



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

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 line 1. 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
1 Legal name of entity (or individual) for whom the EIN is being requested John F Smith HCSR		EIN		
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)? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No				
9a Type of entity (check only one box). Caution: If 8a is "Yes," see the instructions for the correct box to check.				
<input type="checkbox"/> Sole proprietor (SSN) _____		<input type="checkbox"/> Estate (SSN of decedent) _____		
<input type="checkbox"/> Partnership _____		<input type="checkbox"/> Plan administrator (TIN) _____		
<input type="checkbox"/> Corporation (enter form number to be filed) ▶ _____		<input type="checkbox"/> Trust (TIN of grantor) _____		
<input type="checkbox"/> Personal service corporation _____		<input type="checkbox"/> Military/National Guard <input type="checkbox"/> State/local government		
<input type="checkbox"/> Church or church-controlled organization _____		<input type="checkbox"/> Farmers' cooperative <input type="checkbox"/> Federal government		
<input type="checkbox"/> Other nonprofit organization (specify) ▶ _____		<input type="checkbox"/> REMIC <input type="checkbox"/> Indian tribal governments/enterprises		
<input checked="" type="checkbox"/> Other (specify) ▶ HCSR		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)				
<input type="checkbox"/> Started new business (specify type) ▶ _____		<input type="checkbox"/> Banking purpose (specify purpose) ▶ _____		
<input type="checkbox"/> Hired employees (Check the box and see line 13.)		<input type="checkbox"/> Changed type of organization (specify new type) ▶ _____		
<input type="checkbox"/> Compliance with IRS withholding regulations		<input type="checkbox"/> Purchased going business		
<input checked="" type="checkbox"/> Other (specify) ▶ HCSR		<input type="checkbox"/> Created a trust (specify type) ▶ _____		
<input type="checkbox"/> 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.		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. <input type="checkbox"/>		
Agricultural 0		Household 0		Other 0
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.				
<input type="checkbox"/> Construction <input type="checkbox"/> Rental & leasing <input type="checkbox"/> Transportation & warehousing		<input type="checkbox"/> Health care & social assistance <input type="checkbox"/> Wholesale-agent/broker		
<input type="checkbox"/> Real estate <input type="checkbox"/> Manufacturing <input type="checkbox"/> Finance & insurance		<input type="checkbox"/> Accommodation & food service <input type="checkbox"/> Wholesale-other <input type="checkbox"/> Retail		
<input checked="" type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No If "Yes," write previous EIN here ▶ _____				
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.				
Third Party Designee 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, MT		Designee's fax number (include area code) 406-532-8588		
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.		Applicant's telephone number (include area code) 809 828-8888		
Name and title (type or print clearly) ▶ John F Smith		Home Care Service Recipient		
Signature ▶ John F Smith		Applicant's fax number (include area code)		
Date ▶ 01/16/2022				
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.				

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

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

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

OMB No. 1545-0744

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.

For IRS use:

- 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.

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 **MT** **59808**
City State 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)*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 941, 941-PR, 941-SS (Employer's QUARTERLY Federal Tax Return)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 943, 943-PR (Employer's Annual Federal Tax Return for Agricultural Employees)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 944, 944(SP) (Employer's ANNUAL Federal Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 945 (Annual Return of Withheld Federal Income Tax)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form CT-1 (Employer's Annual Railroad Retirement Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form CT-2 (Employee Representative's Quarterly Railroad Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*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.

X Sign your name here

John F Smith

Print your name here **John F Smith**

Print your title here **HCSR - Household Employer**

Date **01 /16 /2022**

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 pre-filled.

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			Type of Ownership <input checked="" type="checkbox"/> Individual / Sole Proprietor <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> Limited Liability Partnership <input type="checkbox"/> Corporation (State _____ and date _____ of Inc) <input type="checkbox"/> Limited Liability Co.		
Business Name (Trade / Doing Business As / DBA Name)			IRS Tax Filing Status <input checked="" type="checkbox"/> Sole Proprietor <input type="checkbox"/> Partnership <input type="checkbox"/> Sub Chapter S-Corp <input type="checkbox"/> Association <input type="checkbox"/> Trust <input type="checkbox"/> Joint Venture <input type="checkbox"/> Receivership <input type="checkbox"/> Government		
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 59801		
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			Are you liable for Federal Unemployment Tax? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, indicate first year of liability: 2022		
City Anytown		State AZ	ZIP Code 89009		
Legal/Business Name for Off Site Payroll Service, Accountant or Bookkeeper Consumer Direct			Do you have an IRS ruling that grants exclusion from Federal Unemployment Tax? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> 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 _____		
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
Do any owners or managers of this business individually or collectively own more than 50% of another Arizona business or have any amount of management control of another Arizona business? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> 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

PHONE NO.

John F Smith

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)

TITLE

John F Smith

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.

