**تاريخ توظيفه: هوية رقم:**

|  |
| --- |
| **الملف الشخصي للمستهلك** |

**الاسم الأخير: الاسم الأول: الاسم الأوسط:**

**محل الإقامة:**

**الرمز البريدي: المقاطعة:**

**عنوان المراسلة:**

**الرمز البريدي: المقاطعة:**

**هاتف المنزل: ( ) هاتف العمل: ( )**

**الهاتف الجوال: ( )**

**هاتف آخر: ( ) حدد:**

**طريقة الاتصال المفضلة:**

**هل توافق على تلقي بريد إلكتروني من مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)؟ (قائمة البريد الإلكتروني تبقى سرية ولن نشاركها مع أي جهة أخرى)** ❒ نعم ❒ لا

**عنوان البريد الإلكتروني:**

**هل تريد أن لا تتواصل معك مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) لأي سبب مما يلي؟**

❒ جمع الأموال ❒ التسويق

**هل تحتاج إلى تجهيزات معقولة للمراسلة:** ❒ نعم ❒ لا

❒ برايل ❒ حروف كبيرة ❒ البريد الإلكتروني ❒ أخرى

**أهلية المستهلك:**

❒ يعاني من إعاقة جسدية أو عقلية بالغة، حيث تكون قدرته على العمل بشكل مستقل في الأسرة أو المجتمع أو في الحصول على عمل والمحافظة عليه والتقدم فيه محدودة بشكل كبير، و/أو لمن سيؤدي تحسين خدمات المعيشة المستقلة إلى تحسين قدرتهم على العمل أو الاستمرار في العمل أو الاتجاه نحو العمل بشكل مستقل في الأسرة أو المجتمع أو الاستمرار في الوظيفة، على الترتيب.

**الإعاقات الأساسية:**

(اختر كل ما ينطبق)

**أ.** ❒ **إدراكية**

1. ❒ الإعاقة الذهنية

2. ❒ إصابات رضية وغيرها من إصابات الدماغ

3. ❒ صعوبات التعلم

4. ❒ التوحد

5. ❒ الإعاقات الإدراكية الأخرى

**ب.** ❒ **جسدية**

6. ❒ إصابة الحبل الشوكي

7. ❒ الإصابات العصبية والعضلية

8. ❒ الإصابات العظمية

9. ❒ شلل دماغي

قسم المعيشة المستقلة الثالث: ملف المستهلك\_160420

10. ❒ شلل الحبل الشوكي

11. ❒ التشوهات والعيوب الخلقية الأخرى عند الولادة

12. ❒ الصرع

13. ❒ ضمور العضلات

14. ❒ الأعضاء المبتورة

15. ❒ إصابة في الظهر

16. ❒ فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز

17. ❒ الأمراض البيئية وغيرها من الأمراض ذات الصلة

18. ❒ الإعاقات الجسدية الأخرى

**ج.** ❒ **عقلية/ عاطفية**

19. ❒ المرض العقلي

20. ❒ الإعاقات العاطفية/ السلوكية

21. ❒ تعاطي المخدرات

22. ❒ أمراض عقلية أخرى

**د.** ❒ **بصرية**

23. ❒ العمى

24. ❒ ضعف في الرؤية

**هـ. ❒ سمعية**

25. ❒ الصمم

26. ❒ ضعف السمع

**و. ❒ إعاقات متعددة**

27. ❒ الصمم/ العمى

28. ❒ مزيج من الإعاقات المذكورة أعلاه أو غيرها من الإعاقات

**ز.** ❒ **غير ذلك (يرجى التحديد):**

**تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_**

**الجنس:** ❒ **أنثى أو** ❒ **ذكر**

**رقم الضمان الاجتماعي (آخر 4 أرقام):**

**اللغة الأساسية:**

**هل انت محارب قديم؟** ❒ نعم ❒ لا

اسم جهة الاتصال:

**مكتب الأشخاص ذوي إعاقات النمو؟** ❒ نعم ❒ لا

مقياس الحساسية والسلوك غير النمطي (TABS): اسم جهة الاتصال:

**خلل التنسج العنقي (CIN#)**

**هل انت مسجل للتصويت؟** ❒ نعم ❒ لا

في حالة الإجابة بـ"لا"، هل ترغب في التسجيل للتصويت؟ ❒ نعم ❒ لا

**هل ترغب في استكمال خطة التأهب لحالات الطوارئ؟** ❒ نعم ❒ لا

قسم المعيشة المستقلة الثالث: ملف المستهلك\_160420

**هل ترغب في أن تكون عضوًا في مجلس الإدارة  
أو المجالس الاستشارية؟** ❒ نعم ❒ لا

**هل أنت مهتم بالمعلومات عن المنشآت العلاجية؟** ❒ نعم ❒ لا

**السلالة/ الأصل العرقي (اختر كل ما ينطبق):**

أ. ❒ الهنود الحمر أو سكان ألاسكا الأصليين

ب. ❒ أسيوي

ج. ❒ أسود أو أمريكي من أصل أفريقي

د. ❒ إسباني أو لاتيني

هـ. ❒ من سكان هاواي الأصليين أو غيرها من جزر المحيط الهادئ

و. ❒ أبيض

**آخر مرحلة دراسية حصلت عليها:**

أ. ❒ مرحلة الروضة إلى الصف الثامن

ب. ❒ بعض المرحلة الثانوية

ج. ❒ أتممت المرحلة الثانوية

د. ❒ بعض المرحلة الجامعية

هـ. ❒ كلية إدارة الأعمال أو التجارة أو المدرسة المهنية

و. ❒ طالب بالسنة الثانية بالجامعة

ز. ❒ طالب بالسنة الرابعة بالجامعة

ح. ❒ درجة الدراسات العليا

ط. ❒ غير معروف أو غير مسجل بمدرسة بعد

**الوضع الوظيفي:**

أ. ❒ دوام كامل

ب. ❒ دوام جزئي

ج. ❒ يبحث عن عمل

د. ❒ عاطل ولا يبحث عن عمل

هـ. ❒ طالب أو مسجل في برنامج تدريبي

و. ❒ متقاعد

ز. ❒ عمل متقطع أو إعداد برنامج يومي

ح. ❒ أخرى غير مدرج أعلاه

ط. ❒ غير معروف

**الخدمات المطلوبة:**

**المراجع:**

قسم المعيشة المستقلة الثالث: ملف المستهلك\_160420

**لاستخدام برنامج تولي القيادة فقط:**

هل تذهب بانتظام إلى أي برنامج يومي أو غسيل الكلى أو إعادة التأهيل أو أي خدمة سيتكفل برنامج ميديكيد بدفع الرسوم مقابلها؟

