Paquete de Inscripción de Miembros

Agencia Fiscal y Empleadora
(*Fiscal Employer Agent,* «FEA»)

Servicios de Asistencia Autogestionados
(*Self-Directed Attendant Care*, «SDAC»)

Consumer Direct Care Network Arizona
50 North Alvernon Way
Tucson, AZ 85711
888-398-8409

Rev. 12/30/2023

Tabla de contenido de la carpeta de servicios de F/EA para el Miembro

Introducción: Carta de bienvenida

Sección 1: Ejemplos de formularios fiscales

Ejemplos de formularios del IRS – SS-4; 2678

Ejemplos de formularios de AZ – UIT-1159A; Poder limitado

Ejemplos de formularios de AZ – 1146A

Ejemplos de formularios de AZ - 10193

Sección 2: Formularios de inscripción de Miembros

Formulario de datos del Miembro

Contrato de prestación de servicios de FEA y Empleador Registrado

Contrato de prestación de servicios de asistencia autogestionados

Selección de Delitos Excluyentes

Formulario SS-4 del IRS

Formulario 2678 del IRS

AZ UIT-1159A

AZ ADOR 10193

Poder limitado ante Arizona

Examen sobre prevención del fraude para el Miembro

Sección 3: Manual del Empleador

El Manual del Empleador contiene información importante acerca de las políticas de CDCN, las responsabilidades del Empleador, la contratación y capacitación de los Empleados, el proceso de pagos, la presentación de informes sobre las lesiones de Empleados, HIPAA, confidencialidad, etc.

Formularios y material:

- Verificación de seguridad en el hogar
- Guía de concienciación sobre privacidad para empleados
- Programa de prevención del fraude
- Abuso, abandono y explotación
- Zsecure
- Formulario de opinión
- Formulario de cambios en las condiciones
- Calendario de la nómina de pagos
- Respuestas de las capacitaciones requeridas para cuidadores
- Lista de módulos de capacitación para cuidadores
- Póster de tiempo pago por enfermedad acumulado

Sección 4: Inscripción de los Empleados

Paquetes de inscripción de los Empleados (uno por Empleado)

Sección 5: Manual SDAC AHCCCS

Estimado Miembro:

Bienvenido a Consumer Direct Care Network Arizona («CDCN»). ¡Nos complace que se haya unido a nuestra red! Lo felicitamos por la decisión de autogestionar sus servicios de asistencia. Nuestra meta es respaldarlo para que sea un buen empleador y gestor de sus servicios de asistencia. El objetivo de esta carta es explicar en qué consisten los servicios autogestionados, introducirlo a CDCN y detallar qué contiene esta carpeta.

En esta carta y en algunos formularios, la persona que autogestiona sus servicios de asistencia se denomina «Miembro». Un Miembro es «una persona que recibe servicios». A veces, un Miembro le solicita a otra persona que le ayude a gestionar los servicios. Esta persona se denomina «Representante Personal («PR», por sus siglas en inglés)». El Representante Personal asume responsabilidades para la gestión de la asistencia suministrada al Miembro. En los casos en los que existe un Representante Personal, el término «Miembro» también incluye al PR.

¿Qué es la autogestión?

La autogestión les da a las personas más control y decisión sobre los servicios que reciben. La autogestión significa que:

- ☒ El Miembro gestiona sus servicios de asistencia.
- ☒ El Miembro es el empleador.
- ☒ El Miembro entrevista, contrata, capacita, programa, revisa y desvincula a los cuidadores.
- ☒ El Miembro decide cuándo y cómo se proporcionan los servicios de asistencia.

Los servicios autogestionados ayudan a los Miembros a quedarse en casa y continuar sus actividades en la comunidad.

El Administrador del Caso decide qué servicios recibe. El plan de atención determina los servicios (las tareas) que se han aprobado y el tiempo total autorizado para completar estas tareas. Estas tareas suelen involucrar la asistencia con actividades cotidianas («ADL», por sus siglas en inglés), como tomar un baño, vestirse y asearse.

Conforme al programa de Asistencia Autogestionada (*Self Directed Attendant Care*, «SDAC») de Arizona, los Miembros básicamente establecen su propia pequeña empresa para que preste sus servicios de cuidado. Los cuidadores que contrate, capacite, programe y supervise son los empleados de su empresa. Los formularios que firmará (detallados más adelante) lo establecen como empleador.

Sin embargo, con tal control y poder de decisión, debe conocer sus responsabilidades. En carácter de empleador, debe seguir las mismas reglas que cualquier empresa. A modo ilustrativo, algunas de estas reglas son las prácticas de contratación justa, el mantenimiento de un lugar de trabajo seguro y la normativa del SDAC.

¿Cuál es su función como empleador?

En carácter de empleador, usted:

- Asume las responsabilidades de ser empleador.
- Recluta, contrata y desvincula a todos los empleados.
- Capacita a todos los empleados.
- Programa a los empleados solo para las horas autorizadas y aprobadas en el plan de atención. Remunera al empleado por su cuenta, si trabaja más horas de las aprobadas en el plan.
- No permite que el empleado haga horas extraordinarias.
- Se asegura de que los empleados registren la hora de entrada y la hora de salida de cada turno con un método aprobado de Verificación Electrónica de Visitas.
- Trata a todos los empleados en forma justa y congruente.
- Se asegura de que los empleados informen las lesiones ocupacionales a la línea gratuita por lesiones de los trabajadores.
- Se asegura de que los empleados estén al día con las capacitaciones requeridas.
- Genera un entorno de trabajo seguro y sin acoso.
- Elige un Representante Personal («PR»), si conoce a alguien que esté dispuesto a realizar las tareas detalladas arriba.

Una de sus tareas más importantes es programar a los empleados y aprobar sus turnos de trabajo. Debe asegurarse de que sus empleados utilicen un método aprobado de Verificación Electrónica de Visitas («EVV», por sus siglas en inglés). En el caso de que haya un error en la presentación del registro de horas de la EVV, o de que un empleado olvide fichar una entrada o salida; deberá presentar un Formulario de ajuste/corrección del registro de horas de la EVV para ese turno. El calendario de la nómina de pagos, que se encuentra en la Sección 2, identifica las fechas de pago y las fechas para la presentación de los registros de horas. También tiene la responsabilidad de asegurarse de que sus empleados no trabajen más horas de las aprobadas en su plan de atención. Si lo hacen, usted será responsable de pagarles las horas extraordinarias trabajadas.

¿Quién es Consumer Direct Care Network Arizona?

Como parte de Consumer Direct Care Network, tenemos más de quince años de experiencia en la prestación de servicios de atención autogestionados en muchos estados diferentes. CDCN se especializa en los servicios autogestionados. Intentamos hacer comprensibles las tareas que debe desempeñar. También lo respaldamos para que sea exitoso en la gestión de sus servicios de asistencia. Nuestro amable personal profesional lo ayudará a evaluar sus necesidades y opciones. Gestionamos los servicios comerciales y la mayor parte de los documentos, incluidos los impuestos y la nómina de pagos, para que usted pueda gestionar sus servicios de atención.

CDCN trabaja para proporcionar un servicio al cliente superior. Hemos ayudado a miles de personas a realizar una autogestión exitosa de sus propios servicios de atención de calidad, permaneciendo en sus hogares y comunidades. Contamos con oficinas locales, por lo que siempre hay alguien cerca a quien llamar. También sabemos que —a pesar de lo mucho que nos esforcemos— podemos cometer un error. Si no está conforme con nuestros servicios, queremos saberlo. Nuestro proceso para presentación de quejas de describe en la Sección 2.

¿Cuál es la función de Consumer Direct Care Network Arizona?

CDCN es la agencia fiscal y empleadora. Nuestra función es similar a la de un contador. Procesamos la nómina de pagos, declaramos impuestos y cobramos al programa estatal por los servicios. CDCN ayuda al Miembro a seguir los requisitos del programa. También llevamos los registros de los Miembros y los expedientes personales de los empleados. CDCN le proporcionará los documentos necesarios para usted y sus empleados, procesará todos los formularios y les pagará a sus empleados.

¿Cuáles son las responsabilidades de CDCN?

En carácter de agencia fiscal y empleadora:

- Emitiremos los pagos para sus empleados cada dos semanas.
- Haremos las retenciones correspondientes de los impuestos estatales, federales y locales (en su caso) de cada empleado.
- Presentaremos los formularios y depósitos fiscales mensuales, trimestrales y anuales ante las agencias estatales y federales.
- Emitiremos las declaraciones W2 (ingresos al cierre del año) de cada empleado.
- Realizaremos la verificación de antecedentes penales de cada empleado.
- Emitiremos un informe mensual que indicará cuántas horas de servicios de asistencia ha utilizado y cuántas tiene pendientes. Aparte de enviarse por correo, estos informes están disponible en línea, y podrá acceder a ellos en todo momento.
- Haremos el seguimiento de las capacitaciones de los empleados, y le notificaremos cuando una capacitación esté pronta a vencer.
- Responderemos a sus preguntas acerca de ser empleador.
- Trabajaremos con usted para resolver problemas.

Su Administrador del Caso también tiene responsabilidades en el modelo FEA. Por favor, remítase al Manual de capacitación de Miembros de AHCCCS para obtener más información.

Próximos pasos

Deberá completar todos los formularios del paquete de inscripción para convertirse en empleador y comenzar con los servicios. En la próxima página se explica cada formulario, en la sección «¿Qué formularios debo completar?». Sabemos que los formularios son técnicos y algo complejos. Por favor, no dude en llamarnos, si tiene alguna pregunta. Nuestros números de teléfono son: 1-888-398-8409 para los condados de Pima, Santa Cruz, Cochise, Graham y Greenlee; y 928-445-3135 para los condados de Yavapai, Coconino, Apache, Navajo, Mohave, La Paz y Yuma.

En la Sección 1 hay formularios de ejemplo para ilustrar cómo debe completar cada formulario. Por favor, utilice los ejemplos como referencia al completar cada uno de los formularios de inscripción. Notará que algunos de los formularios indican un domicilio en Montana. Esto se debe a que una compañía del mismo grupo de CDCN, llamada Consumer Direct Management Solutions («CDMS»), realiza tareas contables para nosotros. Una vez que CDCN reciba los formularios completos, inscribiremos su empresa en el Servicio de Rentas Internas (*Internal Revenue Service,* «IRS») y en el estado de Arizona, y lo notificaremos cuando recibamos la autorización.

Es importante que conserve copias de todos los formularios que complete.

Como Miembro de SDAC, también podrá solicitar capacitaciones adicionales para usted o sus empleados. Hay una lista de capacitaciones disponibles en la Sección 2 de esta carpeta. Las capacitaciones adicionales deben aprobarse a través de su proveedor del contrato de AHCCCS. Si está interesado, por favor presente su solicitud a su Administrador del Caso. Una vez que cuente con la aprobación, CDCN irá a su domicilio para completar las capacitaciones para el empleado y/o el empleador. También hay capacitaciones grupales disponibles en la oficina de CDCN.

CDCN ha incluido formularios e información para sus empleados. En carácter de empleador, tiene la responsabilidad de asegurarse de que se completen todos los formularios y las capacitaciones que le correspondan a cada cuidador. Una vez que CDCN reciba esta información y revise que todo esté completo, recibirá el «Formulario de aprobación para trabajar» para sus empleados. Los empleados no pueden comenzar a trabajar antes de recibir este formulario. Los trabajadores suplentes también deben completar los formularios y las capacitaciones, si quiere que se les pague.

Estamos contentos de trabajar con usted. Por favor, siéntase libre de contactarnos, si tiene preguntas acerca de los formularios o las tareas del empleador. Nuestros números de teléfono son: 1-888-398-8409 para los condados de Pima, Santa Cruz, Cochise, Graham y Greenlee; y 928-445-3135 para los condados de Yavapai, Coconino, Apache, Navajo, Mohave, La Paz y Yuma.

¿Qué formularios debo completar?

Formulario de datos del Miembro: Este formulario le proporciona su información básica a CDCN, para que podamos darlo de alta como empleador en nuestro sistema. También incluye información necesaria para completar los formularios fiscales federales y estatales.

Contrato entre los Servicios de Agencia Fiscal y Empleadora y el Empleador Registrado: Este formulario explica las funciones y responsabilidades de CDCN y suyas, en carácter de Miembro. Al firmar este formulario, ambos acordamos las expectativas detalladas. Este formulario también autoriza a CDCN a actuar como su Agencia Fiscal y Empleadora.

Contrato de prestación de servicios de asistencia autogestionados: En este contrato usted reconoce sus responsabilidades conforme a la opción de servicios de atención autogestionados.

Información de antecedentes penales y selección de Delitos Excluyentes en el marco del SDAC: Defina su política para la verificación de antecedentes penales de los trabajadores potenciales. Lea la página informativa que precede el formulario para decidir cuál es la mejor política para usted.

Formularios del empleador: Los formularios del IRS y del estado de Arizona que se listan a continuación lo establecerán como empleador y autorizarán a CDCN a presentar los impuestos para el empleado y el empleador en su nombre. Todos los empleados deben pagar impuestos (Seguro Social, Medicare, impuestos sobre la renta estatales y federales). Estos impuestos se extraen de los pagos de sus empleados. CDCN prepara un resumen de todos los impuestos de los empleados en una Declaración de Salarios W2, y la envía por correo a sus empleados al final del año. Los empleadores también pagan

impuestos. Los empleadores deben igualar los pagos del Seguro Social y de Medicare. Los empleadores también deben pagar aportes estatales y federales por desempleo. CDCN paga estos impuestos con fondos autorizados por su Administrador del Caso.

Formulario SS-4 de solicitud de número de identificación del empleador al IRS: Este formulario le indica al IRS que usted será empleador, y se utiliza para obtener un número de identificación del empleador («EIN», por sus siglas en inglés). Por favor, asegúrese de firmarlo y escribir la fecha.

Formulario 2678 de designación del agente por parte del empleador ante el IRS: Este formulario le indica al IRS que usted autoriza a CDCN a hacer determinadas tareas por usted. Nos autoriza a hacer retenciones impositivas de los pagos de sus empleados y a depositar estos impuestos en el IRS. Con este formulario usted delega las responsabilidades fiscales a CDCN.

Solicitud de retenciones fiscales y aportes al seguro de desempleo de AZ: CDCN presenta este formulario a la División de Seguridad Económica de Arizona (*Arizona Division of Economic Security*) al efecto del seguro de desempleo. Este formulario también notifica al estado de Arizona que usted tiene empleados y que CDCN presentará y depositará sus aportes al seguro de desempleo de Arizona en su nombre.

AZ APOA - Poder limitado ante Arizona: Este formulario autoriza a CDCN a comunicarse con el Departamento de Seguridad Económica de Arizona en su nombre y a presentar informes acerca del seguro de desempleo.

Nota acerca de los tutores legales: En el caso de que un tutor legal se desempeñe como el Empleador Registrado de un Miembro, por favor, incluya una copia de los documentos de la tutela legal cuando presente sus formularios de inscripción.

RECUERDE: ¡Debe completar todos los formularios del paquete de inscripción para que puedan comenzar los servicios!

SECCIÓN 1:

EJEMPLOS DE FORMULARIOS FISCALES

Form SS-4 allows Consumer Direct to obtain your **Federal Employer Identification Number (FEIN)** needed for reporting/tax filing and/or to receive your previously assigned FEIN if not known. This form is REQUIRED, even if the service recipient has a PREVIOUS FEIN. If the service recipient has a previous FEIN, check 'Yes' on line 18 and enter FEIN (if known).

Instructions for Completing Form SS-4

Complete only line numbers listed below. All others have been pre-filled by Consumer Direct or do not apply to Home Care Service Recipients.

1. Preceding "HCSR", enter FEIN applicant's full name - First Name, Middle Initial, Last Name.

5a and b. Enter physical address where services will be provided. No PO Box. This is considered the "Business Location".

6. Enter County and State of physical business location.

7a and b. Enter name and Social Security Number of FEIN applicant. Enter name as shown on Social Security card, even if different than line 1.

11. Enter same data as signature date at bottom of form.

18. Check NO if the applicant does not have an FEIN. Check YES, and enter the number if applicant currently holds an FEIN.

Name and Title. *If signed by FEIN applicant*, print applicant's name the same as line1. Enter title as "Home Care Service Recipient".

If signed by FEIN applicant's Legal Guardian, enter guardian's name – First, Middle Initial and Last. Enter guardian's title as "HCSR – Guardian".

Applicant's telephone number. Enter telephone number of physical location where services will be provided.

Signature and Date. Signature format is First Name, Middle Initial and Last Name. Enter date that you signed the form.

Form **SS-4** (Rev. December 2019)
Department of the Treasury
Internal Revenue Service

Application for Employer Identification Number

(For use by employers, corporations, partnerships, trusts, estates, churches, government agencies, Indian tribal entities, certain individuals, and others.)
▶ Go to *www.irs.gov/FormSS4* for instructions and the latest information.
▶ See separate instructions for each line. ▶ Keep a copy for your records.

OMB No. 1545-0003
EIN

Type or print clearly.