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 Individual(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: (MM/DD/YYYY) Cancel License Effective Date: (MM/DD/YYYY)
(Date required for Withholding Only)

2. LICENSE TYPE - Check all that apply: Request to close AZ Withholding 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. **USE THIS FORM TO CHANGE E IN.** Acceptable organization/ownership types:

CURRENT TYPE

Individual/Sole Proprietorship Partnership Limited Liability Company Association Government Estate Trust Joint Venture Receivership Limited Liability Partnership

NEW TYPE

Individual/Sole Proprietorship Partnership Limited Liability Company Association Subchapter S Corporation Government Estate Trust Joint Venture Receivership 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 filed out and signed by an authorized corporate officer.

Owner	Social Security No.	Title	Last Name	First Name	Middle Init.
Owner 1 <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Delete	Street Address	City	State	% Owned	
	ZIP Code	County	Phone Number (with area code)	Country	
Owner 2 <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Delete	Street Address	City	State	% Owned	
	ZIP Code	County	Phone Number (with area code)	Country	
Owner 3 <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Delete	Street Address	City	State	% Owned	
	ZIP Code	County	Phone Number (with area code)	Country	

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	Title
Household Employer	
Date	Date
01/15/2024	
Signature	Signature
John F Smith	

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, 2024



EVERY LIFE. EVERY MOMENT. EVERY DAY.

www.ConsumerDirectCare.com



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 contra el fraude de CDCN	877-532-8530
Línea gratuita por lesiones de CDCN	877-532-8542
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:**

- | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 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? | <ul style="list-style-type: none">• ¿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 contenedor 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 Cures 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 (1-877-532-8542)**. 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, independientemente de que la lesión parezca grave o no en ese momento.

- 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: **1-877-532-8542**, 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. Por favor, informe a CDCN de los casos llamando a la línea gratuita contra el fraude al 1-877-532-8530. También puede informar a la Oficina del Inspector General o llamar a la línea gratuita contra el fraude del

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

Habrán 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 archivarlos.
- 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. Colocarlos 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 inscritas 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

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: _____

Describe cualquier presunto riesgo de seguridad asociado con su residencia:



Guía de capacitación para empleados sobre HIPAA

Modificado en enero de 2018

¿Qué es HIPAA?

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (también conocida como la "Ley Kennedy-Kassebaum").

Los lineamientos de HIPAA abordan el uso y divulgación de Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés).

Elementos clave de HIPAA:

- Portabilidad de seguros médicos
- Estándares para la presentación electrónica de reclamaciones
- Seguridad y protección de la privacidad

La seguridad y la privacidad se abordan en esta Guía de capacitación.

¿Quién está cubierto por HIPAA?

Las entidades cubiertas (CE, por sus siglas en inglés) son organizaciones que están obligadas a cumplir con los estándares de HIPAA. Existen tres tipos de entidades cubiertas:

1. Planes de cobertura médica
2. Centros de intercambio de información médica (clearinghouses)
3. **Proveedores de atención médica*** que transmitan cualquier información de salud de forma electrónica en conexión con una de las transacciones estándar.

* Consumer Direct Care Network (CDCN) es un proveedor de atención médica y por tanto se considera una CE.

¿Cuándo entró en vigor la "Norma de Privacidad de HIPAA?"

Entró en vigor el 14 de abril de 2003; se modificó el 25 de enero de 2013

¿Qué es la PHI (Información de Salud Protegida)?

La PHI es cualquier información de salud que contiene un identificador único (de un paciente) como nombre completo, número del Seguro Social, número telefónico, etc. La PHI se protege y se mantiene confidencial, ya sea **en forma verbal, electrónica, impresa o escrita a mano**.

Se notificará a los pacientes sobre sus derechos bajo HIPAA

Cada paciente recibirá una Notificación de Prácticas de Privacidad de CDCN que explica la forma en que puede usarse y divulgarse la información médica, así como la forma en que el paciente puede acceder a su información. **Acuda a un Administrador del Programa o el Funcionario de Privacidad si tiene dudas o recibe preguntas.**

Los pacientes pueden solicitar comunicaciones confidenciales

CDCN concederá solicitudes razonables de pacientes de utilizar canales de comunicación alternativos (p. ej., teléfono del trabajo en lugar de teléfono de residencia, una dirección postal alternativa, etc.) **Acuda a un Administrador de Programa si tiene dudas.**

¿Cuándo NO se requiere la "Autorización para divulgar información" del paciente?

Para operaciones de atención médica, pago y tratamiento.

¿Qué son los "Usos y divulgaciones" de PHI de HIPAA?

Uso: Instancias en las que una entidad que posea dicha información la comparta, emplee, aplique, utilice, examine o analice.

Divulgación La emisión, transferencia, suministro o acceso a, o divulgación de cualquier otro tipo de información más allá de la entidad que posee la información.