أ. \_\_\_\_\_\_\_\_ نعم ب. \_\_\_\_\_\_\_\_ لا

في حالة الإجابة بنعم، حدد الأيام والأوقات:

الاثنين من \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ص م إلى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ص م

الثلاثاء من \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ص م إلى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ص م

الأربعاء من \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ص م إلى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ص م

الخميس من \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ص م إلى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ص م

الجمعة من \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ص م إلى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ص م

السبت من \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ص م إلى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ص م

**هل لدى المستهلك ممثل مُعيَّن: \_\_\_ نعم \_\_\_ لا**

**الاسم:**

**العنوان:**

**المدينة: الولاية: الرقم البريدي:**

**الهاتف: ( ) أرقام بديلة:**

**البريد الإلكتروني:**

**الصلة:**

**تاريخ البداية: تاريخ النهاية: عندما تنتهي خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك.**

**مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)**

**الأنشطة المستهدفة لخطة المعيشة المستقلة**

**الهدف: بدء خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك-**

**تاريخ الانتهاء المتوقع:**

**تاريخ الانتهاء الفعلي:**

**أنشطة لمساعدتك في الوصول إلى هدفك:**

**1. استكمال الأعمال الورقية للمستهلك:**

**تاريخ الانتهاء المتوقع:**

**تاريخ الانتهاء الفعلي:**

**2. استكمال الأعمال الورقية للمساعد الشخصي:**

**تاريخ الانتهاء المتوقع:**

**تاريخ الانتهاء الفعلي:**

**3. إجراء الاختبارات الجسدية واختبار المشتق البروتيني المنقى للمساعدين الشخصيين:**

**تاريخ الانتهاء المتوقع:**

**تاريخ الانتهاء الفعلي:**

**4. إحضار المساعدين الشخصيين لسجل تطعيمات الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية أو تلقي جرعة مُعزّزة:**

**تاريخ الانتهاء المتوقع:**

**تاريخ الانتهاء الفعلي:**

**5. إحضار أوراق التحقق من الخلفية الجنائية للمساعدين الشخصيين:**

**تاريخ الانتهاء المتوقع:**

**تاريخ الانتهاء الفعلي:**

**WNYIL**

**1/6/2017**

**مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)**

**خطة المعيشة المستقلة**

**لقد عُرِض على تطوير خطة معيشة مستقلة مكتوبة لتقديم خدمات المعيشة المستقلة.**

**ولقد اخترت ما يلي:**

**وضع خطة معيشة مستقلة مكتوبة لتقديم خدمات المعيشة المستقلة التي جرى الاتفاق عليها بشكل متبادل بيني وبين الموظف المسئول بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL). لقد كنت مسؤولًا عن وضع خطتي الخاصة، وأتفهم أنني بإمكاني تغيير خطتي للمعيشة المستقلة في أي وقت.**

**التوقيع أدناه على أنني لا أريد وضع خطة معيشة مستقلة مكتوبة في هذا الوقت.**

**اتجه المستهلك إلى عدم وضع خطة معيشة مستقلة مكتوبة في الوقت الراهن.**

**أتفهم أنني إذا اخترت عدم وضع خطة معيشة مستقلة في هذا الوقت، فلن أحرم من خدمات أسرة وكالات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) وأنه يحق لي في أي وقت أحدده أن أضع خطة معيشة مستقلة مكتوبة.**

**اسم المستهلك (مطبوع) توقيع المستهلك التاريخ**

**الممثل المُعيَّن (مطبوع) الممثل المُعيَّن التاريخ**

**(التوقيع)**

**المسئول بمؤسسة WNYIL (مطبوع) توقيع المسئول بمؤسسة WNYIL التاريخ**

**WNYIL**

**06 03 2017**

**تأكيد التزام الموظف بسياسات وإجراءات خطة الامتثال الخاصة بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) وقواعد السلوك**

**أقر أنني قد قرأت وفهمت خطة الامتثال الخاصة بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر سياسة الاحتيال وإساءة الاستخدام)، ومدونة قواعد السلوك، وقد تلقيت التعليم والتدريب فيما يتعلق بتطبيق القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر القوانين الموضحة في الملحق (ب) بالخطة)، فضلًا عن تقديم تفسير للمعايير الأخلاقية لممارسات العمل المتعلقة بأنشطتي بصفتي موظفًا لدى مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).**

**أقر بأنني أعتزم التصرّف على أساس الامتثال امتثالًا كاملًا لسياسة امتثال الشركات وقواعد السلوك. أتفهم أنني قد أطلب المشورة، عند الضرورة، من المشرف المناسب، و/أو مسؤول الامتثال المؤسسي فيما يتعلق بالإجراءات المناسبة التي قد أحتاج إلى اتخاذها من أجل الامتثال لسياسة الامتثال ومدونة قواعد السلوك.**

**التاريخ**

**التوقيع**

**الاسم(مطبوع)**

**المسمى الوظيفي**

**القسم/ المنشأة**

تحديث خطة المعيشة المستقلة 26/9/2011

تولي القيادة

خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك

*عضو في أسرة وكالات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)...*

3108 Main Street, Buffalo, New York 14214-1384

(716) 836-0822 (قناة صوتية/ كتابية للصم) ♦ (716) 836-0091 (فاكس)

www.wnyil.org/cdpas/

**مذكرة**

**شارات بطاقات الهوية المصورة**

عزيزي المستهلك:

ستزودك مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بشارات بطاقات هوية مصورة خاصة بالمساعدين الشخصيين. وهذه الشارات ليست إلزامية، ولكنها لن تُمنح إلا بناءً على طلب المستهلك/ صاحب العمل.