1 Legal name of entity (or individual) for whom the EIN is being requested
John F Smith HCSR

2 Trade name of business (if different from name on line 1)

3 Executor, administrator, trustee, "care of" name

4a Mailing address (room, apt., suite no. and street, or P.O. box)
100 Consumer Direct Way, Suite 303-AZ

5a Street address (if different) (Don't enter a P.O. box.)
123 Apple Street

4b City, state, and ZIP code (if foreign, see instructions)
Missoula, MT 59808

5b City, state, and ZIP code (if foreign, see instructions)
Anytown, Arizona 89009

6 County and state where principal business is located
Anycounty, Arizona

7a Name of responsible party
John F Smith

7b SSN, ITIN, or EIN
888-88-8888

8a Is this application for a limited liability company (LLC) (or a foreign equivalent)? ☐ Yes ☑ No

8b If 8a is "Yes," enter the number of LLC members ▶ 0

8c If 8a is "Yes," was the LLC organized in the United States? ☐ Yes ☑ No

9a **Type of entity** (check only one box). **Caution:** If 8a is "Yes," see the instructions for the correct box to check.

- ☐ Sole proprietor (SSN)
- ☐ Partnership
- ☐ Corporation (enter form number to be filed) ▶
- ☐ Personal service corporation
- ☐ Church or church-controlled organization
- ☐ Other nonprofit organization (specify) ▶
- ☑ Other (specify) ▶ **HCSR**
- ☐ Estate (SSN of decedent)
- ☐ Plan administrator (TIN)
- ☐ Trust (TIN of grantor)
- ☐ Military/National Guard ☐ State/local government
- ☐ Farmers' cooperative ☐ Federal government
- ☐ REMIC ☐ Indian tribal governments/enterprises

Group Exemption Number (GEN) if any ▶

9b If a corporation, name the state or foreign country (if applicable) where incorporated — State — Foreign country

10 **Reason for applying** (check only one box)

- ☐ Started new business (specify type) ▶
- ☐ Hired employees (Check the box and see line 13.)
- ☐ Compliance with IRS withholding regulations
- ☑ Other (specify) ▶ **HCSR**
- ☐ Banking purpose (specify purpose) ▶
- ☐ Changed type of organization (specify new type) ▶
- ☐ Purchased going business
- ☐ Created a trust (specify type) ▶
- ☐ Created a pension plan (specify type) ▶

11 Date business started or acquired (month, day, year). See instructions.
01/16/2022

12 Closing month of accounting year **December**

13 Highest number of employees expected in the next 12 months (enter -0- if none). If no employees expected, skip line 14.

Agricultural	Household	Other
0	0	0

14 If you expect your employment tax liability to be $1,000 or less in a full calendar year **and** want to file Form 944 annually instead of Forms 941 quarterly, check here. (Your employment tax liability generally will be $1,000 or less if you expect to pay $5,000 or less in total wages.) If you don't check this box, you must file Form 941 for every quarter. ☐

15 First date wages or annuities were paid (month, day, year). **Note:** If applicant is a withholding agent, enter date income will first be paid to nonresident alien (month, day, year) ▶ N/A

16 Check **one** box that best describes the principal activity of your business.

☐ Construction ☐ Rental & leasing ☐ Transportation & warehousing ☐ Health care & social assistance ☐ Accommodation & food service ☐ Wholesale-agent/broker ☐ Wholesale-other ☐ Retail
☐ Real estate ☐ Manufacturing ☐ Finance & insurance ☑ Other (specify) ▶ **HCSR**

17 Indicate principal line of merchandise sold, specific construction work done, products produced, or services provided.
HCSR

18 Has the applicant entity shown on line 1 ever applied for and received an EIN? ☐ Yes ☑ No
If "Yes," write previous EIN here ▶

Third Party Designee

Complete this section **only** if you want to authorize the named individual to receive the entity's EIN and answer questions about the completion of this form.

Designee's name: **Nathyn Snyder**
Designee's telephone number (include area code): **406-532-1900**
Address and ZIP code: **100 Consumer Direct Way, Suite 304, Missoula, M**
Designee's fax number (include area code): **406-532-8588**

Applicant title is shown. Title for guardian = "HCSR – Guardian"

Under penalties of perjury, I declare that I have examined this application, and to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.

Name and title (type or print clearly) ▶ John F Smith — **Home Care Service Recipient**
Applicant's telephone number (include area code): **809 828-8888**

Signature ▶ John F Smith
Date ▶ 01/16/2022
Applicant's fax number (include area code)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions. Cat. No. 16055N Form **SS-4** (Rev. 12-2019)

Note: If signature is an "X" or thumbprint, a witness must also write "Witnessed by" and sign, date and enter title below the signature.

With form 2678 you appoint Consumer Direct Care Network as your Fiscal Vendor Agent to file Federal payroll tax reports on your behalf.

Instructions for Completing Form 2678

Complete only line numbers listed below. All others have been pre-filled by Consumer Direct or do not apply to Home Care Service Recipients.

Part 1.

If not pre-checked, enter a check mark in the box "You want to **appoint** an agent…"

Part 2.

Line 1. If you have an existing FEIN, enter it on line 1. If not, leave blank.

Line 2. Preceding "HCSR", enter FEIN holder's full name - First Name, Middle Initial, Last Name.

Line 5.

For ALL employees/payees/payments The top two check boxes for Forms 940 and 941 should be pre-checked.

Sign your name here. The FEIN holder or their legal guardian signs the form. Signature must include First Name, Middle Initial and Last Name.

Print your name here. Print name of person signing the form - the FEIN holder or their legal guardian.

Print your title here. Title is "HCSR - Household Employer" if FEIN holder signs; "HCSR - Guardian" if FEIN holder's legal guardian signs.

Best daytime phone. Enter telephone number for physical location where services will be provided.

Date. Enter date of signature.

Note: If signature is an "X" or thumbprint, a witness must also write "Witnessed by" and sign, date and enter title below the signature.

Form **2678** **Employer/Payer Appointment of Agent**

OMB No. 1545-0744

(Rev. August 2014) Department of the Treasury — Internal Revenue Service

Use this form if you want to request approval to have an agent file returns and make deposits or payments of employment or other withholding taxes or if you want to revoke an existing appointment.

- If you are an employer or payer who wants to request approval, complete Parts 1 and 2 and sign Part 2. Then give it to the agent. Have the agent complete Part 3 and sign it.

  Note. This appointment is not effective until we approve your request. See the instructions for filing Form 2678 on page 3.
- If you are an employer, payer, or agent who wants to revoke an existing appointment, complete all three parts. In this case, only one signature is required.

For IRS use:

Part 1: Why you are filing this form...

(Check one)

☑ You want to **appoint** an agent for tax reporting, depositing, and paying.

☐ You want to **revoke** an existing appointment.

Part 2: Employer or Payer Information: Complete this part if you want to appoint an agent or revoke an appointment.

1 **Employer identification number (EIN)**

2 **Employer's or payer's name** (not your trade name): John F Smith HCSR

3 **Trade name** (if any)

4 **Address**: 100 Consumer Direct Way Suite 303-AZ (Number Street / Suite or room number)

Missoula (City) MT (State) 59808 (ZIP code)

Foreign country name / Foreign province/county / Foreign postal code

5 **Forms for which you want to appoint an agent or revoke the agent's appointment to file.** (*Check all that apply.*)

	For ALL employees/ payees/payments	For SOME employees/ payees/payments
Form 940, 940-PR (Employer's Annual Federal Unemployment (FUTA) Tax Return)*	☑	☐
Form 941, 941-PR, 941-SS (Employer's QUARTERLY Federal Tax Return)	☑	☐
Form 943, 943-PR (Employer's Annual Federal Tax Return for Agricultural Employees)	☐	☐
Form 944, 944(SP) (Employer's ANNUAL Federal Tax Return)	☐	☐
Form 945 (Annual Return of Withheld Federal Income Tax)	☐	☐
Form CT-1 (Employer's Annual Railroad Retirement Tax Return)	☐	☐
Form CT-2 (Employee Representative's Quarterly Railroad Tax Return)	☐	☐

*Generally you cannot appoint an agent to report, deposit, and pay tax reported on Form 940, Employer's Annual Federal Unemployment (FUTA) Tax Return, unless you are a home care service recipient.

☑ Check here if you are a home care service recipient, and you want to appoint the agent to report, deposit, and pay FUTA tax for you. See the instructions.

I am authorizing the IRS to disclose otherwise confidential tax information to the agent relating to the authority granted under this appointment, including disclosures required to process Form 2678. The agent may contract with a third party, such as a reporting agent or certified public accountant, to prepare or file the returns covered by this appointment, or to make any required deposits and payments. Such contract may authorize the IRS to disclose confidential tax information of the employer/payer and agent to such third party. If a third party fails to file the returns or make the deposits and payments, the agent and employer/payer remain liable.

✗ **Sign your name here**: John F Smith

Date: 01/16/2022

Print your name here: John F Smith

Print your title here: HCSR - Household Employer

Best daytime phone: 809-828-8888

Now give this form to the agent to complete.

Example shown is for FEIN holder signing the form. If FEIN holder's legal guardian signs, enter their name and title as "HCSR – Guardian"

Form UIT-1159A allows Consumer Direct Care Network to obtain an Unemployment Insurance account for you for reporting and filing.

Instructions for Completing Form UIT-1159A

Complete only line numbers listed below. All others have been pre-filled by Consumer Direct or do not apply to Home Care Service Recipients.

Page 1.

Legal Business Name. Enter FEIN holders full name - First Name, Middle Initial, Last Name.

Physical address where work is performed in Arizona. Enter physical address where services will be provided. No PO Box. This is considered the "Business Location".

Page 2.

Identification of Owner, Partners…Etc.

For the FEIN holder, fill the boxes for Name, Social Security Number, Complete Residence Address and Telephone No. Title and % owned will be prefilled.

Signature(s) of Individuals(s) Legally Responsible for Business.

Print Name - Print name of person signing the form - the FEIN holder or their legal guardian.

Title - Title is "Household Employer" if FEIN holder signs; "Guardian" if FEIN holder's legal guardian signs.

Signature - The FEIN holder or their legal guardian signs the form. Signature must include First Name, Middle Initial and Last Name.

Date - Enter date of signature.

Note: If signature is an "X" or thumbprint, a witness must also write "Witnessed by" and sign, date and enter title below the signature.

Example shown is for FEIN holder signing the form. If FEIN holder's legal guardian signs, enter their name and title as "Guardian"

ARIZONA UNEMPLOYMENT INSURANCE TAX & WITHHOLDING TAX APPLICATION

For information on Unemployment Insurance, go online to www.azuitax.gov. For information on Withholding, go to www.aztaxes.gov.

Legal Business Name *(Name of Sole Proprietor, Partners, Corporation, LLC, etc.)*: John F Smith

Business Name *(Trade / Doing Business As / DBA Name)*:

Federal Employer **Identification No. (EIN)**:

Business Telephone No.: 406-532-1900

Business Mailing Address: c/o Consumer Direct, 100 Consumer Direct Way, Suite 303

City: Missoula | State: MT | ZIP Code:

E-Mail Address: taxdept@consumerdirectcare.com | Fax No.: 406-532-8588

Physical address where work is performed in Arizona *(Attach more sheets for additional locations).*: 123 Apple Street

City: Anytown | State: AZ | ZIP Code: 89009

Legal/Business Name for Off Site Payroll Service, Accountant or Bookkeeper: Consumer Direct

Type of Ownership

- ☑ Individual / Sole Proprietor
- ☐ Partnership
- ☐ Limited Liability Partnership
- ☐ Corporation (State and date of Inc)
- ☐ Limited Liability Co.

IRS Tax Filing Status

- ☑ Sole Proprietor
- ☐ Partnership
- ☐ Sub Chapter S-Corp
- ☐ Association
- ☐ Trust
- ☐ Estate
- ☐ Joint Venture
- ☐ Receivership
- ☐ Government

Are you liable for Federal Unemployment Tax? ☑ Yes ☐ No

If yes, indicate first year of liability: 2022

Do you have an IRS ruling that grants exclusion from Federal Unemployment Tax? ☐ Yes ☑ No

If yes, attached copy of the ruling letter is required

First calendar quarter Arizona employees were / will be hired and paid (indicate quarter as 1, 2, 3 or 4):

Hired: Year Quarter

Page 1

IDENTIFICATION OF OWNER, PARTNERS, CORPORATE OFFICERS, MEMBERS / MANAGING MEMBERS, ETC.

(Attach more sheets if needed.)

Name (Last, First, M.I.)	Social Security Number	Title	% Owned	Complete Residence Address	Telephone No.
John, Smith, F	888-88-8888	Household Employer	100%	123 Apple Street Anytown, AZ 89009	809-828-8888

Page 2

Do any owners or managers of this business actively own more than 50% of another Arizona business or have any amount of management control of another Arizona business? ☐ Yes ☑ No

If yes, provide information about the individuals and other businesses below. (Attach more sheets if needed.)

Name of Individual	Title at Other Business	Name of Other Business	EIN of Other Business	% Owned
		Leave blank		

SIGNATURE(S) OF INDIVIDUAL(S) LEGALLY RESPONSIBLE FOR BUSINESS (Owner, Partner, Corporate Officer, Managing Member, Trustee or Personal Representative of Estate, etc.) **Under penalty of perjury I (we), the undersigned, declare that the information provided on this application is true and correct to the best of my (our) knowledge.**

Print Name	Title	Signature	Date
John F Smith	Household Employer	John F Smith	01 16 2022

THIS APPLICATION MUST BE COMPLETED, SIGNED AND RETURNED.

With form UIT-1146A you authorize Consumer Direct Care Network to act as your representative with the Arizona Department of Economic Security.

Instructions for Completing Form UIT-1146A

Complete only line numbers listed below. All others have been pre-filled by Consumer Direct or do not apply to Home Care Service Recipients.

Employer Information.

Employer Name. Enter FEIN holders full name - First Name, Middle Initial, Last Name.

Optional Separate Mailing Address for Unemployment Benefit Claim-Related Notices.

Employer Name. Enter FEIN holders full name - First Name, Middle Initial, Last Name.

Phone Number. Prefilled with Consumer Direct's phone number.

Address. Enter the FEIN holders physical address.

In witness whereof, said employer has caused this instrument to be attested…Enter (Day), (Month) and (Year) for signature date in each box.

Print Name. Print name of person signing the form - the FEIN holder or their legal guardian.

Title - Title is "Household Employer" if FEIN holder signs; "Guardian" if FEIN holder's legal guardian signs.

Signature - The FEIN holder or their legal guardian signs the form. Signature must include First Name, Middle Initial and Last Name.

UIT-1146A FORFF (4-18)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Employer Engagement Administration
P.O. BOX 6028, Mail Drop 5881, Phoenix, AZ 85005-6028

LIMITED POWER OF ATTORNEY

EMPLOYER INFORMATION

EMPLOYER NAME: John F Smith

ARIZONA UI ACCOUNT NO. OR FEDERAL EIN:

Hereby appoints

Consumer Direct Care Network AZ - Consumer Direct Fiscal Vendor Agent for AZ, LLC *(Representative Company's Name)*

406-532-1900 *(Representative Company's Phone No.)*

To represent said employer before the Arizona Department of Economic Security (DES) in all matters related to Arizona Unemployment Insurance (UI) specified below until further notice (check all boxes that apply):

- ☑ UI tax preparation/filing including filing/paying via the Internet Tax and Wage System (TWS)
- ☑ All other general UI matters (all benefit claim protests, all appeals of agency determinations, etc.)
- ☐ Other, specific UI matter (provide details below to identify the matter or no action will be taken):

Provide representative's address if you want mail concerning the "Other, specific UI matter" sent there:

REPRESENTATIVES COMPANY'S ADDRESS (P.O. Box/Street No., Street, City, State, ZIP)

c/o Consumer Direct, 100 Consumer Direct Way, Suite 304, Missoula, MT 59808

COMPLETE THIS AREA ONLY IF YOU WANT TO CHANGE THE EMPLOYER'S PRIMARY MAILING ADDRESS

EMPLOYER NAME:

PHONE NO.:

ADDRESS *(P.O./Street No. Street, City, State, ZIP)*

*All general UI correspondence including liability determinations, tax and wage report forms, tax assessments, and notices of tax rates, benefit charges, appeals, liens and claim filings are mailed to the PRIMARY address. If you want a SEPARATE mailing address for notices of unemployment benefit claim filings, claim determinations and claim appeals, complete the address area below.

OPTIONAL SEPARATE MAILING ADDRESS FOR UNEMPLOYMENT BENEFIT CLAIM-RELATED NOTICES

EMPLOYER NAME: John F Smith

PHONE NO.: 406-532-1900

ADDRESS *(P.O./Street No. Street, City, State, ZIP)*: 123 Apple Street, Anytown, AZ 89009

In witness whereof, said employer has caused this instrument to be attested by the signature of a duly qualified officer or owner this day of

(Day) 16 (Month) 01 (Year) 2022

This Limited Power of Attorney authorization cancels and/or supersedes all prior authorizations related to the specified matters and remains in effect until revoked in writing by either the employer or the representative

PRINT NAME *(First, M.I, Last)*: John F Smith

TITLE: Household Employer

SIGNATURE: John F Smith

Form 10193 allows Consumer Direct Care Network to close a State income Tax Withholding account in the event that one is created in error by the Arizona Department of Revenue.

3

Instructions for Completing Form ADOR 10193

Complete only line numbers listed below. All others have been pre-filled by Consumer Direct or do not apply to Home Care Service Recipients.