Acceso de los pacientes a expedientes médicos

Los pacientes podrían desear ver información de sus expedientes médicos y pueden expresar desacuerdo con su contenido. CDCN cuenta con procedimientos para que los pacientes soliciten acceso a sus expedientes de CDCN y realicen correcciones. En caso de que un paciente tenga una solicitud de este tipo, **pida ayuda a un Administrador del programa o al Oficial de privacidad.**

DIEZ PRINCIPALES tareas de HIPAA

1. Asignar responsabilidad global por la privacidad y la seguridad.
*El **Oficial de Privacidad de CDCN es Daryl Holzer**, quien tiene responsabilidad global por los asuntos de privacidad. Los **Administradores del programa** están disponibles para responder cualquier pregunta relacionada con HIPAA. **Jeff Harriott** es el **Oficial de Seguridad** responsable de las medidas de seguridad.*
2. Establecer procedimientos para el manejo de PHI.
*CDCN cuenta con una **Política de Privacidad** (una copia de la cual se adjunta en esta Guía de Capacitación) y un **Manual de Privacidad** con el cual manejar asuntos de privacidad. **Un Administrador del Programa o el Oficial de Privacidad puede responder sus preguntas.***
3. Brindar seguridad física.
Incluye la seguridad física de instalaciones de oficinas, expedientes médicos, información de facturación y otra PHI. Las medidas de seguridad física pueden incluir el uso de archiveros con llave en donde se almacene la PHI.
4. Proporcionar seguridad técnica.
Incluye la protección de información almacenada y transmitida vía computadoras.
5. Establecer reglas para proteger la privacidad de los pacientes.
*Esta es una parte esencial de conservar la confidencialidad de los pacientes. CDCN cuenta con requisitos de **Confidencialidad de los Pacientes** que se detallan en el **Manual para Empleados**, los cuales requieren que todos los empleados mantengan la confidencialidad de la información de los pacientes.*
6. Permitir al paciente acceder a sus expedientes médicos.
*Los pacientes tienen la posibilidad de acceder a su información médica y tienen control sobre quién puede consultar su información. **Pida más información a un Administrador del Programa.***
7. Responder a las quejas
*CDCN cuenta con formularios que cumplen con HIPAA para el manejo de cualquier queja que pueda presentarse como resultado de la protección de la privacidad. **Pida más información a un Administrador del Programa.***

8. Publicar una Notificación de Prácticas de Privacidad.

CDCN ha publicado una Notificación de Prácticas de Privacidad (NPP) y también ha proporcionado una notificación por escrito a cada uno de sus pacientes sobre sus derechos.

9. Garantizar que los Socios Comerciales protejan la privacidad de los pacientes.

Los Socios Comerciales no son Entidades Cubiertas (proveedores de atención médica); se trata, por ejemplo, de consultores externos, que podrían entrar en contacto con nuestra Información de Salud Protegida. CDCN se asegurará de que cualquier socio comercial proteja la PHI a través de un acuerdo contractual.

10. Capacitar al personal

CDCN se asegurará de que los empleados estén informados sobre HIPAA, la preservación de la confidencialidad, la protección de la PHI y de que estén familiarizados con la política de HIPAA de CDCN.

SANCIONES DE HIPAA

- Multa civil de \$100 por cada estándar que se viole hasta un máximo de \$25,000 al año
- Sanciones penales por divulgar intencionalmente PHI hasta un máximo de \$250,000

DECLARACIÓN DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Propósito: *La siguiente política de privacidad se adopta para garantizar que CDCN cumpla plenamente con todas las leyes y normas de protección de la privacidad a nivel estatal y federal. La protección de la privacidad de los pacientes es de la máxima importancia para CDCN. Violar cualquiera de estas disposiciones dará pie a medidas disciplinarias severas que pueden incluir el cese de la relación laboral y posible remisión para procesamiento penal.*

Fecha de entrada en vigor: *Esta política entró en vigor el 1 de abril de 2003; modificada el 26 de marzo de 2013*

Fecha de vencimiento: *Esta política permanecerá en vigor hasta que se reemplace o cancele.*

Oficial de privacidad: *Daryl Holzer (877) 532-8530*

Usos y divulgaciones de Información de Salud Protegida

Es política de CDCN que la información de salud protegida no pueda usarse ni divulgarse excepto en instancias en las que al menos una de las siguientes condiciones sea verdadera:

1. El individuo que es objeto de la información ha autorizado su uso o divulgación.
2. El individuo que es objeto de la información ha recibido nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad y ha acusado recibo de ella, permitiendo así el uso o divulgación siempre que dicho uso o divulgación sea para operaciones de atención médica, pagos o tratamiento.
3. El individuo que es objeto de la información acepta o no se opone a la divulgación y esta se realiza a personas involucradas en la atención médica del individuo.

4. La divulgación se realizará al individuo que es objeto de ella o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para fines de cumplimiento.
5. El uso o divulgación es para uno de los "fines públicos" de HIPAA (es decir, lo requiere la ley, etc.).