الغرض الرئيسي من الشارة هو السماح للمساعدين الشخصيين بالوصول إلى المستهلك/ صاحب العمل الخاص بهم في حالات الطقس السيء، أو في حالات الطوارئ الأخرى، حيث يُحظر القيادة لعامة الناس. يجب أن تكون الشارة بحوزة المساعد الشخصي. في حالة انتهاء التعاقد يجب إعادة الشارة إلى مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

إذا كنت ترغب في أن يتلقى مساعدك الشخصي شارة الوكالة الرسمية، فيجب عليك الاتصال بفريق برنامج تولي القيادة على الرقم 0105-836-716. وبعد ذلك سنتصل بمساعدك الشخصي لتحديد ميعاد يمكنهم فيه الحضور لمكتبنا في بوفالو في 3108 Main St. (خلف مطعم جيمس ستيك اوت)، للحصول على الشارة.

شكرا لتعاونكم.

تولي القيادة

موظفي برنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك

WNYIL

22/3/2016

مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)

خدمة المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك

3108 Main St., Buffalo, NY 14214

هاتف: 836-0105-(716) فاكس: 836-0091 (716)

الموقع الإلكتروني: www wnyil.org

**إنهاء التعاقد، والاستقالة**

**إنهاء التعاقد: يُستكمل بمعرفة المستهلك/ صاحب العمل**

**الاستقالة: تُستكمل بمعرفة المرافق/ المعاون**

يرجى إعادة الاستمارة الموقعة إلى مكتبنا في غضون خمسة أيام عمل

**اسم المستهلك:**

**اسم المساعد الشخصي:**

**تاريخ آخر يوم عمل**

سبب إنهاء التعاقد أو الاستقالة (يرجى إعطاء وصف أدناه لاتخاذ قرار)

**توقيع المستهلك: التاريخ:**

**توقيع المرافق التاريخ:**

WNYIL/CT

:EC 08/08

**إخلاء المسئولية عن مقدمي الرعاية المحتملين**

بتوقيعي أدناه، أشهد بموجب هذا أنني قد قرأت وأوافق على الالتزام بكل سياسة من السياسات الواردة فيه.

اسم المستهلك (مطبوع)

توقيع المستهلك التاريخ

اسم الشخص الموجه (مطبوع)

توقيع الشخص الموجه التاريخ

WNVIL

3 21 13

|  |  |
| --- | --- |
| **لقد تلقيت درس تحضيري وفهمت السياسات والممارسات والإجراءات التالية:** | **الأحرف الأولى من اسم المستهلك/ الممثل المُعيَّن**  **تولي القيادة - خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك**  **أدوار المستهلك ومسؤولياته**  **قائمة التحقق من الالتحاق** |
| 1. أتفهم معنى "موجهة للمستهلك"، حيث أنني المسؤول عن تجنيد مساعدي الخاص وتوظيفه وتدريبه ومتابعته وتقييمه وإنهاء خدمته. وأنني صاحب العمل الفعلي وأن مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) لا يمكنها أن ترفض مساعدي الذي اخترته إلا إذا كان مدرجًا في قوائم الاحتيال/ الإهمال/ الفساد الخاصة بشركة ميديك ايد، و/أو فشل في تلبية شروط التوظيف كما هو موضح في قانون العمل في نيويورك وقانون العمل الفيدرالي. |  |
| 2. أتفهم معنى "التوجيه الذاتي" على أنني، وأنا فقط أتخذ القرارات التي لها تأثير على احتياجات مساعدي. حيث أحدد متى وأين سيؤدي المساعد عمله، ولن أفقد سلطة التوجيه الذاتي الخاصة بي لأي شخص آخر، ما لم أوافق على ترك برنامج تولي القيادة. |  |
| 3. أتفهم أن مسؤوليتي الرئيسية هي أن أكون المستهلك/ صاحب العمل لمساعدي الشخصيين. |  |
| 4. أتفهم أنني بحاجة إلى تحديد المهام بوضوح مع مساعدي الشخصيين التي يتعين عليهم القيام بها *قبل* بدء العمل. |  |
| 5. سوف أتأكد من أن مساعدي الشخصيين يعملون عدد الساعات المحددة في خطة الرعاية؛ وإذا كان هناك العديد من المساعدين الشخصيين الذين يعملون لدي، فسوف اتأكد من أن مساعدي الشخصيين يعملون فقط بعدد الساعات التي خُصِّصت لي. أي ساعات يعملون فيها يوميًا أو أسبوعيًا تفوق أو تتجاوز الساعات الموضحة في خطة الرعاية، ستكون مسؤوليتي بصفتي المستهلك/ صاحب العمل المنوط عن تعويضهم عن وقتهم. لا يُسمح لمساعدي الشخصيين بالعمل لمدة تزيد عن 40 ساعة أسبوعيًا. |  |
| 6. مساعدي الشخصيين هم الأشخاص الوحيدون المسموح لهم باستخدام خدمة الحضور/ الانصراف لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) باستخدام هاتفي لتسجيل ساعات عملهم. |  |
| 7. أتفهم أنه يجب على توفير هاتف يعمل جيدًا لمساعدي الشخصيين لتسجيل ساعات عملهم. |  |
| 8. أتفهم أنني سأعرض خدماتي للخطر ويمكن أن يتعرض مساعدي الشخصيين للفصل من برنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك إذا شاركوا رقمهم السري PIN أو سمحوا لي باستخدامه، أو سمحوا للمستهلك/ صاحب العمل أو أي شخص آخر بتسجيل وقت حضور وانصراف المساعدين الشخصيين. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 9. أتفهم أنني يجب أن أصر على أن يكون مساعديني الشخصيين غير متعاطيين للمخدرات والكحول أثناء عملهم معي ويظلون ملتزمين بعدم تعاطي المخدرات والكحول خلال مدة ساعات عملهم. | **تولي القيادة - خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك**  **أدوار المستهلك ومسؤولياته**  **قائمة التحقق من الالتحاق** |
| 10. أتفهم أنه لا يمكن أن يكون زوجتي أو والديّ مساعدي الشخصيين في إطار برنامج تولي القيادة. |  |
| 11. أتفهم أنه من المتوقع مني أن أتأكد كمستهلك/ صاحب عمل، من أن مساعدي الشخصيين يقدمون نتائج الاختبارات الجسدية واختبارات المشتق البروتيني المنقى لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) *سنويًا* وأوافق على عدم السماح لهم بالعمل بعد مرور المواعيد المحددة. |  |
| 12. أتفهم أنه يتعين على إبلاغ مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) عند قبولي في المستشفى أو دار رعاية مؤقتة أو أي مؤسسة أخرى وتقديم اسم المؤسسة. يجب أن أبلغ أيضًا مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) عندما أخرج من المستشفى والتحقق مع المؤسسة بأنني مُخوّل ثانية للحصول على خدمات الرعاية الشخصية قبل أن يتمكن مساعدي الشخصيين من العودة إلى العمل. |  |
| 13. أتفهم أن مساعدي الشخصيين لا يستطيعون العمل معي أثناء وجودي في المستشفى أو في دار رعاية مؤقتة أو أثناء حضور برنامج يومي. |  |
| 14. أتفهم أن مساعدي الشخصيين لا يمكنهم بدء العمل معي إلا بعد الانتهاء من حفظ جميع الأوراق الخاصة بهم في ملف مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، بما في ذلك إجراء تحرّيات عن الخلفيات الجنائية. وسيتصل بي أحد أعضاء فريق تولي القيادة وكذلك بمساعدي الشخصي بمجرد إنهاء الأوراق اللازمة. |  |
| 15. وسأتواصل بدوري مع مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) إذا كان لدي أي أسئلة أو استفسارات بخصوص خدماتي. |  |
| 16. أتفهم أن مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) هي الوسيط المالي بعد أن يبدأ مساعدي الشخصي بالعمل لي كمستهلك/ صاحب العمل. وسأطلب من مساعدي الشخصيين الاتصال بقسم المحاسبة (رقم داخلي 106، 141) في جميع القضايا المتعلقة بأجورهم. |  |
| 17. أتفهم أنه أيًا كان مجال عملهم، سأكون أنا صاحب العمل المباشر لمساعدي الشخصيين. |  |
| 18. لقد استلمت نسخة من دليل امتثال الشركات وأتفهم دوري ومسؤولياتي بموجب خطة امتثال الشركات. |  |
| 19. لقد استلمت نسخة من دليل برنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك وأتفهم عملية إجراء المقابلات والتوظيف وإنهاء الخدمة في إطار البرنامج. |  |
| 20. أتفهم أن مساعدي الشخصي له الحق في تلقي راتبه شخصيًا عن كل ساعة تم توظيفه بها دون خصم و/أو تدخل مني بصفتي مستهلك/ صاحب العمل. |  |

