐	☐
4. Agresión agravada	☐	☐	☐
5. Administración ilegal de licores intoxicantes, drogas narcóticas o drogas peligrosas	☐	☐	☐
6. Agresión peligrosa o mortal por parte de prisionero o menor	☐	☐	☐
7. Prisioneros quienes cometen agresión con el propósito de amotinarse o participar en un motín	☐	☐	☐
8. Agresión mediante animales viciosos	☐	☐	☐
9. Tiroteo desde auto	☐	☐	☐
10. Agresión contra los empleados o voluntarios y empleados del hospital estatal	☐	☐	☐
11. Disparar un arma de fuego contra una estructura	☐	☐	☐
12. Agresión por parte de prisionero con fluidos corporales	☐	☐	☐

	DENTRO DE 5 AÑOS	MÁS DE 5 AÑOS	NO
13. Apuntar un Láser a un agente de las fuerzas del orden	☐	☐	☐
14. Posesión y venta de peyote	☐	☐	☐
15. Posesión y venta de alguna sustancia vaporoso que contiene substancias tóxicas	☐	☐	☐
16. Vender o dar óxido nitroso a personas de menor de edad	☐	☐	☐
17. La venta de químicas reglamentadas	☐	☐	☐
18. La venta de químicos precursores	☐	☐	☐
19. Producción o transportación de la marihuana	☐	☐	☐
20. Posesión, uso o venta de marihuana, drogas peligrosos o drogas narcóticas	☐	☐	☐
21. Posesión, uso, administración, adquisición, venta, fabricación o transporte de drogas solas de receta	☐	☐	☐
22. Administración, adquisición, fabricación o transporte de drogas peligrosas o drogas narcóticas	☐	☐	☐
23. El fabricar metanfetamina bajo circunstancias que causan herida física a un menor bajo la edad de 15 años	☐	☐	☐
24. El hacer participar o usar menores durante delitos de drogas	☐	☐	☐
25. Posesión, uso, venta o transferencia de la marihuana, peyote, drogas de receta, drogas peligrosas, o drogas narcóticas o el fabricar drogas peligrosas dentro de una zona escolar libre de drogas	☐	☐	☐
26. Posesión, fabricar, entregar y hacer publicidad de parafernalia para drogas	☐	☐	☐
27. El uso de comunicación por telegrama o comunicación electrónica durante transacciones relacionados con drogas	☐	☐	☐
28. El uso de un edificio para vender o fabricar drogas narcóticas peligrosas	☐	☐	☐
29. El fabricar o distribuir drogas disponibles solo por receta	☐	☐	☐
30. El fabricar, distribuir, poseer, o poseer con el propósito a usar sustancias controlados de imitación drogas solo de receta de imitación o drogas sin receta de imitación	☐	☐	☐
31. Manufactura de ciertas substancias y drogas a través de ciertos medios	☐	☐	☐

Delitos apelables

¿Está usted esperando el juicio de o alguna vez ha sido usted condenado de cometer, intentar de cometer, solicitar o facilitar o conspirar para cometer uno o más de estos delitos en este estado o delito similar en otra jurisdicción? Marque “Sí” o “No” según lo aplicable.

Si usted está esperando el juicio para o ha sido condenado de cometer, intentar de cometer, solicitar o facilitar o conspirar para cometer uno o más de estos delitos, DPS denegará, pero usted será elegible para apelar la denegación a la Compañía de huellas digitales de Arizona.

	SÍ	NO
1. Hurto	☐	☐
2. Robo mediante extorsión	☐	☐
3. Hurto de mercancías en una tienda o negocio	☐	☐
4. Falsificación	☐	☐
5. Posesión criminal de un instrumento de falsificación	☐	☐
6. Obtener una firma mediante decepción	☐	☐
7. Personificación criminal	☐	☐
8. Robo de una tarjeta de crédito u obtener una tarjeta de crédito a través de medios fraudulentos	☐	☐