Individuos fallecidos

Es política de CDCN que las protecciones a la privacidad se extiendan a información sobre individuos fallecidos.

Notificación de Prácticas de Privacidad

Es política de CDCN que se publique una Notificación de Prácticas de Privacidad, que dicha Notificación y cualquier modificación que se le realice se proporcionen a todos los individuos a la brevedad posible y que todos los usos y divulgaciones de información de salud protegida se realicen conforme a la Notificación de Prácticas de Privacidad de CDCN.

Solicitudes de restricción

Es política de CDCN que se contemplen seriamente todas las solicitudes de restricción sobre usos y divulgaciones de información de salud protegida publicadas en la Notificación de Prácticas de Privacidad de CDCN. Adicionalmente, es política de CDCN que, de acordarse una restricción particular, CDCN quedará vinculado por dicha restricción.

Divulgación mínima necesaria de Información de Salud Protegida

Es política de CDCN que (excepto en el caso de divulgaciones realizadas para fines de tratamiento) todas las divulgaciones de información de salud protegida deben limitarse a la cantidad de información mínima necesaria para cumplir con el propósito de la divulgación. De igual forma, es política de CDCN que todas las solicitudes de información de salud protegida (excepto en el caso de solicitudes realizadas para fines de tratamiento) deben limitarse a la cantidad de información mínima necesaria para cumplir con el propósito de la solicitud.

Acceso a Información de Salud Protegida

Es política de CDCN que el acceso a información de salud protegida debe otorgarse a cada empleado o contratista con base en las funciones asignadas al puesto de dicho empleado o contratista. De igual forma, es política de CDCN que dichos privilegios de acceso no superen lo necesario para cumplir con las funciones asignadas a su puesto.

Acceso a Información de Salud Protegida para el individuo

Es política de CDCN que debe otorgarse acceso a la información de salud protegida a la persona que es objeto de dicha información cuando se solicite un acceso de este tipo o, como mínimo, dentro de los lapsos que requiere la Norma de Privacidad de HIPAA. Es política de CDCN informar a la persona que solicite acceso en dónde se encuentra la información de salud protegida si no poseemos físicamente dicha PHI pero estamos al tanto de su ubicación.

Enmiendas de Información de Salud Protegida incompleta o incorrecta

Es política de CDCN que todas las solicitudes de modificaciones a información de salud protegida que mantenga CDCN que sea incorrecta se consideren de forma oportuna. Si una solicitud de este tipo demuestra que la información de hecho es incorrecta, CDCN permitirá que se añadan comentarios rectificativos al documento y esta adición deberá realizarse de forma oportuna. De igual manera, es política de CDCN que se proporcione una notificación de tales correcciones a cualquier organización con la que se haya compartido la información incorrecta.

Acceso para representantes personales

Es política de CDCN que se otorgue acceso a la información de salud protegida a representantes personales de individuos como si se tratara de los individuos mismos, excepto en casos de maltrato en los que otorgar dicho acceso podría poner en riesgo al individuo o a alguien más. Nos adecuaremos al estatus de custodia y las limitantes relevantes de la legislación estatal, local, del caso y otras leyes aplicables al divulgar información sobre menores a sus padres.

Canales de comunicaciones confidenciales

Es política de CDCN que se utilicen canales de comunicaciones confidenciales, a solicitud de las individuos, en la medida de lo posible.

Relación de divulgaciones

Es política de CDCN que se proporcione a los individuos a solicitud una relación de todas las divulgaciones de información de salud protegida que estén sujetas al requisito de presentarse de esta manera.

Actividades de mercadotecnia

Es política de CDCN que cualquier uso o divulgación de información de salud protegida para fines de mercadotecnia se realizará únicamente cuando esté en vigor una autorización válida. Es política de CDCN considerar como mercadotecnia cualquier comunicación para comprar o usar un producto o servicio en la que exista un arreglo a cambio de remuneración directa o indirecta, o en la que CDCN aliente la compra o uso de un producto o servicio. CDCN no considera mercadotecnia la comunicación de formas alternativas de tratamiento, o el uso de productos y servicios al brindar tratamiento. Adicionalmente, CDCN se atiene a la Norma de Privacidad de HIPAA que indica que la comunicación en persona con el paciente o un obsequio promocional de valor nominal al paciente no requieren autorización. Todas las actividades de mercadotecnia deberán recibir aprobación previa del Oficial de Privacidad.