2

|  |  |
| --- | --- |
| 21. أتفهم أن مساعدي الشخصي له الحق في أن يُعامل بشكل مهذب ومحترم من جانبي شخصيًا ومن جانب المستهلك/ صاحب وجميع أفراد الأسرة. | **تولي القيادة - خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك**  **أدوار المستهلك ومسؤولياته**  **قائمة التحقق من الالتحاق** |
| 22. أتفهم أنه إذا ما كانت بيئة العمل في أي وقت أصبحت غير آمنة لمساعدي الشخصي أو لنفسي، المستهلك/ صاحب العمل، سأقوم بإبلاغ مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة **(WNYIL)** بهذا على الفور. |  |
| 23. أتفهم أن مساعدي الشخصيين سيقدمون الخدمات لي، بصفتي المستهلك/ صاحب العمل، **فقط عندما أكون حاضرًا** إلا إذا سمحت لهم خطة الرعاية الخاصة بي بتنفيذ المهمات القصيرة أو التسوق أو غسيل الملابس بالنيابة عني. |  |
| 24. أتفهم أنه يجب أن يكون لدي خطة احتياطية في حالة عدم قدرة مساعدي الشخصيين على العمل. |  |
| 25. لقد تلقيت تعليمات حول كيفية الإبلاغ عن أي حادث عرضي أو حادثة تحدث أثناء عمل مساعدي الشخصي معي في خلال أربع وعشرين (24) ساعة. |  |
| 26. لقد استلمت نموذج فارغ لحادث/ حادثة عرضية. |  |
| 27. لقد استلمت نموذج فارغ لإنهاء تعاقد/ استقالة. |  |
| 28. أتفهم أنني يجب أن أخطر مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) ببرنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك كلما قمت بتغيير خطط تأميني، أو عند تغيير أرقام هواتفي أو تغيير عناويني، أو عند قبولي في المستشفى و/أو خروجي منها. |  |
| 29. سوف أُخطر فريق مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) ببرنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك في الشهر الذي يسبق عيد ميلادي الخامس والستين لأنني قد يتعين عليَّ التغيير إلى شركة العناية المُدَارة طويلة الأجل لمواصلة الحصول على خدماتي المساعِدة. |  |
| 30. لا يُسمح للمساعد الشخصي في أي وقت من الأوقات أن يكون ممثلًا مباشرًا للمستهلك/ صاحب العمل الذي يرافقه. لا يمكن للممثل المباشر أن يعمل لصالح المستهلك/ صاحب العمل الذي يمثله في أي وقت كان |  |

وقد استعرض أحد أعضاء فريق برنامج تولي القيادة البيانات المذكورة أعلاه معي.