	SÍ	NO
9. Recibir algo de valor obtenido por medio del uso fraudulento de una tarjeta de crédito	☐	☐
10. Falsificación de una tarjeta de crédito	☐	☐
11. Uso fraudulento de una tarjeta de crédito	☐	☐
12. Posesión de maquinaria, placas u otros dispositivos, o una tarjeta de crédito incompleta	☐	☐
13. Declaración falsa acerca de su situación financiera o identidad para obtener una tarjeta de crédito	☐	☐
14. Fraude cometido por personas autorizadas a proporcionar bienes o servicios	☐	☐
15. Hurto de transacciones de tarjetas de crédito	☐	☐
16. Conducta ilícita que involucra armas	☐	☐
17. Conducta ilícita que involucra explosivos	☐	☐
18. Dejar explosivos	☐	☐
19. Conducta ilícita que involucra explosivos simulados	☐	☐
20. Violación de las leyes contra armas ocultas	☐	☐
21. Delito menor de exhibicionismo	☐	☐
22. Delito menor de indecencia sexual pública	☐	☐
23. Daño criminal agravado	☐	☐
24. Agregar veneno u otra sustancia dañina a alimentos, bebidas o medicamentos	☐	☐
25. Una ofensa criminal que involucra y transgresión criminal bajo Título 13, Capítulo 15	☐	☐
26. Una ofensa criminal que involucra y escalamiento criminal bajo Título 13, Capítulo 15	☐	☐
27. Una ofensa criminal que incluye crimen organizado o fraude de acuerdo con Título 13, Capítulo 23, salvo terrorismo	☐	☐
28. Delitos menores que incluyen negligencia de menores	☐	☐
29. Delitos menores que incluyen contribuir a la delincuencia de un menor	☐	☐
30. Delitos menores que incluyen violencia familiar tal y como se define en el A.R.S. § 13-3601	☐	☐
31. Delitos graves que incluyen violencia familiar si el delito incluye sólo el daño criminal en al cantidad de $250 pero menos de $1000 y se cometió el delito antes del 29 de juno de 2009	☐	☐
32. Incendio intencional	☐	☐
33. Daño criminal	☐	☐
34. Apropiación indebida de fondos de una escuela charter según A.R.S. § 13-1318	☐	☐
35. Tomar la identidad de otra persona o entidad	☐	☐
36. Tomar la identidad de otra persona o entidad agravada	☐	☐
37. Tráfico de la identidad de otra persona o entidad	☐	☐
38. Crueldad contra animales	☐	☐
39. Prostitución según A.R.S. § 13-3214	☐	☐
40. Vender o distribuir materias dañosas a menores mediante vendedores automáticas según A.R.S. § 13 3513	☐	☐
41. Fraude de asistencia social	☐	☐
42. Secuestro	☐	☐
43. Robo, robo agravado o robo que involucra armas	☐	☐
44. Delito menor de imprudencia riesgosa	☐	☐
45. Delito menor de amenazar o intimidar	☐	☐
46. Delito menor de agresión	☐	☐