Procesos administrativos y judiciales

Es política de CDCN que la información se divulgue para fines de un proceso administrativo o judicial únicamente cuando: vaya acompañada de una orden judicial o administrativa o una citación de un jurado indagatorio; o cuando vaya acompañada por una citación o solicitud de presentación de pruebas que incluya la autorización del individuo a quien aplica la información, garantías documentadas de que se han realizado esfuerzos de buena fe para notificar adecuadamente al individuo de la solicitud de su información y que no existan objeciones pendientes por parte del

individuo, o una orden de protección calificada emitida por el tribunal. Si se nos envía una citación o solicitud de presentación de pruebas sin una de estas garantías, buscaremos notificar al individuo, obtener su autorización u obtener una orden de protección calificada antes de divulgar cualquier información. En ningún caso divulgaremos información más allá de la requerida por la orden judicial, citación o solicitud de presentación de pruebas. Todas las emisiones de información para procesos administrativos y judiciales deben recibir aprobación por adelantado del Oficial de Privacidad.

Información anónima y conjuntos de datos limitados

Es política de CDCN divulgar información anónima únicamente si un estadístico calificado la ha desidentificado debidamente o si se ha retirado toda la información relevante que permite la identificación. Utilizaremos conjuntos de datos limitados, pero únicamente luego de que la información relevante que permita la identificación se haya eliminado, solo a organizaciones con las que tengamos acuerdos adecuados de uso de datos y solo para fines de operaciones de atención médica, investigación y salud pública.

Autorizaciones

Es política de CDCN que se obtenga una autorización válida para todas las divulgaciones que no sean para: tratamiento, pago u operaciones de atención médica; se realicen al individuo o su representante personal, a personas involucradas en el cuidado del individuo, a socios comerciales como parte de sus deberes legítimos o a directorios de las instalaciones; o para fines públicos. Esta autorización incluirá todos los elementos obligatorios y cualquier autorización generada desde afuera de CDCN se revisará para corroborar que sea válida.

Quejas

Es política de CDCN que todas las quejas asociadas con la protección de la información de salud se investiguen y resuelvan de forma oportuna. Adicionalmente, es política de CDCN que todas las quejas sean manejadas por el Oficial de Privacidad, quien contará con la debida autorización para investigar quejas e implementar resoluciones si una queja surge de un área válida de incumplimiento con la Norma de Seguridad y Privacidad de HIPAA.

Actividades prohibidas

Es política de CDCN que ningún empleado o contratista pueda participar en actos de intimidación o represalias contra personas que presenten quejas o ejerzan de cualquier otra manera sus derechos conforme a las normas de HIPAA. De igual manera, es política de CDCN que ningún empleado o contratista pueda condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios a cambio de que se proporcione autorización para divulgar información de salud protegida.

Responsabilidad

Es política de CDCN que es responsabilidad del Oficial de Privacidad diseñar e implementar procedimientos para implementar esta política.

Verificación de identidad

Es política de CDCN que la identidad de todas las personas que soliciten acceso a información de salud protegida se verifique antes de que se otorgue tal acceso.

Mitigación

Es política de CDCN que los efectos de cualquier uso o divulgación no autorizada de información de salud protegida se mitigue en la medida de lo posible.

Protecciones

Es política de CDCN contar con protecciones físicas apropiadas para salvaguardar razonablemente la información de salud protegida de cualquier uso o divulgación, ya sea intencional o no, que viole la Norma de Privacidad de HIPAA. Estas salvaguardas incluirán protección física de las instalaciones y PHI, protección técnica de PHI que se mantenga de forma electrónica y protección administrativa. Estas salvaguardas se extenderán a la comunicación verbal de PHI. Estas salvaguardas se extenderán a PHI que se remueva de CDCN.

Socios Comerciales

Es política de CDCN que los socios comerciales deban estar obligados contractualmente a proteger la información de salud protegida en la misma medida que se establece en esta política. De igual forma, es política de CDCN que se lidie con los socios comerciales que violen su acuerdo primero con un intento de corregir el problema y, en caso de que esta medida fracase, con el cese del acuerdo y la terminación de los servicios del socio comercial.

Capacitación y concientización

Es política de CDCN que todos los miembros de nuestra fuerza laboral hayan recibido capacitación antes de la fecha de cumplimiento de las políticas y procedimientos que rigen la información de salud protegida y la manera en que CDCN cumple con la Norma de Seguridad y Privacidad de HIPAA. También es política de CDCN que nuevos miembros de nuestra fuerza laboral reciban capacitación sobre estos asuntos durante el periodo de prueba luego de unirse a la fuerza laboral. Es política de CDCN proporcionar capacitación en caso de que cualquier política o procedimiento asociado con la Norma de Seguridad y Privacidad de HIPAA cambie sustancialmente. Esta capacitación se proporcionará dentro de un plazo razonable luego de que la política o procedimiento cambie sustancialmente. Asimismo, es política de CDCN que la capacitación se documente, indicando los participantes, la fecha y el tema.

Sanciones

Es política de CDCN que se apliquen sanciones contra cualquier miembro de la fuerza laboral que viole, ya sea intencionalmente o no, cualquiera de las políticas o procedimientos relacionados con el cumplimiento de estas políticas.