التاريخ:

المستهلك/ صاحب العمل

التاريخ:

موظف فريق تولي القيادة

WNYIL/2018 :JAC 2/2018

3

**\*\*\* رجاءً القراءة \*\*\***

**لضمان تقديم خدمة سلسة مستمرة لك، يجب أن تبلغنا على الفور بالتغييرات التالية:**

أي تغيير في العنوان

أي تغيير في رقم الهاتف

متى دخلت إلى المستشفى ومتى خرجت منها أو من مركز إعادة التأهيل

إذا تعرضت أنت أو مساعدك الشخصي لحادث/ حادثة عرضية

عندما تقوم بتعيين مساعد شخصي جديد وعند إنهاء التعاقد مع مساعد شخصي

**للتأكد من أن مساعدك الشخصي يمكن أن يبدأ في اليوم الذي تحتاجه يجب أن يحدث ما يلي، -**

يجب على المساعد الشخصي الاتصال **لتحديد يوم وميعاد محاضرة التوجيه**

**في مقاطعة ايري، اتصل برقم 716-836-0105 داخلي 112 أو 502**

**في مقاطعة نياجرا اتصل برقم 716-284-4131 داخلي #215،**

**في مقاطعات اورليانز وجينيزي و ويومينج اتصل برقم 585-815-8501 داخلي 403**

**في مقاطعة فرانكلين (518) 483-2151**

**في مقاطعة سان لورنس (315) 764-9442**

**في مقاطعة تشوتوكوا (716) 661-3014**

**من أجل توفير التوجيه للمساعد الشخصي، يجب أن يكون المعاون متواجد في المكتب للتوجيه قبل عشر دقائق من وقت البدء.**

و**يجب أن يكون لديك نموذجين من بطاقات الهوية (بطاقة هوية مصورة وبطاقة الضمان الاجتماعي أو جواز سفر الولايات المتحدة هي البطاقات الأكثر شيوعًا).**

**سجل تطعيمات الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية إن وجدت.**

**الحضور بدون ميعاد مسبق غير مسموح.**

**\*\*\*مؤسساتنا خالية من الروائح\*\*\***

**هذا يعني أن هناك أشخاص آخرين من ذوي الإعاقة الذين يأتون إلى المكتب يعانون من الحساسية الشديدة لأنواع مختلفة من المنتجات المعطرة. وفي محاولة لتوفير مكان آمن للأشخاص الذين نخدمهم، سنطلب من أي شخص يدخل مكاتبنا بمنتج معطر موضوع على شخصه المغادرة وإعادة جدولة موعده.**

**يرجى عدم دخول المبنى أثناء وضع منتج معطر.**

**اتفاقية المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك**

**الموقع الإلكتروني: www.wnyil.org**

صُمم برنامج المساعد الشخصي الموجه للمستهلك لزيادة نفوذ الأشخاص ذوي الإعاقة لإدارة حياتهم الخاصة وتيسير اختلاطهم التام في المجتمع، وحيث أنك مشارك في هذا المشروع الفريد، فإنك توافق على قبول مسؤولية كبيرة لإدارة شؤون واحتياجات مساعدك الشخصي.

تقدم مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) هذا البرنامج لمستفيدي برنامج ميديكيد من خلال دائرة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة إيري. تحدد هذه الاتفاقية مسؤوليات كل من مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) والمستهلك.

من أجل المشاركة في برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك، يجب أن يكون الفرد شخص موجه ذاتيًا. التوجيه الذاتي يعني القدرة على اتخاذ قرارات بشأن رعاية الفرد وأنشطته، وفهم تأثير الاختيار وتحمل مسؤولية نتائج الاختيار. إذا لم يكن المستهلك موجها ذاتيًا، فقد يقوم محامٍ مستعد لتحمل مسؤوليات البرنامج بتسجيل هذا المستهلك.

للمشاركة في برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك، يجب على الفرد (أو الشخص الذي يدعمه) الموافقة على المسؤوليات التالية التي تتطلبها مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) ووزارة الصحة في ولاية نيويورك والالتزام بها.

**مسئوليات المستهلك/ صاحب العمل أو المحامي**

أتفهم أن مسؤولياتي في برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك تتطلب أن:

أقوم بتعيين المساعد الشخصي من اختياري ومقابلته وفحصه واختياره وتدريبه وجدولة مواعيده والإشراف عليه. أكون كذلك مسؤولًا عن فصل مساعدي الشخصيين إذا لزم الأمر.

أقوم بتعيين ما يكفي من المساعدين الشخصيين كدعم لضمان تلبية الاحتياجات طوال الوقت. أقدم الدعم (للمرافقين الثانويين) بحيث يجب أن يكونوا مخولين للعمل مع مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) قبل تقديم الخدمات.

**WNYIL/CA**

**:EC 08/08**

الحصول على الأقل على مرجع وظيفي واحد (1) سابق ومرجع شخصي واحد (1).

يتحمل المستهلك/ صاحب العمل أو المحامي والمساعدين الشخصيين مسؤولية توقيع اتفاقية مساعد شخصي تحدد بوضوح الواجبات المطلوبة.

والمشارك هو المسؤول عن جدولة مواعيد مساعديه الشخصيين لتلبية احتياجاته في إطار خطة الرعاية الخاصة بهم، وذلك في حدود الساعات التي تُصرح بها دائرة مقاطعة إيري للخدمات الاجتماعية، وحدة مساعدة الرعاية الشخصية. لا يُخول لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بالسداد إلا مقابل الساعات المصرح بها. وأي ساعات عمل تتجاوز العدد المُصرح به ستكون على مسؤولية المشارك.

تأكد من أن المساعدين الشخصيين يجتمعون مع موظف برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك لاستكمال جميع أوراق العمل اللازمة والحصول على تاريخ بدء رسمي.

تشمل أوراق العمل الإضافية الحالية ما يلي:

\* يجب على المستهلك/ صاحب العمل أو المحامي مراجعة الجداول الزمنية قبل التوقيع والتأريخ.

\* يجب الموافقة على نماذج الإجازة السنوية/ الإجازات المرضية وتوقيعها من قبل المستهلك/ صاحب العمل أو المحامي ثم إرسالها بالبريد أو إحضارها إلى مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

يقع على عاتق المساعد الشخصي مسؤولية تتبع عطلته وإجازته المرضية (عند الاقتضاء).