Page 1.

Section A: Business Information

Legal Business Name. Enter FEIN holders full name - First Name, Middle Initial, Last Name.

Page 2.

Section C: Required Signatures

Signature(s) of Individuals(s) Legally Responsible for Business.

Print or Type Name - Print name of person signing the form - the FEIN holder or their legal guardian.

Title - Title is "Household Employer" if FEIN holder signs; "Guardian" if FEIN holder's legal guardian signs.

Date - Enter date of signature.

Signature - The FEIN holder or their legal guardian signs the form. Signature must include First Name, Middle Initial and Last Name.

Note: If signature is an "X" or thumbprint, a witness must also write "Witnessed by" and sign, date and enter title below the signature.

Example shown is for FEIN holder signing the form. If FEIN holder's legal guardian signs, enter their name and title as "Guardian"

License and Registration
ARIZONA DEPARTMENT OF REVENUE
PO BOX 29032
Phoenix, AZ 85038-9032
(602) 255- 3381
1 (800) 352-4090

BUSINESS ACCOUNT UPDATE

INSTRUCTIONS: Please check boxes to indicate the change you are requesting and complete the section. Asterisk (*) changes to Transaction Privilege Tax Licenses are subject to a fee of $12 per location for the state fee and any applicable city fees (see page 3). There are no fees for changes to Corporate Account, Use Tax or Withholding Registrations.

You can now make updates/edits to your Business Account at www.AZTaxes.gov. It is fast and secure.

BONDING REQUIREMENT: A taxpayer in the contracting business MUST maintain a bond for a minimum of 2 years. When requesting change(s) to the Physical Location, Legal Name and/or Business Name, "Doing Business As", within the first 2 years, a Bond Rider to match the change(s) requested MUST be obtained prior to the request and submitted with this Business Account Update Form.

SECTION A: Business Information

Legal Business Name
John F Smith

License Number | Federal Employer Identification Number or Social Security Number, *required if sole proprietor with no employees*

CORRECTION TO: ☐ Federal Employer Identification Number ☐ Social Security Number

1. CHANGE(S) TO LICENSE

☐ *Reprint License ☐ *Reinstate License Effective Date: M M D D Y Y Y Y (Date required for Withholding Only) ☑ Cancel License Effective Date: M M D D Y Y Y Y

2. LICENSE TYPE – *Check all that apply:* **Request to close AZ Witholding per AZ Statute ARS 43-403 A2 - "Household Employer"**

☐ Transaction Privilege Tax License ☐ Use Tax ☐ TPT for Cities ONLY ☑ Withholding/Unemployment Tax Registration *(If hiring employees)*

3. TYPE OF ORGANIZATION/OWNERSHIP *Use this section to correct organization/owner type. If the ownership changes require a new Employer Identification Number (EIN), a Joint Tax Application is required. DO NOT USE THIS FORM TO CHANGE THE EIN. Acceptable organization/ownership types:*

Page 1

CURRENT TYPE			
☐ Individual/Sole Proprietorship	☐ Subchapter S Corporation	☐ Government	☐ Joint Venture
☐ Corporation	☐ Association	☐ Estate	☐ Receivership
☐ Partnership	☐ Limited Liability Company	☐ Trust	☐ Limited Liability Partnership

NEW TYPE			
☐ Individual/Sole Proprietorship	☐ Subchapter S Corporation	☐ Government	☐ Joint Venture
☐ Corporation	☐ Association	☐ Estate	☐ Receivership
☐ Partnership	☐ Limited Liability Company	☐ Trust	☐ Limited Liability Partnership

SECTION B: Identification of Owner Change, Partners, Corporate Officers, Members/Managing Members or Officials of this Employing Unit

If you need more space, attach Additional Owner, Partner, Corporate Officer(s) form available at www.azdor.gov. If the owner, partners, corporate officers or combination of partners or corporate officers, members and/or managing members own more than 50% of or control another business in Arizona, attach a list of the businesses, percentages owned and unemployment insurance account numbers or provide a Power of Attorney (Form 285) which must be filled out and signed by an authorized corporate officer.

	Social Security No.	Title	Last Name	First Name	Middle Intl.
Owner 1 ☐ New ☐ Delete	Street Address		City	State	% Owned
	ZIP Code	County	Phone Number (with area code)	Country	
Owner 2 ☐ New ☐ Delete	Social Security No.	Title	Last Name	First Name	Middle Intl.
	Street Address		City	State	% Owned
	ZIP Code	County	Phone Number (with area code)	Country	
Owner 3 ☐ New ☐ Delete	Social Security No.	Title	Last Name	First Name	Middle Intl.
	Street Address		City	State	% Owned
	ZIP Code	County	Phone Number (with area code)	Country	

Page 2

SECTION C: Required Signatures

REQUIRED SIGNATURE(S): This document must be signed by an officer legally responsible for the business. I am authorized to complete this update request. Under penalty of perjury I declare that the information provided on this document is true and correct.

1 Print or Type Name	2 Print or Type Name
John F Smith	
Title: Household Employer	Title
Date: 01/15/2024	Date
Signature: John F Smith	Signature

This form must be completed, signed, and returned as provided by A.R.S. § 23-722.

Equal Opportunity Employer/Program

SECCIÓN 2:

FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN DE MIEMBROS

SECCIÓN 3:

MANUAL DEL EMPLEADOR

MANUAL DE EMPLEADOR

Agencia Fiscal y Empleadora
(Fiscal Employer Agent, <<FEA>>_

Revisado Diciembre, 2023

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

This Handbook is property of the Consumer Direct Care Network (CDCN) and may not be duplicated in any form without express permission from CDCN.

Tabla de contenido

Información de contacto 1

¡Bienvenido! 2

Funciones y responsabilidades de CDCN 4

- Contrato de prestación de servicios 4
- Denuncias de abuso, abandono y explotación 4
- Quejas y reclamos 4
- Presentación de quejas o reclamos 4

Responsabilidades del Receptor de Servicios/Empleador 5

- Reclutamiento y entrevistas 5
- Verificación de antecedentes penales 6
- Contratación de Empleados 6
- Gestión de los Empleados 6
  - Orientación 7
  - Capacitación de los Empleados 9
  - Agenda de trabajo 9
  - Comunicación directa y asertiva 10
  - Críticas positivas y constructivas 10
  - Crear un entorno de trabajo favorable 11
  - Tratar a los Empleados en forma justa y congruente 11
  - Resolución de conflictos 12
  - Medidas correctivas 13
  - Desvinculación de Empleados 14
- Remuneración de Empleados 15
- Acoso laboral 16
- Lugar de trabajo libre de drogas y alcohol 17
- Confidencialidad y divulgación 17
- Conclusión de los servicios 18
- Informe de cambios en las condiciones/notificaciones a CDCN 18
- Entorno de trabajo seguro 18
- Prevención de accidentes y seguridad del Empleado 19

Seguros 19
Informe de lesiones de Empleados 19
Fraude contra Medicaid 20
El plan de respaldo del Receptor de Servicios 21
Apéndices 23
Formulario de verificación de seguridad en el hogar
Guía de entramiento de concienciación sobre la privacidad
Programa de prevención del fraude
Abuso, abandono y explotación
Zsecure
Formulario de opinión
Formulario de cambios en las condiciones
Calendario de la nómina de pagos
Respuestas de las capacitaciones requeridas para cuidadores
Lista de módulos de capacitación para cuidadores
Póster de tiempo acumulado de licencia paga por enfermedad

Información de contacto

Los representantes de atención al cliente están disponibles de lunes a viernes entre las 8 am y las 5 pm, excluidos los días festivos. El horario de oficina puede variar dependiendo de la cantidad de personal. Recomendamos coordinar una cita, si desea hacer una visita. Se pueden dejar mensajes fuera del horario de atención, y se los responderá el próximo día hábil. La información de contacto sigue a continuación:

Sucursales

50 North Alvernon Way
Tucson, AZ 85711

3033 North 44th Street, Suite 269
Phoenix, AZ 85018-7228

8182 East Florentine Road, Suite C
Prescott Valley, AZ 86314

500 East Fry Boulevard, Suite M-15
Sierra Vista, AZ 85635

2601 Stockton Hill Road, Suite H-1
Kingman, AZ 86401

183 East 24th Street, Suite 3
Yuma, AZ 85364

Números de teléfono importantes

Línea principal de CDCN 888-398-8409

Línea gratuita por lesiones de CDCN 888-541-1701
Fax de CDCN 877-398-8413
Línea de Servicios de Protección de Adultos 877-767-2385
Línea gratuita contra el fraude del estado 602-417-4193
Línea de la Oficina del Inspector General 602-417-4257

Correo electrónico
InfoCDAZ@ConsumerDirectCare.com

Web (formularios e información)
http://www.ConsumerDirectAZ.com

¡Bienvenido!

¡Bienvenido a los servicios autogestionados! Somos Consumer Direct Care Network («CDCN»). CDCN alienta a las personas a que tengan más control y opciones sobre los servicios que reciben. Queremos que viva la vida que desea. Las personas que autogestionan sus servicios manifiestan sentirse más satisfechas con los servicios que reciben. También valoran la libertad que esto les brinda.

CDCN proporciona servicios y asistencia que ayudan a que los adultos mayores y las personas con discapacidades permanezcan seguras, sanas e independientes en sus propias casas. Nos especializamos en la atención autogestionada. Ofrecemos una variedad de opciones para quienes gestionan sus propios servicios y atención. Tenemos vasta experiencia con Medicaid, Medicare, los seguros privados y la prestación de asistencia a las personas que administran sus propios servicios de atención. Creemos férreamente en la filosofía de la autodeterminación; un proceso que permite que las personas conserven el control de sus propias vidas. Valoramos la fortaleza y la capacidad de cada persona. Consideramos que al ayudarlo a mantenerse involucrado en la gestión de sus propios servicios de atención, contribuimos a su salud y al desarrollo de comunidades más sanas y plenas.

Misión
Prestar servicios de atención y apoyo para personas en sus casas y comunidades.

Visión
Ayudar a las personas a vivir la vida que desean.

Valores

- Respeto
- integridad
- servicio
- excelencia

Manual
El propósito de este Manual es ayudar a los Receptores de Servicios y a los Empleadores a comprender sus responsabilidades en un programa con autogestión. Por favor, lea este Manual con atención. Sugerimos que lo conserve como referencia para el futuro.

Definiciones:

- Receptor de Servicios: El individuo que recibe los servicios. También denominado el «Miembro».
- Empleador: El titular del Número de Identificación del Empleador (*Employer Identification Number,* «EIN») que tiene la responsabilidad de contratar, desvincular y programar a los empleados. El Empleador puede ser el Receptor de Servicios, el Tutor Legal o el Curador.
- Empleado: Un individuo contratado por el Empleador para proporcionar servicios autorizados al Receptor de Servicios. También denominado «Cuidador Asistente» (*Attendant Care Worker,* «ACW»).
- Administrador del Caso: Un profesional de la salud que evalúa, planifica, facilita y coordina los servicios de atención, y evalúa al Receptor de Servicios para asegurarse de que este reciba el nivel de atención adecuado.

Si tiene preguntas, puede obtener más información:

- ☑ Remitiéndose a este Manual.
- ☑ Llamando a CDCN.

¡Bienvenido a CDCN! Esperamos que su experiencia con CDCN sea gratificante y placentera.

Funciones y responsabilidades de CDCN

¿Qué hace CDCN en carácter de Agente Fiscal Empleador?

CDCN cumple toda la legislación federal, estatal y local aplicable. También seguimos todas las normas, políticas y procedimientos federales y estatales de Medicaid.

Contrato de prestación de servicios

En carácter de Empleador, usted debe firmar un Contrato de prestación de servicios. En el Contrato, usted asume la responsabilidad por todos los aspectos de los servicios de atención para el Receptor de Servicios. Esto incluye la contratación, capacitación, programación y gestión de los Empleados. El Contrato se utiliza para identificar las responsabilidades del Empleador y de CDCN. Por favor, remítase al Contrato más reciente para obtener más información sobre los deberes específicos contemplados en el programa del Receptor de Servicios. Puede obtener una copia en blanco del Contrato en el sitio Web de CDCN.

Denuncias de abuso, abandono y explotación

El personal de CDCN tiene la obligación de denunciar las sospechas de abuso, abandono y explotación. Esto significa que si nos informa de un incidente de abuso, debemos denunciar el incidente. Hay más información en el módulo de capacitación en materia de abuso, abandono y explotación, que se encuentra en el Apéndice. En carácter de Empleador, debe denunciar todas las sospechas de abuso, abandono o explotación ante los Servicios de Protección de Adultos (*Adult Protective Services,* «APS»). Por favor, remítase a la página de información de contacto para ver el número de teléfono de APS.

Quejas y reclamos

Su opinión es muy importante para nosotros. Si tiene una queja o un reclamo acerca de los servicios que recibe de CDCN, por favor infórmenos. CDCN responderá a todas las quejas y los reclamos de un modo razonable y oportuno. Trabajaremos con usted para alcanzar una solución.

Presentación de quejas o reclamos

Si tiene un problema en algún aspecto que se encuentre dentro del control razonable de CDCN, debe presentar una queja. Por ejemplo, los problemas relacionados con nuestros procedimientos de inscripción, la gestión de pagos o el portal Web. Las quejas se pueden presentar en forma verbal o escrita. Las quejas por escrito deben presentarse por medio de nuestro Formulario de opinión, y enviarse por correo electrónico, correo postal a través de USPS o fax. El Formulario de opinión se encuentra en el Apéndice y en el sitio Web de CDCN.

Si considera que se han vulnerado sus derechos o si no está de acuerdo con una Política de CDCN, puede presentar un reclamo. Los reclamos deben presentarse por escrito para que los revisemos.

Una vez que haya presentado una queja o un reclamo, el personal de CDCN trabajará con usted para abordar sus inquietudes. Si no se encuentra satisfecho con las recomendaciones iniciales, el asunto se escalará al siguiente nivel de supervisión hasta que se resuelva. Todas las quejas y los reclamos se responderán dentro de los plazos establecidos en la política de CDCN. Nuestra Política sobre quejas y reclamos está disponible por pedido.

Responsabilidades del Receptor de Servicios/Empleador

Reclutamiento y entrevistas

¿Está listo para contratar a su primer Empleado? ¡Comencemos! ¡Los siguientes son algunos consejos útiles! Considere la comunidad en la que vive el Receptor de Servicios. Quizás, el Empleador pueda preparar un anuncio o volante y hacerlo circular en la comunidad. Algunos lugares donde se puede publicar el anuncio:

- Oficina local de búsqueda de empleo/trabajo;
- lavandería;
- universidad o terciario;
- periódico de la comunidad:
- centro de vida independiente;
- supermercado;
- iglesia;
- agencia de servicios sociales;
- guía gratuita semanal con anuncios;
- agencia de rehabilitación;
- sitios Web y redes sociales;
- sitios Web de profesionales locales y del estado.

Primero, llame a estos lugares. Averigüe con quién debe hablar y cuáles son sus reglas para la publicación de volantes o anuncios.

Corra la voz

El Empleador puede comentarles que está buscando un Empleado a los familiares, los amigos y otros Receptores de Servicios, e incluso a otras personas que conozca. A menudo, otros Receptores de Servicios tienen Empleados que quieren trabajar más horas o que están dispuestos a cubrir la vacante. Asegúrese de informar al Administrador de Casos del Receptor de Servicios. El Administrador del Caso puede conocer a alguien para recomendarle. Hacer correr la voz puede aumentar las posibilidades de encontrar un candidato fiable para el trabajo.

Qué recordar durante la selección de postulantes

Algunas preguntas cruzan los límites legales y de respeto hacia un Empleado potencial. Estos tipos de preguntas no pueden formularse durante la selección de candidatos. **Los siguientes son algunos ejemplos de preguntas que pueden formularse o no durante una entrevista:**

Sí

- Cuénteme sobre usted.
- ¿Por qué quiere este trabajo?
- Un día normal sería... ¿aún le interesa la posición?
- ¿Qué experiencia tiene cuidando a otra persona?
- ¿Qué tipo de formación tiene que podría ser útil para esta posición?
- ¿Qué objetivos tiene para el año próximo?
- Hay muchas tareas que deben completarse en un turno. Si una tarea le llevara más tiempo de lo habitual, ¿qué haría para asegurarse de completar el resto de las tareas dentro del tiempo asignado?

No

- ¿Qué edad tiene?
- ¿Cuál es su idioma materno?
- ¿Es casado o casada?
- ¿Tiene hijos?
- ¿Alguna vez lo arrestaron?
- ¿A qué iglesia va?
- ¿Qué religión profesa?
- ¿Pertenece a algún club u organización?
- ¿Cuál es su calificación crediticia?
- ¿Es propietario o renta su vivienda?
- ¿En qué país nació?
- ¿Tiene alguna discapacidad o afección médica?

- ¿Qué busca en un Empleador?
- ¿Tiene alguna pregunta para mí?
- ¿Es Republicano o Demócrata?
- ¿Cómo se llaman los miembros de su familia?