Conservación de expedientes

Es política de CDCN que el requisito de retención de registros de la Norma de Privacidad de HIPAA de siete años a partir de la fecha de emisión se acate estrictamente. En el caso de menores, los

registros se retendrán por al menos tres años luego de que el menor alcance la mayoría de edad. Todos los registros designados por HIPAA como parte de este requisito de retención se conservarán de una manera tal que permita acceso dentro de un periodo de tiempo razonable. El requisito de tiempo de retención de registros puede extenderse a criterio de CDCN para satisfacer otras normas gubernamentales o los requisitos impuestos por nuestra aseguradora de responsabilidad profesional.

Cooperación con autoridades de supervisión de privacidad

Es política de CDCN que agencias supervisoras como la Oficina de Derecho Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos reciban pleno apoyo y cooperación en sus intentos de garantizar la protección de información de salud protegida dentro de CDCN. También es política de CDCN que todo el personal coopere plenamente con todas las investigaciones y revisiones de cumplimiento de privacidad.

Investigación y mecanismos de cumplimiento

Es política de CDCN que, además de cooperar con las Autoridades de Supervisión de la Privacidad, CDCN seguirá procedimientos para garantizar que las investigaciones se apoyen internamente y que no se tomen represalias contra miembros de nuestra fuerza laboral por cooperar con cualquier autoridad. Es nuestra política intentar resolver todas las investigación y evitar cualquier fase de penalidad de ser posible.

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 leve, 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 médica protegida. A continuación se encuentra un ejemplo de un mensaje seguro. Este mensaje no es "spam", por favor no lo elimine.

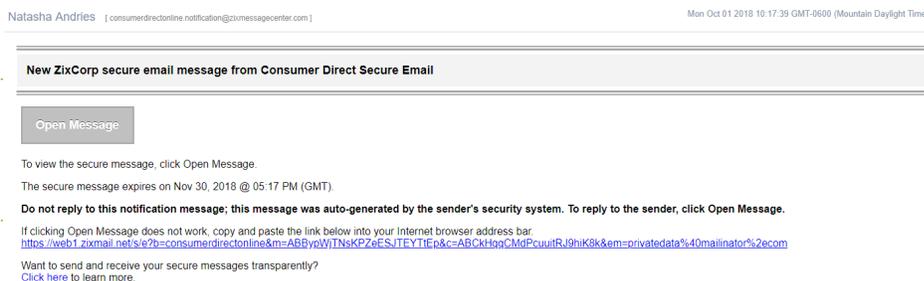


Figura 1: Nuevo mensaje de correo electrónico seguro de ZixCorp

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).**

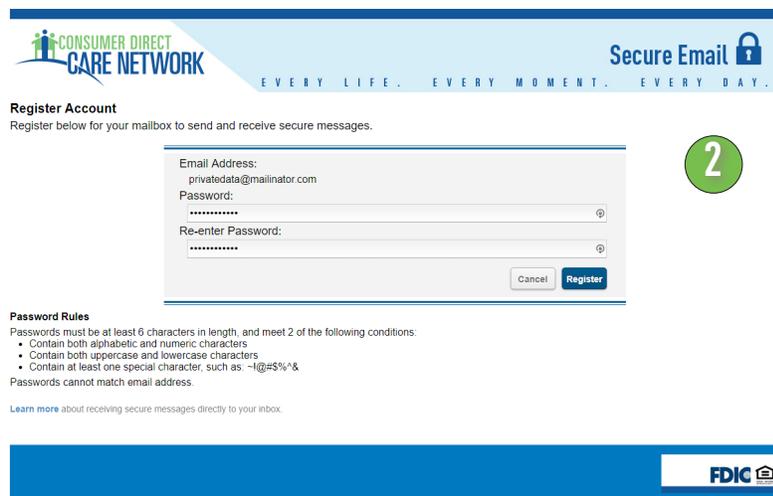


Figura 2: Página de registro para recibir mensajes de correo electrónico seguros. 

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).

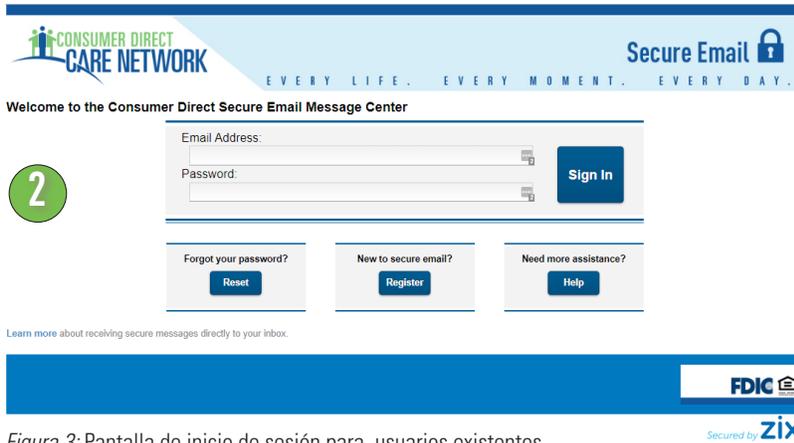


Figura 3: Pantalla de inicio de sesión para usuarios existentes

- 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).