يجب على المساعدين الشخصيين تلبية جميع المتطلبات الصحية المنصوص عليها في المبادئ التوجيهية للولاية.

(علي سبيل المثال: اختبار الدرن السنوي، الاختبارات الجسدية، وغير ذلك).

يجب على المستهلك/ صاحب العمل أو المحامي إخطار برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك على الفور بإنهاء عقد المساعدين الشخصيين أو استقالتهم.

ويوافق المستهلك/ صاحب العمل أو المحامي على عدم ارتكاب أي أعمال احتيالية عند استخدام البرنامج بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الاحتيال على برنامج ميديك ايد.

**مسؤوليات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)/ برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك**

1. مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)/ برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك هو الوسيط للتعامل مع متطلبات برنامج ميديك ايد. حيث يقوم موظف بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بإرسال الفواتير إلى برنامج ميديك ايد بالساعات المصدق عليها والموضحة في الجداول الزمنية للمساعدين الشخصيين وتقارير الحضور والانصراف وذلك بعد حصول المساعدين الشخصيين على مستحقاتهم.

2. تحتفظ مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)/ برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك بملف عاملين سري لجميع المساعدين الشخصيين المُعيَّنين.

2

3. تعمل مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)/ برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك بصفتها "صاحب السجل" في تأمين تعويض العمال والتأمين ضد العجز والبطالة. تقوم مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)/ برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك بمعالجة كشوف المرتبات متضمنة اقتطاع الضريبة الفيدرالية والضريبة الخاصة بالولاية وضريبة الدخل والضمان الاجتماعي.

4. تُعد مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)/ برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك هي المسؤولة عن مصاريف الإجازات السنوية والمرضية للمساعدين الشخصيين وكذلك عن تحديث البيانات الدوري للموظفين.

5. تراقب مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)/ برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك قدرة المستهلك على الوفاء بمسؤولياته كما هو متفق عليه في الاتفاقية المكتوبة.

6. تحتفظ مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)/ برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك بجميع السجلات الخاصة بالمستهلكين وفقًا لإرشادات الدولة.

3

لقد قرأت الاتفاق المذكور أعلاه لبرنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك وأوافق على اتباع التوجيهات المذكورة أعلاه.

أتفهم أن مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)/ برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك تحتفظ بالحق في تحديد ما إذا كان المستهلك/ صاحب العمل أو المحامي يستوفي المعايير الدنيا المطلوبة للتوجيه الذاتي.

أتفهم أيضًا أن مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)/ برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك قد تقدم المساعدة فيما يتعلق بتعيين المرافق **"فقط"** كبادرة مساعدة، وأن مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)/ برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك **"غير"** مسؤولة عن توفير المرافقين للمستهلك/ صاحب العمل.

لقد تلقيت تدريب على يد منسق برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك في إجراءات التوظيف والفصل وإجراء المقابلات الشخصية وتقييمها فيما يتعلق بمساعد الرعاية الشخصية الخاص بي وأنا على ثقة من أنني أستطيع تحمل هذه الواجبات المطلوبة.

توقيع المستهلك/ صاحب العمل: التاريخ:

توقيع المحامي/ طرف التوجيه الذاتي: التاريخ:

[التوقيع]

مدير برنامج تولي القيادة: التاريخ:

4

شهادة إلى

مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)

بخصوص

برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك

تؤكد هذه الشهادة أنني استلمت وراجعت وفهمت جميع المستندات التالية المدرجة والتي قدمتها لي مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) فيما يتعلق بقبولي لبرنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك:

1. اتفاقية المشاركة في المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك؛

2. الأنشطة المستهدفة لخطة المعيشة المستقلة؛

3. خطة المعيشة المستقلة؛

4. قائمة التحقق من الالتحاق؛

5. إخلاء المسؤولية لمقدمي الرعاية المحتملين؛

6. ترخيص فردي لتبادل المعلومات الصحية المحمية واستخدامها والإفصاح عنها؛

7. ملاحظة بممارسات الخصوصية (قصيرة)؛

8. حقوق المستهلك؛

9. تأكيد الامتثال مع مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL). سياسة وإجراءات خطة امتثال الشركات ومدونة قواعد السلوك.

أوافق على الاحتفاظ بنسخ من الوثائق المقدمة لي والمذكورة أعلاه في مكان آمن وإتاحتها عند الطلب من قبل موظفي مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

أتفهم أنه يجب على اتباع القواعد والالتزامات الأخرى المنصوص عليها في المستندات المذكورة أعلاه وأن إخفاقي في القيام بذلك يمكن أن يؤدي إلى الفصل من برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك.

توقيع المستهلك/ صاحب العمل التاريخ

**أو**

الممثل المُعيَّن التاريخ

**أو**

الوصي التاريخ

توقيع الموظف بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) التاريخ

Il2017-11-12

**مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) (WNYIL)**

**حقوق المستهلك**

**السرية**

يحق لكل مستهلك و/أو وصي قانوني للمستهلك الاطلاع على سجل خدمة المستهلكين الخاص به. يمكن للمستهلك و/أو الوصي القانوني للمستهلك التفويض باستخدام المعلومات الموجودة في ملفه. ويجب منح هذا التفويض كتابةً. حيث يُسمح للمدير التنفيذي ورئيس العمليات ومديري البرامج ومنسقي سجلات خدمة المستهلكين وكبير موظفي الموارد البشرية والامتثال وفريق التدقيق الداخلي ومقدّم الخدمة المباشر ولجنة البرنامج من مجلس إدارة مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بالوصول إلى سجلات خدمة المستهلكين، عند الاقتضاء. تغطي متطلبات قانون نقل التأمين الطبي ومسؤوليته العديد من الخدمات التي تقدمها مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL). ولضمان امتثال الوكالة للوائح قانون نقل التأمين الطبي ومسؤوليته، في طلب كتابي محدد، يحدد المستهلك و/أو الوصي القانوني للمستهلك المعلومات التي يمكن التصريح بها ولمن يمكن أن يصدرها، وهي المعلومات العامة و/أو المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية. ولن يُصرح **بأي معلومات** دون إذن كتابي من المستهلك و/أو الوصي القانوني للمستهلك.