Verificación de antecedentes penales

Se debe realizar una verificación de antecedentes —o dispensar la verificación de antecedentes— de todos los postulantes antes de su contratación. Se debe cumplir alguno de los siguientes requisitos para que se apruebe la contratación de los trabajadores potenciales:

- El trabajador potencial debe aprobar una verificación de antecedentes; o
- el Empleador debe completar una dispensa de la verificación de antecedentes; **solo si la organización que administra la atención del Receptor de Servicios es Banner.**

Si un trabajador potencial no aprueba la verificación de antecedentes; no se lo podrá contratar. Todos los Empleados deben aprobar los controles de la Oficina del Inspector General al momento de la contratación, y una vez al mes en lo sucesivo.

Contratación de Empleados

En carácter de Empleador, tiene la responsabilidad de contratar a sus Empleados. En CDCN tenemos la función de ayudarlo a lo largo del proceso. La siguiente es una síntesis de los documentos que deberá presentar por cada Empleado que contrate.

Paquete del Empleado

Una vez que el Empleador encuentre a una persona que quiera contratar, el Empleado potencial debe presentar el Paquete de inscripción de Empleados. Este Paquete se puede obtener visitando el sitio Web de CDCN, o nos lo puede solicitar por correo electrónico o teléfono.

El Empleador debe garantizar que se complete el Paquete de inscripción del Empleado. Por favor, corrobore que el paquete esté completo. Los paquetes incompletos se devolverán para que se realicen correcciones, y esto podría causar una demora en los pagos para el Empleado. Los Empleados no pueden comenzar a trabajar hasta que el Empleador reciba el Formulario de aprobación para trabajar de CDCN. Las horas trabajadas con antelación a la contratación y la aprobación para el trabajo no se pagarán; puesto que se consideran no autorizadas.

Recuerde: Comuníquese con CDCN, si hay algún problema con un Empleado, y usted no sabe cómo responder.

Gestión de los Empleados

En carácter de Empleador, usted deberá gestionar y supervisar a los Empleados. La gestión y supervisión de los Empleados requieren que el Empleador:

- Proporcione una orientación sobre el trabajo a los Empleados.
- Capacite a todos los Empleados.
- Establezca la agenda de trabajo.
- Sea directo y asertivo en la comunicación.
- Haga críticas positivas y constructivas.
- Genere una buena relación de trabajo.

- Trate a todos los Empleados en forma justa y congruente.
- Lidie con el conflicto.
- Si fuera necesario:
    - Implemente medidas correctivas.
    - Desvincule a los Empleados.

La forma en que gestione y supervise a sus Empleados puede afectar su satisfacción laboral. A su vez, la satisfacción de los Empleados puede afectar la calidad de los servicios que ellos brindan y el período de tiempo en el que trabajarán para usted.

Orientación

El primer día de trabajo del Empleado es el momento perfecto para brindarles orientación laboral y conversar sobre sus expectativas. Trate de programar el primer día en un momento en que el Empleador y el Empleado tengan tiempo. El Empleador puede considerar:

- Ser muy claro en cuanto a las tareas.
- Organizar los papeles, el material de capacitación, etc.
- Anticipar: Si el Empleado limpiará la casa, piense en cómo obtendrán los productos necesarios, qué funciones tendrá en cuanto a la adquisición de los productos, la necesidad de que guarde los recibos, dónde almacenar los productos, etc.
- Establecer la agenda de trabajo.
- Identificar las reglas de la casa que el Empleado deba conocer.

Al final del primer día, comente al Empleado nuevo qué hizo bien. Esto ayudará a que sepa que debe seguir haciéndolo.

La orientación puede incluir:

1. Recorrer la vivienda.
    a. Mostrar al Empleado nuevo dónde se almacenan los productos y equipos.
    b. Indicar al Empleado si hay algún lugar de la vivienda al que no deba ingresar.
    c. Mostrar al Empleado dónde están las salidas de emergencia.
    d. Mostrar al Empleado dónde está el matafuego y cómo utilizarlo. Explicar al Empleado cómo salir de la casa, si hay un incendio.
2. Proporcionar información sobre la discapacidad del Receptor de Servicios: ¿hay algo específico que el Empleado deba saber (por ej., si tiene dificultades para dormir, si es sensible a algún olor, si tiene problemas con el nivel de azúcar en sangre, convulsiones o alergias)?
3. Proporcionar información sobre las reglas de la casa.
    a. Estilos de comunicación.
    b. Código de vestimenta.
    c. Prohibición de fumar en el lugar.
    d. Limitación del uso del teléfono celular a llamadas de emergencia.
    e. Prohibición de música a alto volumen.
4. Explicar y mostrar qué debe hacer el Empleado.

a. Haga una descripción general de las tareas.
b. Utilice una lista de verificación, descripción del puesto de trabajo u otro método para explicar las tareas específicas en el orden en que el receptor de Servicios desee que se completen.
c. Disponga que observe el apoyo natural experimentado en la realización de todas las tareas.
d. Dé instrucciones paso a paso. Asegúrese de que el Empleado pueda completar un paso antes de pasar al siguiente.
e. Considere la utilización de un video instructivo.

5. Seguridad.
    a. Elevaciones y traslados: Revise los procedimientos para las elevaciones y los traslados seguros. Hay un panfleto al respecto disponible por pedido.
    b. Comente las pautas de seguridad de los equipos relacionados con la discapacidad que el Empleado deba utilizar.
    c. Refuerce las pautas de seguridad de los electrodomésticos y otros equipos que el Empleado deba utilizar.
    d. Comente el plan de emergencia y respaldo con el Empleado.
    e. ¿Cómo entrará y saldrá el Empleado de la casa del Receptor de Servicios? Si el Receptor de Servicios no puede abrir la puerta, establezca un procedimiento para que el Empleado pueda entrar y salir.
    f. Control de infecciones: Refuerce la importancia de lavarse bien las manos antes de la preparación de alimentos, y antes y después de las tareas de cuidado personal. Comente el uso de guantes y dónde se almacenan, si es de su preferencia. Informe al Empleado si hay un contendedor para elementos cortopunzantes. Hay un panfleto instructivo sobre el plan de control de infecciones disponible por pedido.
    g. Hay un panfleto sobre orientación en seguridad disponible por pedido.
6. Expectativas: El Empleador debe ser claro en cuanto a las expectativas sobre el desempeño del Empleado. Es mejor comenzar con firmeza y luego relajarse. El Empleador debe enfatizar qué considera importante. Los siguientes son algunos ejemplos:
    a. Confidencialidad: Lo que usted (el Receptor de Servicios/Empleador) hace y dice mientras el Empleado está trabajando debe permanecer en confidencialidad. El tipo de asistencia que proporciona el Empleado es personal. Sus Empleados no deberían comentar su información confidencial con terceros, como familiares, amigos u otros. Algunas personas consideran que mientras no estén hablando mal del Receptor de Servicios lo que digan no es una violación a la confidencialidad. Se debe recordar al Empleado que no solo es una falta de respeto, sino que una violación a la confidencialidad puede ser causal de despido. Se incluye una Guía de concienciación sobre la privacidad para Empleados sobre la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos («HIPAA», por sus siglas en inglés) en el Apéndice. En su carácter de Empleador, puede solicitar al Empleado que revise la guía.

b. Uso de artículos del hogar: El Empleador debe considerar cuáles son las reglas acerca del uso del teléfono, el automóvil, la lavadora, la computadora e impresora, y acerca del consumo de los alimentos del Receptor de Servicios. Comunique estas reglas con claridad al realizar la orientación. Es más sencillo establecer las reglas claramente en la primera reunión, que esperar a que ocurra una ofensa.
c. Indique al Empleado cuál será la tarifa de pago. Explique el cronograma de pagos y los requisitos para completar otras planillas de registro de horas.

Capacitación de los Empleados

En carácter de Empleador, usted deberá capacitar a todos los Empleados nuevos. A continuación, siguen algunos consejos de capacitación para su consideración.

1. Al capacitar al Empleado, puede seguir estos tres pasos:
   - Decir al Empleado qué se le enseñará.
   - Decir al Empleado qué se espera que aprenda.
   - Repetir lo que se le dijo al Empleado.

   Si se necesita capacitación adicional, reúnanse en una segunda sesión. Repase en forma acotada lo que se enseñó en la primera sesión y luego comience con material nuevo.
2. Al impartir instrucciones sobre una tarea, por ejemplo, la asistencia para salir de la silla de ruedas, describa cada paso de la tarea. No avance al siguiente paso hasta que el Empleado domine el primer paso.
3. No suponga que el Empleado comprenderá lo que le enseñe de inmediato. Pida comentarios y fomente las preguntas.
4. Al explicar una tarea o rutina al Empleado, describa por qué es importante que haga algo de determinada manera o en determinado momento.
5. Sea congruente al dar explicaciones. Si algo cambió, explique por qué cambió.
6. Sea paciente. Es probable que el Empleado no siga bien todas las instrucciones la primera vez.
7. Trate de ser consciente de cuánto puede aprender el Empleado de una vez. Algunas personas pueden aprender una rutina o tarea completa de una vez; otras pueden necesitar sesiones de capacitación más graduales.
8. Dé al empleado críticas constructivas (cómo mejorar) y positivas.

Asegúrese de tratar de la misma manera a todos los Empleados. Debe hacer lo mismo que hace por un Empleado para los otros. Ser congruente con la capacitación y orientación de cada Empleado es importante; puesto que ayudará a prevenir acusaciones por discriminación y reclamos por desempleo.

Agenda de trabajo

La agenda de trabajo ayuda al Empleado a saber qué horarios y días de la semana debe ir a trabajar. El Empleador define la agenda y detalla las tareas que el Empleado debe completar en el trabajo. Esto puede encontrarse en el Contrato entre el Empleador y el Empleado y en la descripción del puesto de trabajo del Empleado.

A veces, surgen inconvenientes por los que el Empleado no podrá asistir a trabajar durante el turno programado. El Empleador puede elegir ser flexible con la agenda de trabajo en estos momentos, u optar por utilizar un Empleado suplente. Solo recuerde que la agenda de trabajo debe basarse en el nivel de servicios de atención autorizados y las necesidades del Receptor de Servicios. **El Empleado nunca debe determinar la agenda de trabajo.**

Comunicación directa y asertiva

El trabajo con un Empleado que proporciona servicios domiciliarios es diferente de otras relaciones laborales. La mayoría de las relaciones entre empleador y empleado no involucran un contacto tan personal. Para ser un buen supervisor y asegurarse de que se cubran las necesidades, el Empleador deberá ser asertivo y directo en la comunicación.

La forma en que el Empleador se comunique con el Empleado es una parte fundamental del éxito de la relación entre ambos. A veces, ya hay una amistad establecida. En este caso, es importante que tanto el Empleador como el Empleado recuerden qué papel desempeñan en la relación laboral. Ser asertivo y directo en la comunicación significa:

- Expresarse.
- Explicar cuáles son las necesidades de atención.
- Ser claro con las preferencias y aversiones.
- Ser respetuoso.
- Utilizar enunciados que incluyan «yo». Por ejemplo, «cuando usted _____, yo siento _____».

Esto comunica el efecto de la conducta del Empleado y no personaliza la crítica.

Críticas positivas y constructivas

Ser supervisor significa que el Empleador tiene la responsabilidad de ayudar al Empleado a hacer su trabajo de modo que satisfaga al Receptor del Servicio. El Empleador debe hacer críticas específicas sobre el desempeño del Empleado.

Existen dos tipos de críticas: constructivas y positivas. Las críticas constructivas deben utilizarse para informar al Empleado cómo mejorar su desempeño laboral. Las críticas positivas le comunican al Empleado que está realizando una tarea de forma satisfactoria para el Receptor de Servicios.

Críticas constructivas:

Si el Receptor de Servicios está disconforme con la forma en que el Empleado está haciendo algo, utilice las críticas constructivas para decirle o mostrarle al Empleado cómo hacer la tarea de otro modo. Por ejemplo: «Necesito que corte mi comida en bocados más pequeños, por favor».

- Cuando el Empleado haga algo incorrectamente, hágaselo saber. Recuérdele con paciencia cuál es la forma correcta de hacerlo.

Críticas positivas:

Si el Receptor de Servicios está satisfecho con la forma en que el Empleado desempeña una

tarea, utilice las críticas positivas, halagando, agradeciendo y demostrando aprecio al Empleado. Las críticas positivas le comunican al Empleado que está realizando una tarea correctamente y que debe seguir haciendo lo mismo. Por ejemplo: «Gracias por cortar mi carne de este tamaño. Así me resulta más fácil masticar y tragar».

- Cuando el Empleado haga algo bien, elogie el desempeño comunicándole al Empleado exactamente qué hizo bien.

Las críticas y la comunicación abierta con el Empleado son importantes. Mientras más transparente sea el Empleador, mejor. Esto garantizará que todos estén en la misma sintonía.

El Empleador debería intentar:

- Generar una relación positiva con el Empleado.
- Crear un ambiente de trabajo favorable.
- Hacer críticas claras —positivas y negativas—, según sea necesario.
- Explicar las reglas con claridad y esperar que se respeten.
- Explicar las consecuencias de romper las reglas.
- Ser congruentes en la forma de responder a cada Empleado.
- Ser formador. Enseñar y alentar.

Crear un entorno de trabajo favorable

Es difícil encontrar buenos Empleados, por lo que es importante generar una relación a largo plazo. La mayoría de los Empleados permanecen en un trabajo porque les resulta gratificante a nivel personal. Es importante para usted que el Empleado esté satisfecho con su trabajo y siga trabajando para usted. A continuación, siguen algunas ideas para generar un entorno de trabajo favorable:

- Tratar a los Empleados con amabilidad, justicia y respeto.
- Hacer críticas constructivas. Enfocarse en la conducta, no la persona.
- Mantener la comunicación abierta.
- Hablar de los problemas a medida que se presentan. Evitar depositar las frustraciones en el Empleado.
- Ser flexible, cuando sea posible. Por ejemplo, si el Empleado le pide llegar unos minutos tarde porque tiene un evento escolar del hijo.
- Pedir la opinión del Empleado para que lo ayude a evaluar cómo se está desarrollando el trabajo.

En síntesis, usted tiene la oportunidad de proporcionarle un entorno de trabajo positivo al Empleado. Esto, a su vez, ayuda al Empleado a ser productivo y estar satisfecho y motivado para trabajar. Un Empleado satisfecho con su trabajo se quedará más tiempo y hará una mejor labor.

Tratar a los Empleados en forma justa y congruente

Es importante tratar a todos los Empleados en forma congruente. De lo contrario, un Empleado puede sentir que el Empleador lo está discriminando. Por ejemplo, si el Empleador le permite a un Empleado ser flexible con el horario de inicio del turno, debería considerar la misma cortesía con otros Empleados. Cuando los Empleados tienen pedidos especiales, como salir más temprano para asistir al

partido de baseball del hijo, es positivo acceder; solo recuerde tener la misma consideración con todos los Empleados.

Es igual de importante tratar a todos los Empleados en forma justa. Use las críticas constructivas y positivas para enseñar a los Empleados a hacer su trabajo. Es importante llevar un registro de las críticas efectuadas en una libreta, en caso de que el Empleado no mejore, y el Empleador deba desvincularlo. De ese modo, si el Empleado hace un reclamo por desempleo, no podrá alegar que se lo despidió sin causa justificada. Un despido sin causa justificada puede resultar en el aumento de los aportes por desempleo.

Sea respetuoso con todos los Empleados. Levantar la voz, insultar a los Empleados o gritarles afecta la forma en que se sienten acerca del trabajo. Este comportamiento puede considerarse abusivo, incluso si el Empleado es un miembro de la familia. El Empleador debe tratar a los Empleados del mismo modo en que quiere que lo traten. Esto se llama respeto mutuo.

Respuestas del Empleador
Después de un tiempo de trabajo, es posible que el Empleado comience a tener algunas conductas que el Empleador no apruebe. Por ejemplo, un Empleado podría llegar tarde al trabajo con frecuencia. Quizás deba establecerse una política que se aplique a las llegadas tarde. La política podría determinar que tres llegadas tarde signifiquen automáticamente que el Empleador decidirá si seguirá trabajando con el Empleado o no.

El Empleador podría establecer la política de que si el Empleado usa algo sin pedir permiso, se lo desvinculará de inmediato. Si despide a un Empleado, por favor notifique a CDCN de inmediato.

Es adecuado informar al Empleado de las consecuencias de las conductas negativas. **Recuerde, una política establecida para un Empleado debe aplicarse a todos los Empleados.**

Resolución de conflictos
Los conflictos son una parte natural de establecer y desarrollar una relación. El conflicto no es el problema. A menudo, el problema está en la forma en que las personas lidian con el conflicto. Es importante lidiar con los conflictos a medida que surgen. Lo mejor es mantener las emociones bajo control para que la situación no empeore más de lo necesario. En general, los Empleados responderán en forma positiva y sin presentar una amenaza, si el Empleador es justo y congruente.

Si existe un conflicto acerca de las tareas laborales, la remuneración, el tiempo de descanso, la conducta social o el uso de las instalaciones, recuerde el Contrato original al Empleado. Si un Empleado se niega a seguir las reglas, esté preparado para reemplazarlo.

Si surge un problema, podría ser de utilidad seguir un proceso paso a paso para resolverlo. La siguiente es una guía útil en caso de conflicto:

1. Identificar el problema
   Esto parece simple, pero a veces no todos concuerdan en que hay un problema. Por ejemplo, podría ser un problema para el Empleador que el Empleado use auriculares y escuche música mientras limpia la casa; pero no es un problema para el Empleado.