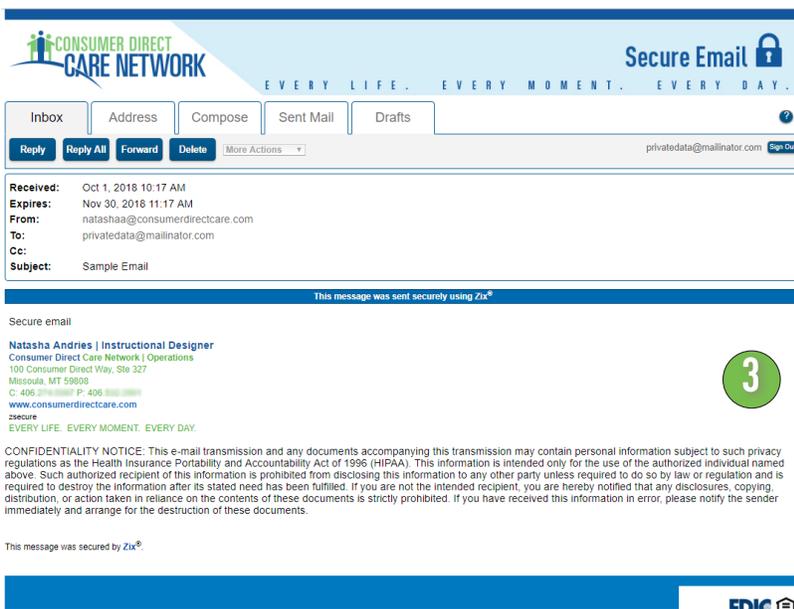


Figura 4: Muestra de un correo electrónico seguro.

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 active (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).

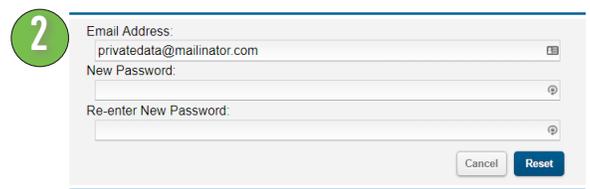


 A screenshot of a password reset form. It has three input fields: "Email Address:" (containing "privatedata@mailinator.com"), "New Password:", and "Re-enter New Password:". There are "Cancel" and "Reset" buttons at the bottom right. A green circle with the number "2" and an arrow points to the "Reset" button.

Figura 5: Campos de restablecimiento de contraseña.

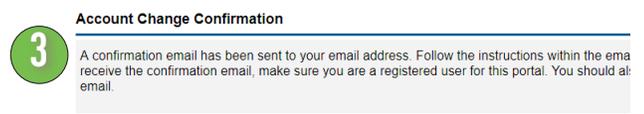


Figura 6: Confirmación de cambio de cuenta (cuentacuentae cuenta).

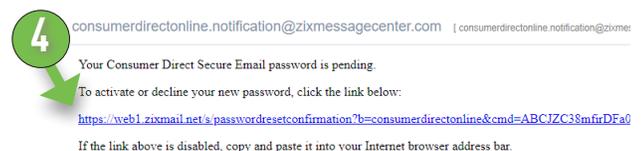


Figura 7: Notificación de cambio pendiente a la contraseña del correo electrónico seguro.



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

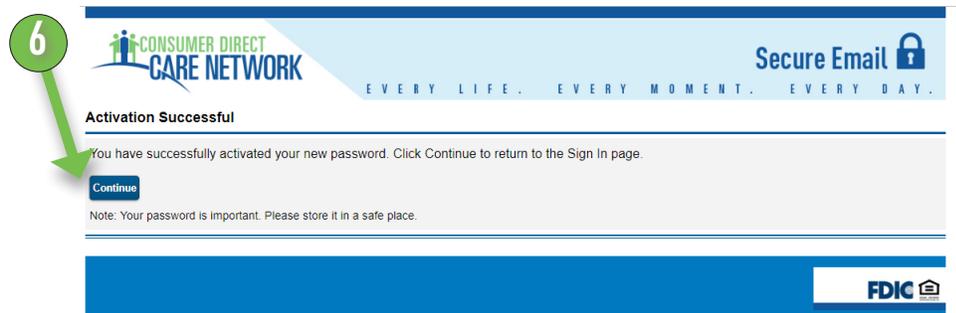


Figura 9: Botón de continuar tras una activación exitosa.



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).