وسيحصل المستهلكين و/أو الوصي القانوني للمستهلك على عملية طعن مكتوبة ذات طابع رسمي لمعالجة أي حالات غير مرضية.

تخضع سجلات خدمة مستهلكي مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) للمراجعة من قبل مصادر التمويل المناسبة ويمكن أن تستدعيهم المحاكم. لا يحمي القانون قواعد السرية عندما يكون الضرر بالنفس أو للآخرين على المحك. يجري الاحتفاظ بسجل خدمة المستهلكين ويخضع لمراجعة الجودة من قبل لجنة البرنامج التابعة لمجلس إدارة مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) والمستهلك و/أو الوصي القانوني للمستهلك.

**عملية استئناف المستهلك**

إن سياستنا هي توفير وسائل فعالة ومقبولة للمستهلكين و/أو الوصي القانوني للمستهلك لتقديم المشاكل والشكاوى المتعلقة بتلقي الخدمات وذلك للأشخاص المناسبين. حيث يُشجّع المستهلكين و/أو الوصي القانوني للمستهلك على تسوية التظلمات بشكل غير رسمي من خلال النقاش مع مقدم الخدمة و/أو استخدام موارد المشرفين على البرنامج ومدير العمليات و/أو المدير التنفيذي. في جميع الأوقات خلال هذه العملية، يمكن للمستهلك و/أو الوصي القانوني للمستهلك الوصول إلى سجل خدمة المستهلكين الخاص بهم. وإذا لم يعالج هذا الموقف، فيجوز لأي مستهلك و/أو وصي قانوني للمستهلك تقديم شكوى بالطريقة التالية:

**الخطوة الأولى** - تقديم بيان مكتوب بالتظلم على الفور إلى المدير التنفيذي، والذي يتضمن ملاحظات أي اجتماع ومناقشات غير رسمية. ويقع على عاتق المدير التنفيذي مسؤولية الرد على التظلم خلال 5 أيام عمل. إذا طلب المدير التنفيذي مزيدًا من المعلومات، فمن المقرر عقد اجتماع في موعد لا يتجاوز ثلاث أيام عمل من وقت تقديم التظلم لأول مرة إلى المدير التنفيذي. وسيُصدر المدير التنفيذي قراره بعد ذلك. يجب الاحتفاظ بسجل مكتوب بهذا التظلم والقرار المتخذ ووضعه في سجل خدمة المستهلك.

إذا فشل المدير التنفيذي في الاستجابة للتظلم أو شعر المستهلك و/أو الوصي القانوني للمستهلك أن القرار غير مقبول أو إذا توصلوا إلى حل ولكن لم يلتزموا به، فيجوز له المتابعة إلى الخطوة الثانية. في حالة كان التظلم مع المدير التنفيذي، فستبدأ العملية بالخطوة الثانية.

**الخطوة الثانية** - تقديم بيان مكتوب بالتظلم على الفور إلى لجنة البرنامج التابعة لمجلس إدارة مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، والتي تتضمن ملاحظات عن أي اجتماعات أو مناقشات. تتحمل لجنة البرنامج مسؤولية الرد على التظلم في خلال عشرة أيام عمل. إذا طلبت لجنة البرنامج مزيدًا من المعلومات، فمن المقرر عقد اجتماع في موعد لا يتجاوز ثمانية أيام عمل من وقت تقديم التظلم لأول مرة إلى لجنة البرنامج. وستصدر لجنة البرنامج قرارها بعد ذلك. يجب الاحتفاظ بسجل مكتوب بهذا التظلم والقرار المتخذ ووضعه في سجل خدمة المستهلك.

في جميع الحالات، يكون قرار لجنة البرنامج ملزمًا. إذا فشلت لجنة البرنامج في الاستجابة للتظلم أو شعر المستهلك و/أو الوصي القانوني للمستهلك أن القرار غير مقبول، أو إذا توصلوا إلى حل ولكن لم يلتزموا به، فيجوز له التواصل مع:

• خدمات ولاية نيويورك لخدمات توظيف الكبار والتعليم المستمر - التأهيل المهني (ACCES-VR), 1 Commerce Plaza, Room 1607, 99 Washington Ave., Albany, NY 12234 على رقم (800) 222-5627 (صوتي) أو مبرقة كاتبة: 7-1-1 الخدمة البديلة الخاصة بولاية نيويورك وامنح عامل الهاتف هذا الرقم (800) 222-5627 (صوتي).

• إذا تلقيت خدمات من خلال المنطقة 1 من المكتب الإقليمي لإعاقات النمو، يرجى الاتصال بضمان الجودة على رقم (716) 674-6300؛ أو مفوض مكتب ولاية نيويورك للأشخاص ذوي إعاقات النمو على رقم (518) 473-1997 (صوتي) أو مبرقة كاتبة: 7-1-1 الخدمة البديلة الخاصة بولاية نيويورك وامنح عامل الهاتف هذا الرقم (518) 473-1997.

• إذا كنت تتلقى خدمات من خلال مكتب الصحة العقلية في نيويورك، فيرجى الاتصال بمركز العدل في نيويورك لحماية ذوي الاحتياجات الخاصة، 161 Delaware Avenue, Delmar, New York 12054-1310 على رقم (518) 549-0200 (صوتي) أو مبرقة كاتبة: 7-1-1 الخدمة البديلة الخاصة بولاية نيويورك وامنح عامل الهاتف هذا الرقم (518) 549-0200. أبلغ عن إساءة المعاملة على رقم (855) 373-2122 (يعمل 24 ساعة في اليوم على مدار 7 أيام في الأسبوع) أو المبرقة الكاتبة: 7-1-1 الخدمة البديلة الخاصة بولاية نيويورك وامنح عامل الهاتف هذا الرقم (855) 373-2122.