	SÍ	NO
47. Delito menor de agresión agravada	☐	☐
48. Delito menor de administrar ilegalmente un licor estupefaciente, droga narcótica o drogas peligrosas	☐	☐
49. Delito menor de agresión peligrosa o mortal por parte de prisionero o menor	☐	☐
50. Delito menor de prisioneros quienes cometan agresión con el propósito de incitar a un motín o participar en un motín	☐	☐
51. Delito menor de agresión por animales fieros	☐	☐
52. Delito menor de tiroteo desde auto	☐	☐
53. Delito menor de agresión a un empleado de seguridad pública o voluntarios y empleados del hospital estatal	☐	☐
54. Delito menor de disparar una arma de fuego dentro de una estructura	☐	☐
55. Delito menor de agresión por parte de un prisionero con fluidas corporales	☐	☐
56. Delito menor de apuntar un Láser a un agente de las fuerzas del orden	☐	☐
57. Delito menor de poseer y vender el peyote	☐	☐
58. Delito menor de poseer y vender una sustancia que libra vapores que contengan una sustancia tóxica	☐	☐
59. Delito menor de vender o dar óxido nitroso a personas de menor de edad	☐	☐
60. Delito menor de vender químicas reguladas	☐	☐
61. Delito menor de vender de químicas precursores	☐	☐
62. Delito meno de producir o transportar la marihuana	☐	☐
63. Delito menor de poseer, usar o vender marihuana, drogas peligrosas o drogas narcóticas	☐	☐
64. Delito menor de poseer, usar, administrar, adquirir, vender, fabricar o transportar drogas disponibles sólo por receta	☐	☐
65. Delito menor de administrar, adquirir, fabricar o transportar drogas peligrosas o narcóticas	☐	☐
66. Delito menor de fabricar metanfetamina bajo circunstancias que causan herida física a un menor bajo la edad de 15 años	☐	☐
67. Delito menor que involucre, implique o utilice menores en un delito de drogas	☐	☐
68. Delito menor de poseer, usar, vender o transferir marihuana, peyote, drogas recetadas, drogas peligrosas, o drogas narcóticas o fabricar drogas peligrosas dentro de una zona escolar libre de drogas	☐	☐
69. Delito menor de poseer, fabricar, entregar y hacer publicidad de parafernalia de drogas	☐	☐
70. Delito menor de usar comunicación alámbrica o comunicación electrónica durante transacciones relacionadas a drogas	☐	☐
71. Delito menor de usar un edificio para vender o fabricar drogas peligrosas o narcóticas	☐	☐
72. Delito menor de fabricar o distribuir drogas disponibles sólo por receta	☐	☐
73. Delito menor de fabricar, distribuir, o poseer con el propósito de usar sustancias controladas de imitación, drogas disponibles sólo por receta de imitación o drogas sin receta de imitación	☐	☐
74. Delito menor de fabricar ciertas sustancias por medio de ciertas maneras	☐	☐

CAPACITACIÓN ANUAL SOBRE PATÓGENOS TRANSMISIBLES POR SANGRE

Como proveedor de atención médica, todos los días está rodeado de gérmenes. Esto lo pone en riesgo de infección. También significa que podría propagar infecciones entre sus clientes o incluso sus seres queridos. Estos gérmenes se conocen como patógenos transmisibles por sangre. Los patógenos transmisibles por sangre más comunes y serios son el **virus de la hepatitis B (VHB), el virus de la hepatitis C (VHC) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH, el virus que causa el SIDA).** Los trabajadores que quedan expuestos a estos y otros patógenos transmisibles por sangre están en riesgo de enfermedades muy graves e incluso mortales.

La transmisión puede ocurrir cuando alguien entra en contacto con sangre humana u otros fluidos corporales infectados. Esto puede incluir contacto con cortadas o heridas abiertas, rasguños o abrasiones de la piel, membranas mucosas o una punción accidental con una aguja o vidrio infectado.

Evite la propagación de gérmenes

Protéjase y proteja a los demás acatando las **Precauciones Universales.** Esto significa tratar a **TODOS** los clientes/consumidores como si estuvieran infectados con un patógeno transmisible en sangre. Los componentes de las Precauciones Universales incluyen:

1. Usar **Equipo de Protección Personal** (PPE, por sus siglas en inglés) si puede estar expuesto a sangre u otros fluidos corporales. Esto incluye guantes desechables.
2. Lavarse las manos a menudo y cuidadosamente, lo que incluye antes y después de usar guantes.
3. Desechar correctamente el PPE usado, objetos punzocortantes y otros desechos:
   a. Desechar los objetos punzocortantes en un contenedor a prueba de fugas y punciones tan pronto como termine de usarlos. NUNCA tire un objeto punzocortante al basurero.
   b. Deseche los desperdicios contaminados en bolsas rojas o debidamente etiquetadas.
   c. NUNCA reutilice guantes desechables.
   d. Los vidrios rotos contaminados no deben levantarse con las manos. Con una escoba o cepillo, bárralos a un recogedor antes de desecharlos.
4. Descontamine derrames de sangre o fluidos corporales con una solución doméstica de cloro al 10%.

El **Plan de Control de Exposición** de la empresa detalla lo que debe hacer si entra en contacto con sangre o fluidos corporales de un consumidor. Algunas pautas a seguir son:

1. Lave bien el área expuesta con jabón y agua.
2. Busque atención médica de inmediato. El tiempo puede ser clave para prevenir la infección.
3. Reporte la exposición a la **Línea Directa de Lesiones de la Compañía** disponible 24/7 al **888-541-1701** tan pronto como sea posible tras la exposición.
4. En algunos casos (por ejemplo tras contacto con VIH) es buena idea que se realice una prueba. No es obligatorio hacerlo pero podría indicarle si está infectado. El Plan de Control de Exposiciones de la Compañía aborda las pruebas.