Calendario de Nómina 2025



Clave de símbolos: ○ Día de paga △ Asuetos bancarios y postales

ENERO							FEBRERO							MARZO						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
			△ 1	2	3	4							1							1
5	6	7	8	9	○ 10	11	2	3	4	5	6	○ 7	8	2	3	4	5	6	○ 7	8
12	△ 13	14	15	16	17	18	9	△ 10	11	12	13	14	15	9	10	11	12	13	14	15
19	△ 20	21	22	23	○ 24	25	16	△ 17	18	19	20	○ 21	22	16	17	18	19	20	○ 21	22
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28		23	24	25	26	27	28	29
														30	31					
ABRIL							MAYO							JUNIO						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
		1	2	3	○ 4	5					1	○ 2	3	1	2	3	4	5	6	7
6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	○ 13	14
13	14	15	16	17	○ 18	19	11	12	13	14	15	○ 16	17	15	16	17	18	△ 19	20	21
20	21	22	23	24	25	26	18	△ 19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	○ 27	28
27	28	29	30				25	△ 26	27	28	29	○ 30	31	29	30					
JULIO							AGOSTO							SEPTIEMBRE						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
		1	2	3	△ 4	5						1	2		△ 1	2	3	4	○ 5	6
6	7	8	9	10	○ 11	12	3	4	5	6	7	○ 8	9	7	8	9	10	11	12	13
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	○ 19	20
20	21	22	23	24	○ 25	26	17	18	19	20	21	○ 22	23	21	22	23	24	25	26	27
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30	28	29	30				
							31													
OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
			1	2	○ 3	4							1		1	2	3	4	5	6
5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	7	8	9	10	11	○ 12	13
12	△ 13	14	15	16	○ 17	18	9	10	△ 11	12	13	○ 14	15	14	15	16	17	18	19	20
19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	21	22	23	○ 24	△ 25	26	27
26	27	28	29	30	○ 31		23	24	25	○ 26	△ 27	28	29	28	29	30	31			
							30													

Asuetos bancarios y de las oficinas postales en 2025

*Cierre de oficinas de Consumer Direct Care Network

*Día de Año Nuevo - Miércoles 1 de Enero

*Día de Martin Luther King, Jr. - Lunes 20 de Enero

Día de los Presidentes - Lunes 17 de Febrero

*Día de los Caídos - Lunes 26 de Mayo

*Juneteenth - Jueves 19 de Junio

*Día de la Independencia - Viernes 4 de Julio

*Día del Trabajo - Lunes 1 de Septiembre

Día de Colón - Lunes 13 de Octubre

*Día de los Veteranos - Martes 11 de Noviembre

*Día de Acción de Gracias - Jueves 28 de Noviembre

*Día de Navidad - Jueves 25 de Diciembre



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
12/15/2024	12/28/2024	12/30/2024	1/10/2025
12/29/2024	1/11/2025	1/13/2025	1/24/2025
1/12/2025	1/25/2025	1/27/2025	2/7/2025
1/26/2025	2/8/2025	2/10/2025	2/21/2025
2/9/2025	2/22/2025	2/24/2025	3/7/2025
2/23/2025	3/8/2025	3/10/2025	3/21/2025
3/9/2025	3/22/2025	3/24/2025	4/4/2025
3/23/2025	4/5/2025	4/7/2025	4/18/2025
4/6/2025	4/19/2025	4/21/2025	5/2/2025
4/20/2025	5/3/2025	5/5/2025	5/16/2025
5/4/2025	5/17/2025	5/19/2025	5/30/2025
5/18/2025	5/31/2025	6/2/2025	6/13/2025
6/1/2025	6/14/2025	6/16/2025	6/27/2025
6/15/2025	6/28/2025	6/30/2025	7/11/2025
6/29/2025	7/12/2025	7/14/2025	7/25/2025
7/13/2025	7/26/2025	7/28/2025	8/8/2025
7/27/2025	8/9/2025	8/11/2025	8/22/2025
8/10/2025	8/23/2025	8/25/2025	9/5/2025
8/24/2025	9/6/2025	9/8/2025	9/19/2025
9/7/2025	9/20/2025	9/22/2025	10/3/2025
9/21/2025	10/4/2025	10/6/2025	10/17/2025
10/5/2025	10/18/2025	10/20/2025	10/31/2025
10/19/2025	11/1/2025	11/3/2025	11/14/2025
11/2/2025	11/15/2025	11/17/2025	11/26/2025*
11/16/2025	11/29/2025	12/1/2025	12/12/2025
11/30/2025	12/13/2025	12/15/2025	12/24/2025*
12/14/2025	12/27/2025	12/29/2025	1/9/2026
12/28/2025	1/10/2026	1/12/2026	1/23/2026

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

EXAMEN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA HIPAA

1. b.
2. Protected Health Information
3. b. Falso
4. c.
5. a. y b.
6. c.
7. b. Falso
8. April 14, 2003

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

- 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
- Ostromías
- 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 querrela 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**