2. Definir el problema
   Trate de no alegar motivos, acusar y hacer juicios de valor. Formule preguntas abiertas y utilice la escucha activa para obtener una mejor comprensión y definición del problema. ¿Quién tiene la responsabilidad de resolver el problema? Algunos ejemplos podrían ser:
   - Una silla de ruedas rota es un problema del Empleador; pero el Empleado podría ayudar a resolver el problema.
   - Un Empleado que escucha música mientras limpia es un problema del Empleador, porque el Empleado no podrá escuchar cuándo el Receptor de Servicios lo necesite.
   - El Empleado tuvo un inconveniente con quien cuidaba a sus hijos y no puede encontrar a alguien que los cuide esta semana. Este es un problema del Empleador y del Empleado.

   Al resolver un problema, todos los involucrados deberían contribuir. Quien sea responsable del problema debería tomar la decisión definitiva.
3. Buscar ideas de soluciones
   Todos los involucrados deberían sugerir soluciones. No critique ninguna sugerencia en este paso. Busquen tantas ideas como sea posible. Tome nota de cada solución, sin importar lo que sea.
4. Debate y evaluación
   Todos los involucrados deberían debatir las ventajas y desventajas de cada solución sugerida. Hacer una lista de lo positivo y lo negativo puede facilitar el proceso de evaluación.
5. Reconocer si se deben hacer concesiones
   Decidir qué solución resolverá el problema de la mejor forma.
6. Hacer un plan
   Todos los involucrados deberían acordar quién hará qué, dónde, cuándo y cómo se resolverá el problema.
7. Evaluar la solución
   Establecer una fecha y hora para debatir si la solución está funcionando y revisar el plan según sea necesario. Al encarar los problemas de inmediato, las relaciones laborales se pueden fortalecer y mejorar. En las relaciones laborales que aplican la resolución de problemas todos pueden seguir trabajando como equipo y con menos estrés.

Medidas correctivas

Si el Empleado no está siguiendo las reglas o cumpliendo con las expectativas del Empleador, el Empleador tiene la responsabilidad de informar al Empleado, para que pueda corregir su conducta. Muchos Empleadores utilizan un proceso de tres pasos denominado «disciplina progresiva». Este proceso ayuda a los Empleados a entender que su trabajo necesita mejoras o correcciones. Los pasos son:

1. Advertencia verbal;
2. advertencia por escrito;
3. desvinculación.

La disciplina progresiva le da al Empleado la oportunidad de mejorar. Si el Empleado no mejora, el Empleador tendrá que pensar si quiere que siga trabajando. Al ponerlo por escrito (incluso en el caso de una advertencia verbal), el Empleado no puede negar que se le planteó la situación antes de la desvinculación. También es buena idea decidir un plan de acción. ¿Qué hará el Empleado para mejorar? ¿Hay algo que el Empleador pueda hacer para ayudar?

Recuerde tomar nota de los problemas a medida que surgen. De este modo, tendrá ejemplos específicos cuando los discutan.

Si existe un problema, puede ser útil:

1. Programar una reunión adicional con el Empleado. Para que ese tiempo sea remunerado, la discusión debe ocurrir dentro de las horas autorizadas.
2. Antes de la reunión, tome nota de todas las inquietudes. De este modo, se organizan los pensamientos y se recuerdan los puntos principales. Conversen acerca de las inquietudes. Sean conscientes de las emociones y de cómo afectan lo que se está diciendo. El enojo, las críticas y estar a la defensiva no ayudarán a explicar las inquietudes.
3. Utilice enunciados que incluyan «yo». Esto demuestra que asume la responsabilidad por la experiencia. Por ejemplo: «Yo me siento frustrada porque llega tarde todos los días. Me pone nerviosa porque me preocupa no poder ir al baño». Evite culpabilizar. Por ejemplo, manifestar «no le importo, de lo contrario llegaría puntual» pondrá al Empleado a la defensiva de inmediato. No escuchará todo el problema.
4. Dé al Empleado la oportunidad de expresar sus inquietudes.
5. El Empleador debe estar dispuesto a hacer una autocrítica y hacerse responsable de su propia parte del conflicto.
6. Lleguen a un acuerdo final acerca del problema. Pónganlo por escrito para que todos tengan el mismo entendimiento de lo que sucedió.

Si no pueden resolver el problema, recuerde que tienen apoyo disponible. A veces, es útil involucrar a un tercero. Llame a CDCN o al Administrador del Caso.

Desvinculación de Empleados

Los Empleados pueden decidir poner fin a su empleo con el Empleador, o viceversa. Si el Empleado renuncia, su liquidación final se pagará conforme al calendario de pagos normal. Si se despide al Empleado, recibirá su liquidación final en la próxima fecha de pago o en 7 días hábiles, lo que suceda primero.

Desafortunadamente, no todas las personas contratadas tienen la capacidad de cumplir el trabajo. Si el Empleador decide la desvinculación, considere lo siguiente:

- Enuncie los motivos de la desvinculación con claridad. No agreda al Empleado en forma personal.
- Coordine para que haya otra persona presente, si el Empleado pudiera enfadarse o poner en riesgo su seguridad.

- Si fuera necesario, despídalo por teléfono.
- Tenga un Empleado suplente listo para empezar.
- Es ilegal retener el pago de salarios. Se debe remunerar al Empleado, incluso si el Empleador no está conforme con el trabajo realizado.

El empleo debe concluir de inmediato, si el Empleado:

- Ha robado.
- Ha cometido abuso físico o mental.
- Ha violado la confidencialidad.
- No ha cumplido el Contrato entre el Empleado y el Empleador.

Cualquier acción del Empleado contraria a la ley debe denunciarse a la policía de inmediato. Además, el incidente se debe informar al Administrador del Caso del Receptor de Servicios.

Asegúrese de que el Empleado devuelva todas las llaves y objetos que haya tomado prestados.

Remuneración de Empleados

CDCN les pagará a sus Empleados cada dos semanas, por depósito directo a una cuenta bancaria o con una tarjeta de pago. CDCN hará la deducción de impuestos y las retenciones que pudieran corresponder, como los embargos.

Presentación del registro de horas

Los Empleados deben utilizar un método aprobado de Verificación Electrónica de Visitas (*Electronic Visit Verification, «*EVV») para fichar la hora de entrada y de salida de cada turno trabajado. Este es un requisito de la legislación federal conforme a la Ley de Curas del Siglo XXI (*21st Century Cures Act*). En Arizona, los métodos aprobados de EVV incluyen la aplicación móvil Sandata, la línea fija del Miembro o un dispositivo alternativo de Sandata ubicado en la casa del Miembro.

El Receptor de Servicios o su Representante deben aprobar cada turno. Es recomendable que el Receptor de Servicios o el Representante aprueben cada turno en la aplicación móvil cuando el Empleado ficha la salida. Sin embargo, también se pueden aprobar las horas en el portal Web de Sandata. Para asegurarse de que los Empleados reciban su pago en forma puntual, los turnos se deben aprobar para la fecha límite publicada en el calendario de la nómina de pagos.

Si hay un desperfecto en el dispositivo o si un Empleado olvida fichar una entrada o salida, por favor comuníquese con CDCN lo antes posible para reparar el error.

El material de capacitación sobre la EVV se encuentra en la pestaña de Recursos del sitio Web de CDCN Arizona.

Horas de trabajo

Los Empleados deben cumplir sus compromisos respecto de todas las horas y agendas de trabajo que acepten del Empleador. No se garantizan las horas definitivas. Las posiciones se clasifican como «temporarias», porque el trabajo no está garantizado. El Empleador determinará las tareas y las agendas de trabajo sobre la base del plan de servicios de atención aprobado y actualizado del Receptor

de Servicios.

No se pagará a los Empleados por horas trabajadas o tareas realizadas que no estén autorizadas en el plan de servicios de atención. El Empleador puede tener la responsabilidad de hacer un pago, si el Empleador solicita que el Empleado:

- Trabaje horas no autorizadas en el plan de servicios de atención.
- Realice tareas que no están aprobadas.
- Comience a trabajar antes de recibir la aprobación de trabajo de CDCN.

Nómina de pagos
Las fechas de pago son viernes por medio. Para obtener más información, por favor remítase al calendario de la nómina de pagos en el sitio Web de CDCN. Los recibos de pago y los W2 se envían por correo de primera clase al domicilio del empleado que figura en el expediente o electrónicamente.

Los W2 se emiten para todos los Empleados respecto del año anterior. Estos se enviarán conforme a los requisitos del Servicio de Rentas Internas (*Internal Revenue Service*, «IRS»). Si un Empleado no ha recibido un W2 para el 10 de febrero, por favor, comuníquese con CDCN.

Si se modifica el domicilio de un Empleado, este deberá actualizarlo en CDCN. De lo contrario, sus W2 y recibos de sueldo seguirán enviándose al domicilio anterior.

Acoso laboral

El Empleador tiene la responsabilidad de prevenir el acoso laboral. Se prohíben todas las formas de acoso, incluido el acoso sexual. El acoso incluye las conductas o palabras degradantes hacia un individuo o respecto de las características del individuo. Las características incluyen:

- La raza;
- el color;
- la religión;
- el género;
- la orientación sexual;
- la identidad de género;
- el origen nacional;
- la edad;
- la discapacidad;
- la información genética;
- el estado civil;
- y cualquier otra característica amparada por la ley.

El acoso está prohibido conforme al Título VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Comisión de Igualdad de Oportunidades y la normativa del estado.

Acoso sexual
Según la definición de la Comisión de Igualdad de Oportunidades Laborales de los EE. UU. (*U.S. Equal Employment Opportunity Commission*, «EEOC»), el acoso sexual consiste en cualquier avance sexual no bienvenido, las solicitudes de favores sexuales y otras conductas verbales o físicas de naturaleza sexual, si ocurre cualquiera de los siguientes supuestos:

- La conducta afecta el empleo de un individuo en forma implícita o explícita.
- La conducta interfiere irrazonablemente con el desempeño laboral de un individuo.

- La conducta genera un entorno laboral intimidante, hostil u ofensivo.

El acoso sexual puede incluir diversas conductas, sutiles y no tan sutiles. Puede involucrar a individuos del mismo o distinto género. Algunos ejemplos de acoso sexual prohibido podrían ser, a modo ilustrativo:

- Insinuaciones, contacto, avances o propuestas sexuales;
- abuso verbal de naturaleza sexual;
- comentarios sugerentes o gráficos sobre la vestimenta o el cuerpo de un individuo;
- la descripción de un individuo con palabras sexualmente degradantes;
- la exhibición de imágenes u objetos sexualmente sugerentes, incluidas las fotos con desnudos.

Denuncias de acoso
En el lugar de trabajo, todos se deben comportar de conformidad con el espíritu y la intención de esta política en todo momento. Si un individuo se considera víctima de acoso, puede decidir actuar antes de presentar una denuncia formal. Al hablar con otro individuo acerca del acoso, el individuo debe:

- Enunciar los hechos tal como los ve;
- describir las sensaciones o reacciones en relación con el incidente;
- manifestar qué es lo que quisiera que sucediera en el futuro inmediato.

El individuo puede presentar una denuncia en cualquier momento. Se recomienda que el individuo presente una denuncia ante CDCN inicialmente. Esto le brinda a la Compañía la oportunidad de intervenir y la posibilidad de resolver la situación. No se tolerarán la intimidación ni las represalias contra quienes presenten denuncias. Las denuncias de la percepción de una violación a la presente política se podrán presentar ante la División de Igualdad de Derechos de su estado o ante la Comisión de Igualdad de Oportunidades Laborales de los EE. UU.

Lugar de trabajo libre de drogas y alcohol

El Empleador tiene derecho a un lugar de trabajo libre de drogas y alcohol. No se permite encontrarse en estado de ebriedad ni consumir alcohol o cualquier droga ilegal, en cualquier cantidad, durante el trabajo. La violación de esta práctica puede resultar en la pérdida del trabajo del Empleado.

Confidencialidad y divulgación

La información del Receptor de Servicios es privada. Sus Empleados deben **abstenerse** de compartir cualquier información del Receptor de Servicios. Esto incluye los servicios de atención médica del Receptor de Servicios. Se incluye una Guía de concienciación sobre la privacidad para Empleados sobre la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos en el Apéndice.

Existen algunas circunstancias especiales en las que un Empleado puede divulgar la información del Receptor de Servicios. **Sus Empleados deben informar a CDCN de cualquier situación en la que exista un daño potencial.** También deben informar al Administrador del Caso del Receptor de Servicios y, si fuera necesario, a las autoridades. CDCN podrá enviar estas denuncias a las autoridades correspondientes. Siguen a continuación algunos ejemplos de inquietudes que CDCN puede informar a las autoridades correspondientes.

Cualquier causa razonable para sospechar:

- Que el Receptor de Servicios ha amenazado o representa una amenaza a la seguridad física de un tercero, y de que parece posible que la amenaza se ejecute;
- que el Receptor de Servicios se encuentra en riesgo de un daño físico inminente;
- que ha ocurrido una muerte u otro incidente que se deba informar.

Conclusión de los servicios

CDCN o el Receptor de Servicios podrán disponer la conclusión de los Servicios. El proceso es el siguiente:

Decisión de CDCN

CDCN podrá disponer la conclusión de la relación laboral con un Receptor de Servicios. Conforme a nuestra política, debemos notificar por escrito y en forma anticipada al Receptor de Servicios. No concluiremos los servicios sin ofrecer una capacitación adicional al Receptor de Servicios o sugerir el uso de un Representante Personal. Sin embargo, los servicios podrán concluir de inmediato por violaciones a las políticas de CDCN o a la normativa del estado. Por favor, remítase a la última versión del Contrato de prestación de servicios para obtener más información. Puede encontrar una copia en blanco en el sitio Web de CDCN.

Decisión del Receptor de Servicios

El Receptor de Servicios puede disponer la conclusión de los servicios en cualquier momento; pero es preferible que lo notifique con 30 días de antelación. La conclusión de los servicios puede involucrar la finalización del programa de autogestión o la transferencia de los servicios a otro programa o proveedor.

Informe de cambios en las condiciones/notificaciones a CDCN

El Receptor de Servicios/Empleador y el Empleado deben informar a CDCN dentro de un (1) día hábil de cualquier cambio en:

- El nombre (por favor, presentar una tarjeta de seguro social actualizada);
- la dirección postal;
- el número de teléfono;
- la cuenta bancaria del Empleado (si utiliza el depósito directo);
- el despido o la renuncia de un Empleado;
- las fechas de ingreso y alta de una internación o rehabilitación del Receptor de Servicios;
- la tutela.

La demora en la presentación de esta información puede resultar en un pago demorado o incorrecto.

Entorno de trabajo seguro

El Empleador y el Empleado son responsables de:

- ✓ Mantener un entorno de trabajo sano y seguro.
- ✓ Cumplir todos los requisitos y las leyes federales, estatales y locales en materia de salud y seguridad.

- ✓ Seguir siempre las prácticas y los procedimientos correctos para evitar lesiones y enfermedades.

Por favor, informe cualquier condición que atente contra la seguridad de inmediato al Administrador del Caso del Receptor de Servicios, los Servicios de Protección de Adultos o las autoridades, según corresponda. El número de teléfono de los Servicios de Protección de Adultos se incluye en la página de información de contacto para su conveniencia.

Se incluye un Formulario de verificación de seguridad en el hogar en el Apéndice. Este formulario se puede utilizar para identificar problemas de seguridad en la casa del Receptor de Servicios. El uso de este formulario no es obligatorio, sino que se lo ofrece como recurso.

Prevención de accidentes y seguridad del Empleado

Los Empleados deben seguir los procedimientos habituales para prevenir accidentes y trabajar en forma segura. Se espera que los Empleados cumplan todas las reglas y procedimientos de seguridad. Si se requiere el uso de equipos de protección personal, los Empleados deben usarlos. El Empleador proporcionará los equipos de protección personal, si fuera necesario. Los Empleados deben informar de inmediato de cualquier condición, equipo o práctica que atente contra la seguridad al Empleador o a CDCN.

Seguros

CDCN proporciona un seguro de compensación para trabajadores para sus Empleados.

Si un Empleado se lesiona en el trabajo, DEBE informar la lesión o accidente a su Empleador y llamar de inmediato a la **línea gratuita por lesiones de CDCN (1-888-541-1701).** Si un Empleado no informa una lesión de inmediato, el reclamo por compensación para trabajadores puede demorarse o rechazarse. Véase, Informe de lesiones de Empleados, para obtener más información.

Informe de lesiones de Empleados

Los Empleados que se lesionen en el trabajo DEBEN informar sus lesiones de inmediato. Si un Empleado se lesiona en el trabajo o desarrolla una enfermedad ocupacional, debe seguir estos pasos:

1. **Si la necesita, obtener asistencia médica.**
   - Si la lesión es grave o pone la vida en riesgo: Alguien debería llamar al 911 o llevar al trabajador lesionado a la sala de emergencias más cercana.
   - Si la lesión no pone la vida en riesgo pero requiere tratamiento médico, el trabajador lesionado debería ir a una o clínica con atención inmediata o de emergencia, o a un consultorio médico. Si esto no es posible, debe ir a la sala de emergencias.
2. **Llamar a la línea gratuita por lesiones de CDCN para informar la lesión/enfermedad de inmediato, <u>independientemente de que la lesión parezca grave o no en ese momento.</u>**
   - El Departamento de Gestión de Riesgos tiene una línea de teléfono gratuita para recibir todos los informes de lesiones.
   - El número de teléfono de la línea gratuita por lesiones es: **1-888-541-1701**, y está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana, para recibir informes de lesiones.
     - Si nadie contesta, por favor deje un mensaje y le devolverán la llamada.