PÓNGASE A PRUEBA

Verdadero o Falso

Calificación _____

1. Únicamente necesita lavarse las manos al salir del trabajo. **V F**
2. Solo debe aplicar las Precauciones Universales con personas que tienen una enfermedad. **V F**
3. Los guantes desechables pueden reutilizarse si los lavamos antes de retirarlos. **V F**
4. Puede usar cloro para desinfectar gotas de sangre de un piso de azulejo. **V F**
5. La exposición a una infección debe reportarse a la Línea Directa de Lesiones solo cuando tenga un diagnóstico de infección. **V F**
6. La hepatitis C únicamente se transmite por vía aérea. **V F**
7. Si queda expuesto a una infección, puede esperar hasta que aparezcan los síntomas antes de buscar atención médica. **V F**
8. Usted es responsable de comprar cualquier PPE que utilice en el transcurso de la prestación de servicios de cuidado personal. **V F**
9. Las agujas usadas deben tirarse a la basura. **V F**
10. Desechar correctamente PPE usado, objetos punzocortantes u otros desechos de suministros puede reducir la propagación de los patógenos. **V F**

Nombre del empleado **Por favor escríbalo en letra de molde**	*Firma del empleado*	*Fecha*
Nombre del consumidor: **Por favor escríbalo en letra de molde**	*Firma del consumidor/representante*	*Fecha*

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

ACW/DCW EXAMEN, PREVENCIÓN DE FRAUDE

EXAMEN

Verdadero o Falso

Score _____

1. Se considera fraude si un miembro sale de la ciudad, y su trabajador/a entrega una hoja de trabajo como si hubiese proporcionado servicios como regularmente lo hace – aun cuando el miembro dice que está bien. **V F**
2. Si un miembro es hospitalizado por unos días y su trabajador/a lo visita en el hospital, le lleva la correspondencia y revistas, va a casa del miembro le da de comer al perro y riega las plantas, es correcto que el/a trabajador/a entregue una ahoja de trabajo y reclame este tiempo. **V F**
3. Se consideraría fraude a Medicaid si un miembro da sus credenciales o contraseña de portal en línea para permitir que el/la trabajador/a ajuste los turnos de trabajo o haga el mantenimiento de visitas. **V F**
4. El fraude es fácil de detectar y fácil de enjuiciar a las personas que cometen fraude. **V F**
5. Si un miembro está aprobado solo para la preparación de comidas durante 1 hora al día, está bien que un trabajador cocine durante 1/2 hora y aspire durante otra hora y media para obtener la cantidad correcta de tiempo. **V F**
6. El fraude a Medicaid es un delito grave que puede resultar en enjuiciamiento, pérdida del trabajo, pérdida de los beneficios de Medicaid, multas y tiempo en la cárcel **V F**
7. Denunciar el fraude de Medicaid es obligatorio. Usted debe reportar fraude de Medicaid a Consumer Direct, al estado, o a la Unidad Federal de fraude de Medicaid. **V F**
8. Con la Verificación Electrónica de Visitas (EVV), el miembro debe confirmar y aprobar cada turno de trabajo cuando su trabajador está saliendo de su turno. **V F**
9. Está bien que un trabajador aliente a un miembro a solicitar servicios adicionales para que pueda trabajar más horas y aumentar su salario. **V F**
10. La primera vez que cometa fraude, Consumer Direct no reportara sus acciones al estado o gobierno federal. **V F**

Nombre del Empleado (ACW)	Firma del Empleado	Fecha
Nombre del Miembro	Firma del Miembro/Rep.	Fecha
Nombre Coordinator	Firma Coordinator	Fecha

PREVENCIÓN DEL ABUSO, EL ABANDONO Y LA EXPLOTACIÓN

El abuso consiste en tratar a una persona o un animal con crueldad o violencia. El abuso, el abandono y la explotación son cuestiones comunes en el campo de la atención sanitaria residencial. Los cinco tipos de abuso son:

1. Abuso: Provocación intencional de un daño físico, mental o verbal.
2. Abuso o ataque sexual: Contacto sexual con una persona incapaz de dar su consentimiento. Esto podría darse a la fuerza o a través de amenazas.
3. Abandono: Falta de proporción de alimentos, agua, vestimenta, vivienda o atención médica a una persona.
4. Explotación financiera: Utilización del dinero o las pertenencias de una persona sin aprobación. La falsificación (firmar con el nombre de otra persona) y el robo son dos ejemplos de explotación financiera. Otro ejemplo es obligar a una persona a que firme una transferencia en favor del explotador.
5. Abuso emocional: Abuso mental, por ejemplo, insultos, amenazas, tratamiento silencioso y *intimidación*.

En su carácter de Cuidador Directo (*Direct Care Worker,* «DCW»), usted es quien tiene el contacto periódico con los adultos en riesgo a quienes prestamos servicios. Muchas de las víctimas están relacionadas con los abusadores. Temen denunciarlos y que el abuso empeore. También pueden sentir vergüenza por la situación. Muchas de las víctimas también dependen económicamente del abusador. No quieren arriesgarse a quedarse desamparadas.

Es importante que aprenda a reconocer y comprender los signos de abuso. Algunos signos comunes del abuso físico son los moretones, las fracturas, los cortes u otras lesiones en distintas etapas de sanación. Los signos físicos son fáciles de observar. También es importante que le preste mucha atención al comportamiento del Miembro; con el objetivo de detectar el abandono o abuso emocional. La forma más común del abuso es el autoabandono. En estos casos, el Miembro se encuentra en riesgo porque no puede cuidar de sí mismo. Un signo de advertencia al que estar atento es la falta de interés en una actividad que el Miembro solía disfrutar, pero ya no. Otro signo sería que el Miembro se enfade y quiera estar solo, si no es un comportamiento habitual. Si alguna vez tiene una inquietud, debe informar a su supervisor de inmediato. También debe comunicarse con las autoridades.

Es importante que sepa que hay recursos comunitarios disponibles para usted. Los Servicios de Protección de Adultos tienen una línea gratuita y confidencial. Puede llamar a esta línea gratuita para denunciar abuso, abandono y explotación. El número de teléfono es 1-877-SOS-ADULT (877-767-2385). Todas las denuncias son privadas. Un Especialista de los Servicios de Protección de Adultos analizará cada denuncia. Esta persona trabajará con las autoridades para asegurarse de que el Miembro esté seguro. Está bien denunciar un posible abuso, incluso si no tiene pruebas. Su función no es investigar el abuso. Su función es denunciarlo. Trabajaremos juntos para asegurarnos de que cada Miembro al que prestamos servicios esté seguro en su casa.

Puntaje _____

AUTOEVALUACIÓN

Verdadero o falso

1. Insultar a alguien es un ejemplo de abuso emocional. **V** **F**
2. Si observa un moretón en la espalda del cliente, seguramente no sea nada preocupante. **V** **F**
3. El autoabandono es la forma más común de abuso. **V** **F**
4. Rara vez encontrará abuso, abandono o explotación en la industria de la atención sanitaria residencial. **V** **F**
5. Retener los alimentos hasta que el Miembro se bañe no es abuso. **V** **F**
6. Los Servicios de Protección de Adultos («APS», por sus siglas en inglés) tienen una línea gratuita donde usted puede informar sus inquietudes en forma anónima. **V** **F**
7. Si sospecha que su cliente es víctima de abuso, debe desarrollar su propia investigación antes de denunciarlo a las autoridades. **V** **F**
8. Obligar a su cliente a que lo designe cotitular de la cuenta bancaria es un ejemplo de explotación financiera. **V** **F**
9. La mayoría de las víctimas están relacionadas con los abusadores. **V** **F**
10. No es necesario informar sus inquietudes a su supervisor. **V** **F**

Nombre del DCW (en imprenta)	Firma del DCW	Fecha
Nombre del Coordinador (en imprenta)	Firma del Coordinador	Fecha