Lesiones no ocupacionales

Las lesiones no ocupacionales se deben informar a su oficina local de CDCN. Una de las responsabilidades de CDCN es supervisar el regreso al trabajo de los trabajadores lesionados, para asegurarse de que puedan prestar servicios en forma segura al Receptor de Servicios y para prevenir que la lesión del Empleado empeore.

Presentación de informes de accidentes graves y lesiones del Receptor de Servicios

Los Empleados **DEBEN LLAMAR AL 911,** si un Receptor de Servicios se lesiona o si ocurre un accidente grave que afecte su salud o seguridad.

El Empleado también debe INFORMAR AL INCIDENTE A CDCN Y AL ADMINISTRADOR DEL CASO DEL RECEPTOR DE SERVICIOS DE INMEDIATO. Si un Empleado toma conocimiento de un incidente después de que sucedió, debe asegurarse de que se lo ha informado a CDCN y al Administrador del Caso correspondiente.

CDCN no proporciona servicios médicos ni atención de emergencia. El Receptor de Servicios debe llamar a un médico o al 911, si se encuentra en peligro o tiene una emergencia médica. Si el Receptor de Servicios no puede hacer la llamada, el Empleado debe comunicarse con un médico o llamar al 911.

Fraude contra Medicaid

Los fondos para los servicios del programa provienen de los gobiernos federal y estatal. El abuso o fraude contra este programa de Medicaid es ilegal. La Compañía debe informar al estado de las sospechas de abuso o fraude contra Medicaid.

Los siguientes son algunos ejemplos de abuso o fraude del Receptor de Servicios/Empleador o del Empleado en relación con los fondos de Medicaid:

- Aceptar pagos por tiempo no trabajado.
- Utilizar incorrectamente la Verificación Electrónica de Visitas (*Electronic Visit Verification,* «EVV») de modo que se registre más tiempo del realmente trabajado. «Aumentar» las horas de trabajo, por ejemplo, tomándose un recreo sin restar ese tiempo del registro.
- Modificar los documentos de otras personas.
- Falsificar la firma de un Empleado o Receptor de Servicios/Empleador.
- Presentar un reclamo falso por tiempo trabajado o tareas realizadas, sabiendo que esto no sucedió.
- Sugerir o ayudar a un Receptor de Servicios a obtener servicios o suministros que no son necesarios a causa de su discapacidad.
- No prestar la calidad de los servicios esperados para un Receptor de Servicios.
- Falsificar documentación del empleo.

Todos los casos de posible abuso y fraude contra Medicaid deben informarse de inmediato. También puede informar a la Oficina del Inspector General o llamar a la línea gratuita contra el fraude del Medicaid.

estado. Los números de teléfono se encuentran en la página de información de contacto al comienzo del paquete.

Para obtener capacitación adicional, por favor vea el video de prevención del fraude en el sitio Web de CDCN.

El plan de respaldo del Receptor de Servicios

Habrá momentos en los que un Empleado programado no podrá trabajar. Es importante tener un plan de respaldo para estos momentos. CDCN no podrá proporcionar asistencia, si el Empleado programado para el Receptor de Servicios no puede trabajar. El Empleador tiene la responsabilidad de encontrar un suplente.

Mantener un plan de respaldo actualizado

- El Empleador y el Administrador del Caso tienen la responsabilidad de preparar una lista de escenarios y trabajadores suplentes. La lista deberá utilizarse cuando el Empleado programado no pueda prestar servicios. Los trabajadores suplentes pueden ser amigos, vecinos, feligreses u otros Empleados del Receptor de Servicios.
- Los planes de respaldo deben constar por escrito y archivarse.
- Es importante tener un plan de respaldo y comentarlo con el personal.
- Actualice el plan de respaldo, si hay algún cambio en lo que concierne al personal o sus necesidades.
- Los planes de respaldo deben actualizarse una vez al año.

Planificación para emergencias

La planificación para emergencias es una buena medida para todos. Tener un plan puede ayudar a mantener la seguridad del Receptor de Servicios y a minimizar posibles lesiones o daños. Recuerde tener planes para distintas emergencias. Algunos ejemplos de distintas emergencias son: urgencias médicas, internaciones, incendios, cortes de luz, clima extremo y otras catástrofes naturales.

Consideraciones para la preparación de un plan:

1. Hacer una lista de personas a quienes contactar por cada tipo de emergencia.
2. Hacer un plan sobre cómo contactar a la familia y los Empleados, si ocurre un corte de luz o una catástrofe natural.
3. Hacer una lista de medicamentos y/o equipos que se deban llevar, en caso de evacuación.
4. Organizar la información médica, la información de contacto en caso de emergencia y, si corresponde, las instrucciones sobre la prolongación artificial de la vida. Colocarlo todo junto en un lugar de fácil acceso.
5. Almacenar agua y alimentos para emergencias por clima extremo u otras catástrofes naturales.
6. Converse con los Empleados acerca de la planificación para emergencias e involúcrelos. Es útil conservar la información para emergencias cerca del teléfono. Muestre esta lista al Empleado, y hablen sobre la planificación para emergencias durante la orientación y capacitación.

Otras emergencias para tener en cuenta:

- ¿Cuál es el plan en caso de incendio o corte de luz?
- ¿Cuáles son las rutas de evacuación y a quién deberían llamar?
- En el caso de una emergencia relacionada con la discapacidad del Receptor de Servicios, ¿qué debe hacer el Empleado? ¿A quién debería llamar el Empleado? ¿A dónde debería llevar el Empleado al Receptor de Servicios?
- Algunos Departamentos de Bomberos tienen pegatinas especiales para colocar en la ventana del Receptor de Servicios, de modo que sepan que tiene una discapacidad. De ese modo, los bomberos pueden planificar una evacuación especial, si fuera necesario.
- Las personas que estén utilizando respiradores u otros equipos electrónicos vitales deben estar inscriptas en las compañías eléctricas y estaciones de bomberos, en caso de que se produzca un corte de luz masivo.

Es buena idea colocar el plan de respaldo en la puerta del refrigerador o en un lugar de fácil acceso. De ese modo, el Receptor de Servicios y los Empleados sabrán dónde está y qué hacer, si fuera necesario.

Apéndices

Formulario de verificación de seguridad en el hogar
Guía de concienciación sobre la privacidad para empleados
Programa de prevención del fraude
Abuso, abandono y explotación
Zsecure
Formulario de opinión
Formulario de cambios en las condiciones
Calendario de la nómina de pagos
Respuestas de las capacitaciones requeridas para cuidadores
Lista de módulos de capacitación para cuidadores
Póster de tiempo acumulado de licencia paga por enfermedad

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DE RESIDENCIA

_____	_____	_____
Miembro	**Ubicación**	**Fecha**

INCENDIO:

¿Existe un Plan de Evacuación en caso de un incendio? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Hay Necesidades Especiales que deben tomarse en consideración durante una evacuación? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿En caso afirmativo, cuáles son las Necesidades Especiales? *Ejemplo: Oxígeno en uso.*

_____

_____

_____

¿El departamento de bomberos local ha sido notificado sobre la existencia de una Residencia con Necesidades Especiales? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Número de teléfono de la agencia local de emergencias: _____

ELÉCTRICO:

¿Hay interruptores de falla a tierra o tomas de corriente cerca de los lavabos del baño o la cocina? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Los cables eléctricos se encuentran en condiciones seguras? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Los interruptores eléctricos y las cajas eléctricas tienen cubiertas? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

EQUIPO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS EN EL EDIFICIO:

¿Alguna inquietud con alguno de los siguientes?

Servicios del edificio - ☐ Calefacción ☐ Desagüe ☐ Teléfono ☐ Agua ☐ Electricidad

Equipo de seguridad - ☐ Detector de humo ☐ Extintor ☐ Linterna ☐ Otro: _____

PASILLOS:

¿Limpios, debidamente iluminados, libres de riesgos de tropiezos? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Pasamanos en las escaleras y bordes de balcones? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Rutas de escape de emergencia seguras y sin obstrucciones? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Se han realizado disposiciones para mantener las aceras externas? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Con quién se comunicará si es necesario despejar las aceras?

Nombre: _____ Tel.: _____

SEGURIDAD PERSONAL:

¿El estacionamiento ofrece acceso seguro a la residencia? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Ubicación del estacionamiento: _____

Describa cualquier presunto riesgo de seguridad asociado con su residencia:

_____

_____

_____

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DE RESIDENCIA

Describa los procedimientos para minimizar riesgos: _____

_____

_____

¿Es necesario tener en cuenta mascotas? _____

_____

_____

MATERIALES PELIGROSOS:

¿Los objetos punzocortantes (agujas, etc.) se desechan correctamente? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Hay materiales peligrosos en la residencia?' ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

En caso afirmativo, por favor describa:

_____

_____

_____

OBSERVACIONES/COMENTARIOS ADICIONALES:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

NO DEVUELVA ESTE FORMULARIO A CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

Este formulario es para su uso como miembro. Tiene como propósito ayudarle a identificar asuntos de seguridad en su residencia. Todas las acciones que se toman en respuesta a cualquier asunto que pueda surgir tras completar la Verificación de Seguridad de la Residencia son responsabilidad exclusiva del miembro.

GUÍA DE CONCIENTIZACIÓN SOBRE LA PRIVACIDAD – CUIDADORES

Como cuidador de una persona que recibe servicios de Medicaid de Consumer Direct Care Network (CDCN), es probable que vea o escuche información personal perteneciente a los destinatarios de nuestros servicios. Todos los días, los cuidadores están expuestos a información personal al prestar servicios necesarios. Dado que la información personal es información delicada, debemos tomar precauciones para protegerla, ya que su divulgación podría perjudicar a las personas a las que pertenece. Por ello, CDCN pide a los cuidadores que respeten las leyes federales y estatales de privacidad.

Esta Guía le preparará para reconocer la Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés). Conocerá las políticas y procedimientos de CDCN para proteger la PHI, así como el uso y la divulgación adecuados de PHI. Esta Guía está destinada los cuidadores que participan en programas de Agentes Fiscales de Empleadores. Nada en este documento crea una relación laboral entre usted, el cuidador, y CDCN.

Comuníquese con su oficina local de CDCN o a InfoPrivacy@consumerdirectcare.com si tiene preguntas o inquietudes sobre los temas de esta Guía.

INTRODUCCIÓN A LA PHI

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

La PHI es cualquier información de un destinatario de servicios que tenga un identificador único y pueda utilizarse para identificar a una persona. Algunos ejemplos de PHI de un destinatario de servicios son su:

- Nombre completo
- Número de Seguro Social
- Fecha de nacimiento
- Diagnóstico médico
- Dirección
- Número telefónico
- Expediente médico
- Número de cuenta
- Dirección de correo electrónico

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS LEYES DE PRIVACIDAD

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA)

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que obliga a las empresas y a sus empleados a mantener la privacidad y seguridad de la PHI de las personas que reciben atención médica. En concreto, la HIPAA explica cuándo se puede utilizar o divulgar la PHI.

Principales formas en que las normas de la HIPAA protegen la PHI:

- La PHI solo se puede compartir con el consentimiento de la persona o cuando la HIPAA lo permite específicamente.
- La PHI solo se puede cambiar o destruir mediante los procedimientos descritos en la HIPAA; esto protege la integridad de la información.
- La HIPAA proporciona protecciones generales adicionales en materia de seguridad y privacidad.

¿QUIÉN DEBE CUMPLIR LA HIPAA?

La ley HIPAA federal exige a los proveedores de atención médica y a sus socios comerciales que protejan la PHI de una divulgación indebida. CDCN y los empleados de los destinatarios de nuestros servicios deben cumplir siempre las normas de la HIPAA.

PROTECCIÓN DE LA PHI

La HIPAA nos obliga a asegurarnos de que la PHI esté protegida y no se comparta con las personas equivocadas. Se debe proteger y mantener la confidencialidad de la PHI en forma manuscrita, impresa, electrónica o verbal.

CONFIDENCIALIDAD DE LA PHI

La causa más común de divulgaciones no autorizadas de la PHI es el error humano, que se puede prevenir. A continuación, se indican las mejores prácticas para ayudarle a proteger la PHI:

- Mantener la confidencialidad de toda la PHI
  - Trate la PHI conforme al principio de la "necesidad de saber". Comparta la menor cantidad de información posible sobre el destinatario de servicios con el menor número de personas necesario para completar su tarea. Esto incluye a otros destinatarios de servicios o cuidadores.
  - No lleve a personas no autorizadas al hogar de un destinatario de servicios sin el permiso previo de este.
  - Sea consciente de quién está a su alrededor cuando hable por teléfono. Reduzca al mínimo la PHI compartida por teléfono y no comparta información si hay alguien que no sea un empleado cerca.
  - No deje PHI en un lugar en el que otras personas puedan verla.
  - Solo use canales seguros para enviar PHI a CDCN. Si no puede enviar la PHI, incluidas las hojas de asistencia, utilizando un método seguro, obtenga el permiso del destinatario de los servicios antes de enviar la PHI por un método no seguro.
- Limite la distribución
  - No hable sobre la PHI en áreas públicas como elevadores, baños, áreas de recepción u otras zonas en las que le puedan escuchar.
  - Asegúrese siempre de proporcionar PHI solo a personas que estén autorizadas para tenerla.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA PHI

¿CUÁLES SON LOS "USOS Y DIVULGACIONES" DE LA PHI SEGÚN LA HIPAA?

Uso: se produce cuando una empresa que conserva PHI comparte, analiza o examina la información.

Divulgación: se produce cuando la PHI es compartida, transferida o revelada de cualquier forma por la persona o empresa que posee la información.

¿CUÁNDO SE PUEDE DIVULGAR LA PHI?

De acuerdo con la política de CDCN, la PHI solo se puede usar o divulgar cuando se cumpla una o varias de las siguientes condiciones:

1. El destinatario de los servicios o su representante designado aceptó el uso o la divulgación.
2. El destinatario de los servicios o su representante designado permite que se comparta información con una persona implicada en su atención médica.
3. La PHI se comparte con los siguientes:
    - El destinatario de los servicios o su representante designado.
    - El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
    - CDCN o el proveedor del programa Medicaid del destinatario de los servicios.
4. El uso o la divulgación se ajusta a una de las excepciones de consentimiento de la HIPAA.

La PHI divulgada fuera de estas situaciones se considera una Divulgación No Autorizada. Comuníquese con su oficina local, supervisor o a InfoPrivacy@consumerdirectcare.com si tiene dudas sobre si una divulgación está autorizada.

DIVULGACIONES NO AUTORIZADAS

¿QUÉ SON LAS "DIVULGACIONES NO AUTORIZADAS" DE PHI?

Las "divulgaciones no autorizadas" de PHI ocurren cuando se comparte o divulga PHI sin consentimiento de la persona, o alguna otra autorización en virtud de la HIPAA.

Los ejemplos de divulgaciones no autorizadas incluyen:

- Compartir la identidad o información de un destinatario de servicios con un tercero no autorizado.
- Llevar a un tercero al hogar de un destinatario de servicios sin permiso.
- Hablar sobre un destinatario de servicios en presencia de un tercero no autorizado.

DENUNCIA DE DIVULGACIONES DE PHI

El Oficial de Privacidad de CDCN gestiona nuestro Programa de Privacidad. Si le preocupa que se haya divulgado PHI sin autorización o en contravención de la Política de Privacidad de CDCN, informe de inmediato a su Coordinador de Servicios y envíe un correo electrónico a InfoPrivacy@consumerdirectcare.com para denunciar el incidente.

SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO

Se pueden imponer graves sanciones penales y civiles a CDCN o los empleados de CDCN por divulgar PHI de forma incorrecta, incluso si se trata de un accidente. Tanto CDCN como el cuidador particular pueden ser considerados directamente responsables, y las multas pueden oscilar entre $100 y $1,500,000.

Recuerde proteger la PHI en todo momento y notifique de inmediato a su oficina local si sospecha que hubo una divulgación no autorizada.

Maltrato, abandono y explotación

El maltrato, el abandono y la explotación son asuntos difíciles de abordar, pero probablemente son los más importantes con los que debemos lidiar. La mayoría de los trabajadores proporcionan excelente atención. Sin embargo, algunos trabajadores pueden aprovecharse de las personas para las que trabajan que necesitan su ayuda. Por su propia seguridad, deseamos asegurarnos de que sepa qué es el maltrato y cómo lidiar con él si le sucede a usted. Por favor notifique a su Coordinador del Programa o Administrador de Caso si ha ocurrido maltrato, abandono o explotación. Ellos podrán ayudarle a preparar un plan de seguridad. El maltrato, el abandono y la explotación van en contra de la ley.

Los diferentes tipos de maltrato son:

Maltrato físico incluye golpear, abofetear, pellizcar, patear y otras formas de trato brusco. Si un trabajador hace algo intencionalmente para causarle dolor físico, podría tratarse de maltrato físico. Por ejemplo, supongamos que usted se cayó. Su trabajador se enoja, lo sujeta y lo levanta agresivamente. Termina con moretones en los brazos.

Maltrato verbal significa cualquier ocasión en la que un trabajador utiliza gestos o palabras, ya sean habladas o escritas, que buscan insultarlo, atacarlo o hacerlo sentir mal. Por ejemplo: usted olvidó tomarse sus pastillas y su trabajador le dice "usted es tan estúpido".

Maltrato psicológico sucede si un trabajador utiliza acciones o hace comentarios que tienen como propósito humillarlo, amenazarlo o causarle daño emocional. Por ejemplo, su trabajador le dice constantemente "usted no puede cuidarse a sí mismo. Sin mí no sería nada".

Abuso sexual incluye cualquier molestia, tocamiento indeseado o ataque sexual. Cualquier comportamiento sexual por parte de un trabajador que lo haga sentir incómodo constituye maltrato sexual. Por ejemplo, si su trabajador le toca el pecho al darle un baño.

Abandono significa que un trabajador no satisface sus necesidades básicas de alimento, higiene, ropa y mantenimiento de la salud. El abandono incluye casos repetidos de descuido. Luego de haberle dado al proveedor de servicios/trabajador indicaciones sobre estas cosas, este deberá asegurarse de que sus necesidades básicas se satisfagan. Por ejemplo, su trabajador regularmente consume su mejor comida. Más tarde cocina comidas para usted con sobras, pero estas comidas no son balanceadas y no tienen en cuenta sus restricciones alimenticias.

Explotación sucede cuando usted confía en alguien y esa persona le miente o lo asusta a fin de tomar o hacer uso de sus bienes o dinero para sí mismo. Un ejemplo de explotación sería un trabajador que toma algo de valor que le pertenece a usted sin su permiso. Por ejemplo, llevarse su televisión, reproductor de DVD o automóvil sin pedir su permiso constituye explotación. Si su trabajador le pide que lo incluya en su cuenta bancaria, eso constituye explotación. Por ejemplo, su trabajador lo convence que de incluir su nombre en su cuenta de cheques. Posteriormente toma dinero de su cuenta diciéndole que es por el tiempo extra que ha trabajado.

Si siente que un trabajador está maltratándolo o explotándolo, hágase cargo de la situación de inmediato. Si el maltrato es lleve, puede intentar hablar con el trabajador:

- Dígale qué acciones o comportamientos no le agradan.

- Dígale al trabajador que si los comportamientos no se detienen de inmediato, se verá obligado a encontrar otro trabajador.

Este planteamiento puede ser efectivo para un trabajador que quizás no esté al tanto de lo que usted siente. Esté listo para tomar más medidas de inmediato si los comportamientos no se detienen.

En la mayoría de los casos de maltrato, debe despedir al trabajador de inmediato. **NO** tolere el maltrato. Protéjase. Su seguridad es la prioridad. Recuerde que puede usar su Plan de Respaldo y Emergencia para recurrir a un trabajador de "contingencia" si tiene que despedir a alguien a causa de maltrato.

Cómo reconocer posible maltrato

- ¿Su cuidador ignora sus instrucciones y solicitudes?
- ¿Su cuidador comete errores y luego lo culpa a usted o a otras personas?
- ¿Su cuidador le hace preguntas personales no relacionadas con su cuidado, por ejemplo sobre la manera en que maneja sus finanzas?
- ¿Su cuidador se come su comida sin pedir permiso?
- ¿Su cuidador realiza comentarios indeseados sobre su apariencia, peso, atuendo, habla, hábitos alimenticios, etc.?
- ¿Ocasionalmente encuentra menos dinero en su billetera de lo que esperaba?
- ¿Hay cambios que desconoce en su cuenta de cheques o tarjeta de crédito?
- ¿Su cuidador intenta controlar sus elecciones, como la ropa que usa y lo que come?

Si respondió "sí" a cualquiera de estas preguntas, existe la posibilidad de que haya maltrato.

Todas las personas empleadas por Consumer Direct Care Network están obligadas a denunciar presunto maltrato, abandono, explotación o descuido de uno mismo. Esto significa que si usted nos notifica sobre un incidente de maltrato, debemos denunciarlo. Por favor denuncie cualquiera de los siguientes actos a nuestra oficina de inmediato:

- Someter, o amenazar con someter a un miembro o una persona de su hogar a coacción o maltrato físico, sexual o mental
- Explotar a un miembro para obtener un beneficio financiero o no despedir a un cuidador que ha explotado a un miembro para estos fines
- Robo de medicamento, dinero, propiedad, suministros, equipo u otros bienes de un miembro
- No denunciar un robo conforme a lo descrito en esta sección
- No eliminar el contacto de un miembro con cualquier empleado que se encuentre bajo la influencia de drogas o alcohol mientras presta servicios a un miembro, o cuyo uso de drogas o alcohol interfiere con su desempeño laboral o la seguridad del miembro
- Violar o permitir deliberadamente que un empleado viole leyes federales o estatales que regulan los medicamentos con receta y sustancias controladas, lo que incluye falsificar recetas y distribución ilegal
- No denunciar hechos conocidos a la agencia proveedora o al cuidador de la agencia sobre conducta o práctica ilegal o incompetente de un proveedor de cuidados en conexión con el servicio

- Realizar, o permitir que el cuidador realice un servicio que vaya más allá del entrenamiento profesional de la persona
- No realizar los actos que se encuentran dentro del ámbito de habilidades y capacitación de la persona, que sean necesarios para evitar daños o para aumentar el riesgo de daño al miembro
- Violar las disposiciones de divulgación de información de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996
- Discriminar o permitir que un cuidador discrimine con base en la raza, religión, color, nación de origen, ascendencia o sexo en la prestación de cuidados al miembro

Recuerde, las denuncias de maltrato, abandono y explotación tienen que investigarse. Cuando los Servicios de Protección de Adultos reciban una denuncia, se comunicarán con usted para obtener más información. No se alarme. Su trabajo es mantener al público seguro.

Gestión y denuncia de incidentes
La gestión de incidentes se refiere a la prevención y denuncia de maltrato, abandono o explotación de los miembros. En caso de que suceda un incidente, el miembro, cuidador u otra parte debe:

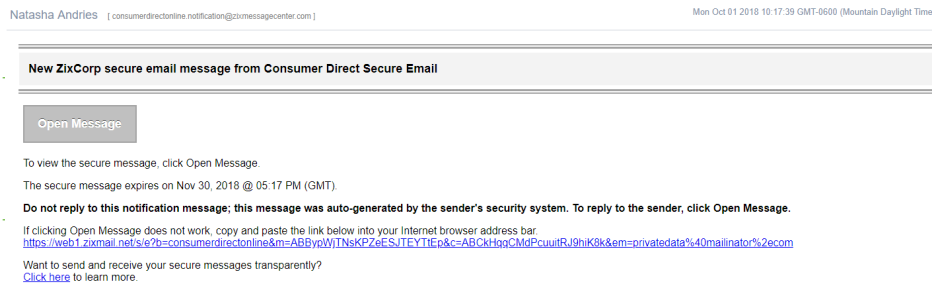
- Garantizar la seguridad del miembro
- Obtener la asistencia médica que resulte necesaria
- Involucrar a las fuerzas del orden público como resulte necesario
- Denunciar los incidentes al departamento de servicios humanos de su condado

Los ejemplos de incidentes que deben denunciarse incluyen:

- **Maltrato, abandono y explotación**
  - **Maltrato** significa infligir intencionalmente una lesión, confinamiento desmedido, intimidación o castigo que dé pie a daño físico, dolor o sufrimiento mental a un miembro.
  - **Abandono** significa no brindar los bienes y servicios necesarios para evitar daño físico, sufrimiento mental o enfermedad mental al miembro.
  - **Explotación** significa el extravió deliberado, explotación o uso ilegal, temporal o permanente, de las pertenencias o dinero del miembro sin el consentimiento voluntario e informado del miembro.
- **Muerte**
  - **Muerte inesperada** - muerte causada por un accidente o una causa desconocida o inesperada.
  - **Muerte natural o esperada -** cualquier muerte de un individuo causado por una enfermedad a largo plazo, un padecimiento médico crónico diagnosticado u otro padecimiento natural o esperado que lleve a la muerte.
- **Otros incidentes que deben reportarse**
  - **Peligro ambiental -** una condición insegura que crea una amenaza inmediata a la vida o salud del miembro.
  - **Intervención de las fuerzas del orden público** - el arresto o detención de una persona por parte de las fuerzas del orden público, la intervención de las fuerzas del orden público en un incidente o evento o colocación de una persona en una institución penal.
  - **Servicios de emergencia** - admisión a un hospital o instalación psiquiátrica o prestación de servicios de emergencia que dé pie a atención médica no anticipada para el miembro y que por lo regular no prestaría un proveedor de atención primaria.

Cómo acceder al correo electrónico seguro

Consumer Direct utiliza un sistema de mensajes seguro para enviar información medica protegida. A continuación se encuentra un ejemplo de un mensaje seguro. Este mensaje no es "spam", por favor no lo elimine.


Natasha Andries [consumerdirectonline.notification@zixmessagecenter.com]

Mon Oct 01 2018 10:17:39 GMT-0600 (Mountain Daylight Time

New ZixCorp secure email message from Consumer Direct Secure Email

Open Message

To view the secure message, click Open Message.

The secure message expires on Nov 30, 2018 @ 05:17 PM (GMT).

Do not reply to this notification message; this message was auto-generated by the sender's security system. To reply to the sender, click Open Message.

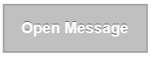
If clicking Open Message does not work, copy and paste the link below into your Internet browser address bar.
https://web1.zixmail.net/s/e?b=consumerdirectonline&m=ABBypWjTNsKPZeESJTEYTtEp&c=ABCkHqgCMdPcuuitRJ9hiK8k&em=privatedata%40mailinator%2ecom

Want to send and receive your secure messages transparently?
Click here to learn more.

Figura 1: Nuevo mensaje de correo electrónico seguro de ZixCorp

Paso a paso

1 Haga clic en el botón **Open Message** (abrir mensaje) *(Figura 1)* o utilice un navegador web y diríjase a: : https://web1.zixmail.net/s/e?b=consumerdirectonline



2 Si esta es la primera vez que encuentras un correo electrónico seguro de Consumer Direct, será necesario que se registre. **Este es un sitio distinto del portal web en el que inicia sesión. Cree una contraseña. Las contraseñas deben cumplir con las reglas establecidas. Introduzca su contraseña y haga clic en el botón register (registrar) (Figura 2)**.

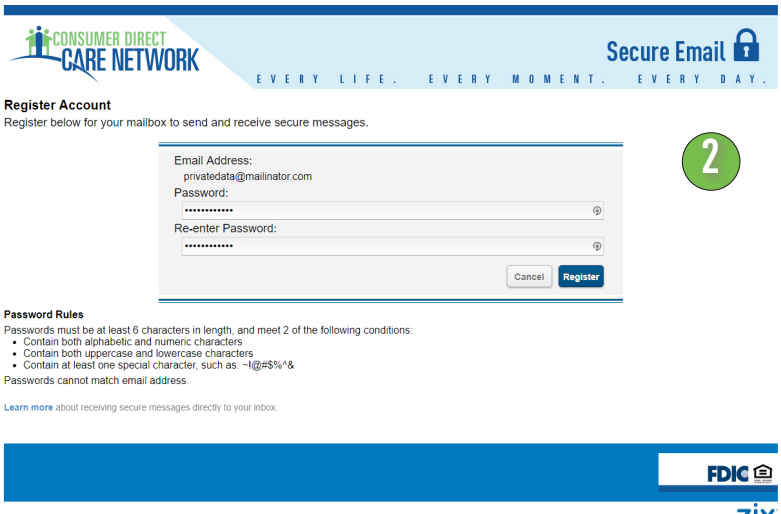


Figura 2: Página de registro para recibir mensajes de correo electrónico seguros.

©CDCN 2019

Cómo acceder al correo electrónico seguro, cont.

2 (Cont.) Si se ha registrado anteriormente, aparecerá la pantalla de inicio de sesión que se ve a continuación. Introduzca su contraseña y haga clic en el botón de sign in (inicio de sesión) *(Figura 3)*.

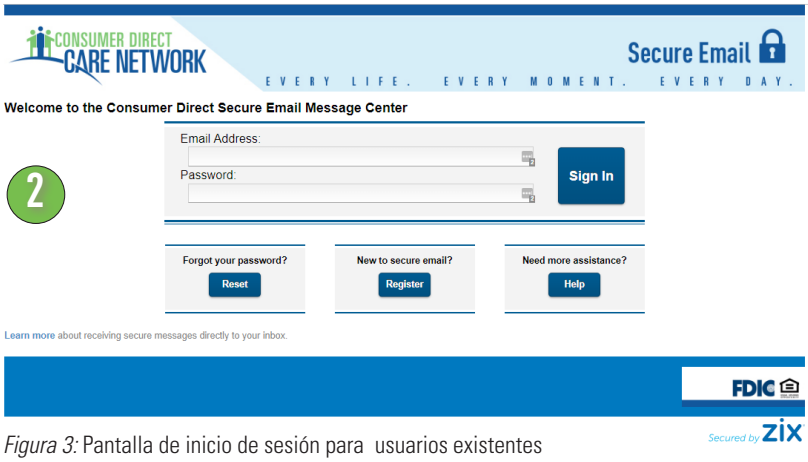


Figura 3: Pantalla de inicio de sesión para usuarios existentes

3 Después de iniciar la sesión, podrá leer y responder a sus mensajes, *(Figura 4)*. Los mensajes expiran tras un periodo de tiempo, así que imprímalos o guárdelos si desea conservarlos. Recuerde revisar frecuentemente su carpeta de spam/junk (correo no deseado).

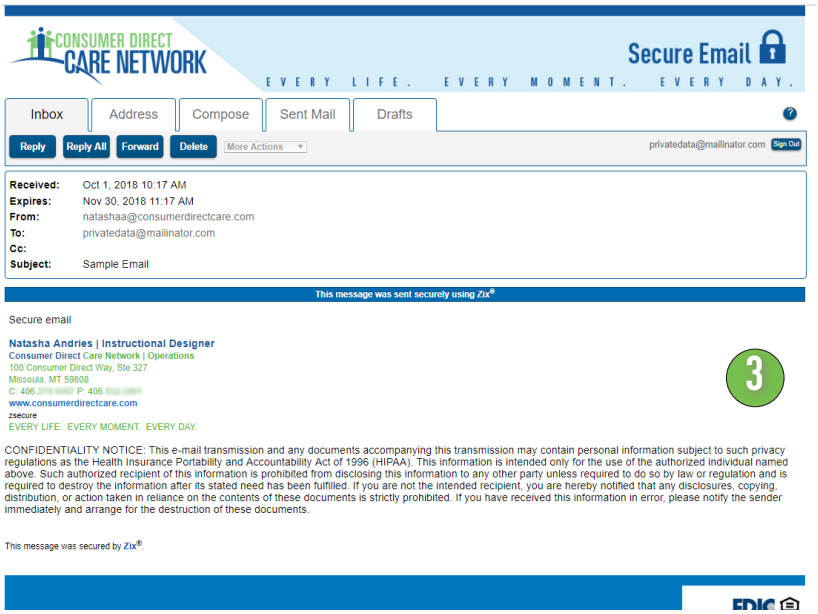


Figura 4: Muestra de un correo electrónico seguro.

 ©CDCN 2019

Cómo cambiar la contraseña de su correo electrónico seguro

1. Desde la pantalla de inicio de sesión de correo electrónico seguro, haga clic en el botón Reset (restablecer) bajo la sección **Forgot Your Password** (¿olvidó su contraseña?) (*Figura 3*).

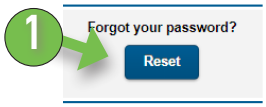
2. Introduzca su dirección de correo electrónico y una nueva contraseña. Haga clic en el botón de restablecer *(Figura 5)*.

3. Podrá ver una notificación que indica que se ha enviado una confirmación de restablecimiento a su dirección de correo electrónico *(Figura 6)*.

4. Desde su correo electrónico, haga clic en el vínculo para activar o declinar su nueva contraseña *(Figura 7)*.

5. Haga clic en el botón activate (activar) para aceptar su nueva contraseña *(Figura 8)*.

6. Recibirá un mensaje de confirmación luego de hacer clic en el vínculo de activación. Haga clic en el botón de continuar para pasar a la página de inicio de sesión *(Figura 9)*.



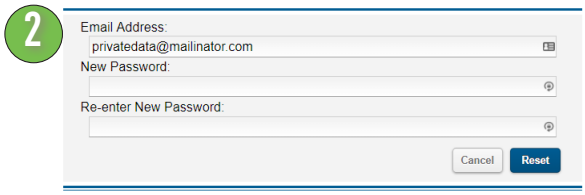


Figura 5: Campos de restablecimiento de contraseña.

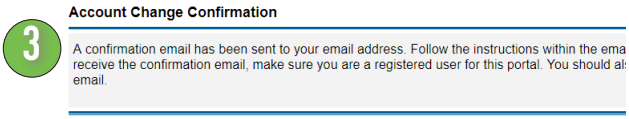


Figura 6: Confirmación de cambio de cuenta cuentacuenteacuenta).

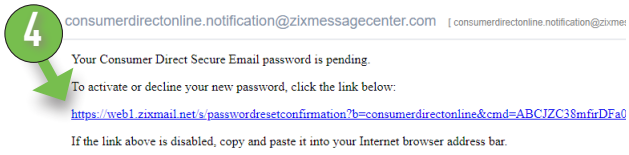


Figura 7: Notificación de cambio pendiente a la contraseña del correo electrónico seguro.

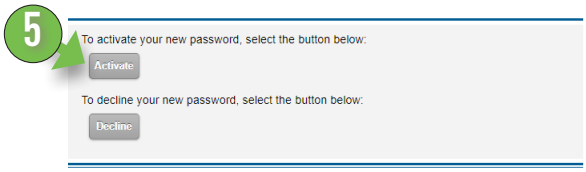


Figura 8: Botones de Activate (activar) o Decline (declinar).

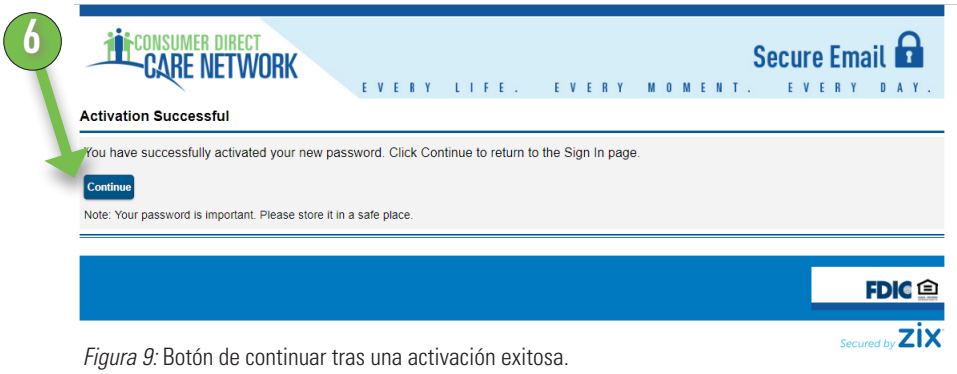


Figura 9: Botón de continuar tras una activación exitosa.

©CDCN 2019

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

FORMULARIO DE QUEJAS Y RECLAMOS

Instrucciones: Por favor, complete todas las secciones excepto la parte en gris al final de la página. Envíe el formulario por correo o fax a Consumer Direct Care Network, a la dirección o el número de fax que se detalla a continuación.

Nombre: _____ **Fecha:** _____
(en imprenta)

Carácter (seleccionar uno): ☐ **Consumidor** ☐ **Cuidador** ☐ **Representante Personal**
☐ **Administrativo** ☐ **Otro** _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Nro. de teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

Por favor, marque el casillero que corresponda: ☐ **Agradecimiento** ☐ **Sugerencia**
☐ **Queja** ☐ **Reclamo**

¿Le gustaría que nos comuniquemos con usted? ☐ **Sí** ☐ **No**
En caso afirmativo, cómo: ☐ **teléfono** ☐ **correo electrónico** ☐ **correo postal**

Por favor, describa el agradecimiento, la sugerencia, la queja o el reclamo:

Por favor, envíe el formulario completo por correo o fax a: Consumer Direct Care Network
50 North Alvernon Way
Tucson, AZ 86711-2801
Fax gratuito: 877-398-8413

Para uso oficial de Consumer Direct:
Fecha de recepción: ____/____/_____ Firma: _____
Medidas implementadas: ☐ Resuelto ☐ No resuelto ☐ Presentado al Administrador del Programa
Plan: (Por favor, utilizar el reverso del formulario).

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

FORMULARIO DE CAMBIO DE ESTATUS

Nombre: _____ **Fecha efectiva del cambio:** _____

Titular del Número de identificación del empleador (EIN) (Si aplica): _____

☐ Receptor del servicio (Cliente, Consumidor, Miembro) ☐ Parte Gestora (PR, LR, DR) ☐ Empleador/Cuidador

Instrucciones: Marque las casillas correspondientes y complete la nueva información. Proporcione documentación de respaldo si se le socita.

Cambios en la oficina local			
☐ **Cambio de dirección**	Dirección postal (Ciudad, Estado, C.P.):		
	Física (Ciudad, Estado, C.P):		
☐ **Cambio de número telefónico**	Hogar:	Trabajo:	Móvil:

Cambios en la oficina local además de en CDMS			
☐ **Cambio de nombre** *proporcionar documentación de respaldo (tarjeta de seguro social) con este formulario	Nombre anterior:		
	Nuevo nombre:		
☐ **Cambio de número de seguro social (SSN)** *proporcionar documentación de respaldo (tarjeta de seguro social) con este formulario	SSN anterior:		
	Nuevo SSN:		
☐ **Cambio de fecha de nacimiento** *proporcionar documentación de respaldo con este formulario	Fecha de nacimiento anterior:		
	Nueva fecha de nacimiento:		
☐ **Nuevo titular de EIN** *se requiere papeleo de respaldo - comuníquese con su coordinador	Nuevo titular de EIN:		
☐ **Cambios en el tipo de pago del cuidador** *requiere documentación de respaldo - formulario de selección de pago completado	☐ Agregar tarjeta de pago ☐ Agregar depósito directo	☐ Cancelar tarjeta de crédito ☐ Cancelar depósito directo	☐ Cambiar depósito directo ☐ Otro:
☐ **Cambios en el salario del cuidador** *requiere papeleo y aprobación; comuníquese con su coordinador	Nombre del receptor del servicio: Nuevo salario: Código(s) de servicio:	☐ Nueva modificación en el acuerdo salarial ☐ Cambio en el acuerdo salarial ☐ Terminación del acuerdo salarial	
Destinatario del servicio - ☐ **Reactivación** ☐ **Desactivación** ☐ **Retener** ☐ **Transferir** *el cambio de autenticación requiere documentación de respaldo	Explicación: ☐ Reactivar solo con propósitos de facturación		
Empleado / cuidador - ☐ **Reactivación** ☐ **Despido** ☐ **Espera** *en caso de despido, de ☐ Compañía o ☐ Destinatario del servicio individual *la reactivación requiere documentación de respaldo	Nombre del destinatario del servicio: Quién despidió al empleado / cuidador: ☐ Renunció ☐ Destinatario del servicio ☐ Desconocido Se dio un aviso de dos semanas: ☐ Sí ☐ No Explicación:		
☐ **Cambio de ubicación de empleado / cuidador**	Ubicación previa:	Nueva ubicación:	
Otra / información adicional:			

_____ _____

Firma del destinatario del servicio, parte administradora o empleado Fecha

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

Calendario de Nómina 2024

Clave de símbolos: ◯ Día de pago △ Dias festivos y postales

ENERO

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
	△1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	◯12	13
14	△15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	◯26	27
28	29	30	31			

FEBRERO

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
				1	2	3
4	5	6	7	8	◯9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	△19	20	21	22	◯23	24
25	26	27	28	29		

MARZO

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
					1	2
3	4	5	6	7	◯8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	◯22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

ABRIL

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
	1	2	3	4	◯5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	◯19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

MAYO

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
			1	2	◯3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	◯17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	△27	28	29	30	◯31	

JUNIO

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	◯14	15
16	17	18	△19	20	21	22
23	24	25	26	27	◯28	29
30						

JULIO

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
	1	2	3	△4	5	6
7	8	9	10	11	◯12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	◯26	27
28	29	30	31			

AGOSTO

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
				1	2	3
4	5	6	7	8	◯9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	◯23	24
25	26	27	28	29	30	31

SEPTIEMBRE

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
1	△2	3	4	5	◯6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	◯20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

OCTUBRE

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
		1	2	3	◯4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	△14	15	16	17	◯18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

NOVIEMBRE

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
					◯1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	△11	12	13	14	◯15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	◯27	△28	29	30

DICIEMBRE

Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	◯13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	△25	26	◯27	28
29	30	31				

Dias festivos en oficina y postales en 2024

*Cierre de oficinas de Consumer Direct Care Network

- ***Día de Año Nuevo** - Lunes, 1 de Enero
- ***Día de Martin Luther King, Jr.** - Lunes, 15 de Enero
- **Día de los Presidentes** - Lunes, 19 de Febrero
- ***Día de los Caídos** - Lunes, 27 de Mayo
- ***Juneteenth** - Miércoles 19 de Junio
- ***Día de la Independencia** - Jueves, 4 de Julio
- ***Día del Trabajo** - Lunes, 2 de Septiembre
- **Día de Colón** - Lunes, 14 de Octubre
- ***Día de los Veteranos** - Lunes, 11 de Noviembre
- ***Día de Acción de Gracias** - Jueves, 28 de Noviembre
- ***Día de Navidad** - Miércoles 25 de Diciembre

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

Las semanas laborales son de Domingo a Sábado. Debes enviar tiempo tu diariamente usando EVV. Las correcciones deben ser entregadas antes de la fecha límite. El retraso en el tiempo o el tiempo con errores puede resultar en un pago atrasado. ¡Gracias!

Periodo de paga de dos semanas		Fecha limite de correcciones a tiempo	Fecha de pago
Fecha de inicio	Fecha de finalización		
Domingo	**Sábado**	**Lunes**	**Viernes**
12/17/2023	12/30/2023	1/1/2024	1/12/2024
12/31/2023	1/13/2024	1/15/2024	1/26/2024
1/14/2024	1/27/2024	1/29/2024	2/9/2024
1/28/2024	2/10/2024	2/12/2024	2/23/2024
2/11/2024	2/24/2024	2/26/2024	3/8/2024
2/25/2024	3/9/2024	3/11/2024	3/22/2024
3/10/2024	3/23/2024	3/25/2024	4/5/2024
3/24/2024	4/6/2024	4/8/2024	4/19/2024
4/7/2024	4/20/2024	4/22/2024	5/3/2024
4/21/2024	5/4/2024	5/6/2024	5/17/2024
5/5/2024	5/18/2024	5/20/2024	5/31/2024
5/19/2024	6/1/2024	6/3/2024	6/14/2024
6/2/2024	6/15/2024	6/17/2024	6/28/2024
6/16/2024	6/29/2024	7/1/2024	7/12/2024
6/30/2024	7/13/2024	7/15/2024	7/26/2024
7/14/2024	7/27/2024	7/29/2024	8/9/2024
7/28/2024	8/10/2024	8/12/2024	8/23/2024
8/11/2024	8/24/2024	8/26/2024	9/6/2024
8/25/2024	9/7/2024	9/9/2024	9/20/2024
9/8/2024	9/21/2024	9/23/2024	10/4/2024
9/22/2024	10/5/2024	10/7/2024	10/18/2024
10/6/2024	10/19/2024	10/21/2024	11/1/2024
10/20/2024	11/2/2024	11/4/2024	11/15/2024
11/3/2024	11/16/2024	11/18/2024	11/27/2024 (Mié)
11/17/2024	11/30/2024	12/2/2024	12/13/2024
12/1/2024	12/14/2024	12/16/2024	12/27/2024
12/15/2024	12/28/2024	12/30/2024	1/10/2025
12/29/2024	1/11/2025	1/13/2025	1/24/2025

Consumer Direct Care Network Arizona
50 N. Alvernon Way
Tucson, AZ 85711-2801

Teléfono: 888-398-8409
Fax: 877-398-8413
Correo electrónico: infoCDAZ@ConsumerDirectCare.com
Página web: www.ConsumerDirectAZ.com

Clave de Respuesta a las Capacitaciones Requeridas para Cuidadores

CUESTIONARIO DE CONCIENTIZACION SOBRE LA PRIVACIDAD Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

1. a.
2. a.
3. Verdad
4. a,b,d,e,h,i
5. d.
6. c.
7. b.
8. Verdad
9. Falso

CONTROL DE INFECCIONES

1. Falso
2. Verdadero
3. Falso
4. Verdadero
5. Falso
6. Verdadero
7. Falso
8. Falso
9. Falso
10. Verdadero
11. Verdadero
12. Verdadero
13. Verdadero

ELEVACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES

1. Falso
2. Verdadero
3. Verdadero
4. Falso
5. Falso
6. Verdadero
7. Falso
8. Verdadero
9. Verdadero
10. Falso
11. Verdadero

CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

LISTA DE MÓDULOS DE CAPACITACIÓN PARA CUIDADORES

- Abuso y abandono
- Alzheimer
- Instrucciones anticipadas
- Artritis
- Dispositivos de asistencia
- Autismo
- Nutrición e hidratación básicas
- Consejos para el baño
- Ser asertivo
- Declaración de derechos
- Azúcar en sangre
- Cáncer
- Proceso de planificación de la atención
- Peligros químicos
- Clientes combativos
- Regímenes prescritos habitualmente
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- EPOC
- Pensamiento crítico
- Diversidad cultural
- Servicio al cliente
- Fibrosis quística
- Demencia
- Depresión
- Diabetes
- Vestir y acicalar
- Actividad en la tercera edad
- Pérdida emocional
- Enfermedades oculares
- Factores de riesgo de caída
- Alimentar a los clientes
- Consejos sobre primeros auxilios
- Gripe
- Preparación e inocuidad de los alimentos
- Trastornos GI
- Lavado de manos
- Enfermedades auditivas
- Infarto cardíaco
- VIH y sida
- Hospicio
- Cómo usar un elevador Hoyer
- Hipertensión
- Incontinencia
- Enfermedad renal
- Mantener la distancia profesional
- Clientes con enfermedad mental
- Clientes con retraso mental
- Esclerosis múltiple
- Envejecimiento normal
- Ostomías
- Manejo del dolor
- Parkinson
- Cuidados bucales
- Bienestar personal
- Prevención de escaras
- Rango de movimiento
- Documentación y presentación de informes
- Traslados seguros
- Convulsiones
- Traumatismos de la médula espinal
- Fumar
- Espina bífida
- Infarto (ACV)
- Abuso de sustancias
- Actualización sobre tuberculosis
- Gestión del tiempo
- Signos vitales
- Cierre asistido por vacío («VAC») de las heridas (solo lectura)

LEY GENERAL DE SALARIOS JUSTOS Y FAMILIAS SANAS
(*FAIR WAGES AND HEALTHY FAMILIES ACT*)

Tiempo Pagado por Enfermedad Devengado

EXENCIONES: La Ley General de Salarios Justos y Familias Sanas (la "Ley General") no tendrá vigencia para las personas que sean empleadas de padres de familia o hermanos; cualquier persona que trabaje informalmente en el hogar de los patronos proporcionando servicios de cuidado de menores; o cualquier persona que sea empleada del Estado de Arizona o del gobierno de los Estados Unidos.

DERECHOS Y CANTIDADES: A partir del 1 de julio del 2017, los empleados tendrán derecho a tiempo pagado por enfermedad devengado y acumularán por lo menos una hora de tiempo pago por enfermedad devengado por cada 30 horas que trabajen, a tenor con las limitaciones siguientes :

- Los empleados cuyos patronos tengan menos de 15 empleados podrán acumular o usar 24 horas de tiempo pago por enfermedad devengado al año.
- Los empleados cuyos patronos tengan 15 empleados o más sólo podrán acumular o usar 40 horas de tiempo pagado por enfermedad devengado al año.

Se les permitirá a los patronos escoger límites mayores de acumulación y uso.

CONDICIONES DE USO: El tiempo pagado por enfermedad devengado podrá usarse para los propósitos siguientes: (1) atenciones médicas o mentales o enfermedades, lesiones o condiciones de salud física; o (2) emergencia de salud pública; y (3) ausencias debidas a violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato o acosamiento. Los empleados podrán usar el tiempo pagado por enfermedad devengado para sí mismos o para familiares. *Véase* la fracción § 23-373 de las Leyes Actualizadas de Arizona (*Arizona Revised Statutes*) para más información.

REPRESALIAS Y DISCRIMEN PROHIBIDOS: Se les prohíbe a las entidades patronales discriminar contra otras personas o someterlas a represalias por: (1) afirmar sus reclamaciones o derechos de conformidad con la Ley General; (2) ayudar a cualquier otra persona a afirmar esto; o (3) informarle a cualquier otra persona sus derechos de conformidad con la Ley General.

EJECUCIÓN: Cualquier persona u organización podrá presentar una querella ante el Departamento del Trabajo de la Comisión Industrial en la que se alegue que una entidad patronal ha quebrantado la Ley General. Hay que cumplir con ciertos límites de tiempo. De conformidad con la Ley General, también se pudiera interponer una demanda civil. Las trasgresiones de la Ley General pudieran redundar en sanciones.

INFORMACIÓN: Para obtener más información sobre la Ley General, deberá buscar en la página de Internet de la Comisión: www.azica.gov; también podrá comunicarse con el Departamento del Trabajo de la Comisión Industrial: *Industrial Commission's Labor Department: 800 W. Washington, Phoenix, Arizona 85007-2022*; o llamar al teléfono (602) 542-4515.

ESTE AVISO DEBERÁ PUBLICARSE MUY VISIBLEMENTE EN UN SITIO AL QUE LOS EMPLEADOS TENGAN ACCESO