• لديك الحق في الاتصال ببرنامج مساعدة العملاء، وهو مورد مُصمم لمساعدة أولئك الذين يتقدمون بطلب أو يتلقون خدمات من مراكز المعيشة المستقلة الممولة فيدراليًا. حيث يقوم برنامج مساعدة العملاء بخدمة العملاء المتقدمين وعملاء خدمات توظيف الكبار والتعليم المستمر - التأهيل المهني ولجنة ولاية نيويورك للمكفوفين. الاتصال ببرنامج مساعدة العملاء لطلب خدمة ليست جزءًا رسميًا من أي عملية شكوى في مراكز المعيشة المستقلة. تقوم هيئة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في نيويورك حصريًا بتشغيل برنامج مساعدة العملاء. إذا كانت لديك أسئلة أو استفسارات أو إذا كنت تعاني من منازعات بشأن مراكز المعيشة المستقلة هذه، فلا تتردد في الاتصال بهيئة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في نيويورك للحصول على المساعدة: هيئة حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في نيويورك،Disability Rights New York, 725 Broadway, Suite 450, Albany, NY 12207 (رئيسي) (518) 432-7861 (رقم مجاني) (800) 8982-993(المبرقة الكاتبة) (518) 512-3448 (بريد الكتروني) mail@DRNY.org.

بالإضافة إلى ذلك، يتوافر لدى مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) برنامج امتثال لضمان امتثال الوكالة لجميع القوانين واللوائح المعمول بها واتخاذ جميع الخطوات المعقولة لمكافحة الاحتيال أو الإهمال أو إساءة الاستخدام في جميع برامجها. يجب الإبلاغ عن الاشتباه في الاحتيال أو الإهمال أو إساءة الاستخدام في أي من البرامج التي تشرف عليها مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) إلى: كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، تينا براون، 3108 Main Street, Buffalo, NY 14214, tbrown@wnyil.org, محلي (716)-836-0822، داخلي. 102، أو الرقم الساخن المجاني الخاص بلجنة الامتثال   
1-866-576-8042.

مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) هي عضو في أسرة وكالات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

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

بالتوقيع على هذا النموذج، فأنا أؤكد بصفتي مستهلك لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، بأنني على علم تام بما يلي:

• حقوقي ومسؤولياتي كمستهلك.

• حقي في السرية.

• الإجراء الداخلي وعملية تقديم شكوى لدى وكالتنا.

• من يجب الاتصال به إذا كنت غير راض عن حل شكواي.

الصلة: \_\_\_\_\_ مستهلك \_\_\_\_\_ والد

\_\_\_\_\_ وصي \_\_\_\_\_ ممثل مُعيَّن

اسم المستهلك مطبوع: رقم التأمين الاجتماعي (أخر 4 أرقام) \_ \_ \_ \_

الاسم المطبوع إذا كنت والد/ وصي/ ممثل مُعيَّن:

التوقيع: التاريخ:

**المرجع رقم # \_\_\_\_\_\_\_\_**

**WNYIL, INC. الإبلاغ عن حادث**

يجب ملء هذا التقرير في غضون 24 ساعة من وقوع الحادث من خلال شخص متورط في الحادث أو شاهد عليه. إذا تورط أكثر من شخص واحد، فيجب إكمال تقرير منفصل لكل شخص معني. يجب تسليم النموذج المكتمل على الفور إلى المشرف على الموظف الذي سيقوم بعد ذلك بإرساله إلى منسق الموارد البشرية.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. اسم الشخص الذي تعرض للحادث: | |
| 2. عنوان الشخص الذي تعرض للحادث: | |
| 3. رقم هاتف الشخص الذي تعرض للحادث: | |
| 4. صلته بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL): □ موظف □ متطوع/ متدرب □ مستهلك □ زائر | |
| 5. مشرف الشخص المتورط: | |
| 6. تاريخ الحادث: | وقت الحادث: ص م |
| 7. بداية دوام العمل: ص م | انتهاء دوام العمل: ص م |
| 8. اسماء وعناوين وأرقام هواتف الشهود (إن وُجِدت) | |
| 9. نوع الحادث: □ سوء معاملة/ إهمال □اعتداء/ شجار □التواء  □ سقوط/ انزلاق □ مرض □ حادث أثناء الرفع  □ حادث سيارة □ سرقة □أخرى: | |
| 10. اذكر الأجزاء المتضررة من الجسم: | |
| 11. موقع أو عنوان الحادث: | |
| 12. وصف الحادث بالتفصيل: (متضمنا أي أدوات أو أجهزة أو مواد أو ما إلى ذلك لها علاقة بالحادث) | |
| 13. هل تواصلتم مع العناية الطبية الطارئة؟ □ نعم □ لا □ غير معروف | |
| 14. هل تحرر محضر بالحادث؟ □ نعم □ لا □ غير معروف | |
| 15. هل يتلقي الشخص الذي تعرض للحادث العلاج؟ □ نعم □ لا □ غير معروف  في حالة الإجابة بنعم، اذكر اسم/ عنوان مقدم الرعاية: | |
| 16. الإجراءات التصحيحية: | |
| 17. تاريخ خطة الإجراءات التصحيحية: | |
| 18. توقيع الشخص المتورط: تاريخ التوقيع: | |
| 19. توقيع المشرف: تاريخ مراجعة التقرير: | |
| 20. توقيع المدير التنفيذي: تاريخ مراجعة التقرير: | |

|  |
| --- |
| **للاستخدام الرسمي فقط:** |
| فئة الحادث: □ موظفين □ مساعدي العناية الشخصية □ متطوع/ متدرب  □ منشأة □ مستهلك □ انتقالات  □ زائر |
| تاريخ تلقي المكتب للاستمارة: |
| ملاحظات المكتب: |
| تاريخ تلقي قسم الموارد البشرية الاستمارة: |
| ملاحظات قسم الموارد البشرية: |
| □ لجنة البرنامج □ الموارد البشرية □ امتثال الشركات |
| التواصل مع وكالة تنسيق الرعاية: □ نعم □ لا □ غير معروف |
| في حالة الإجابة بنعم، اذكر تاريخ التواصل: |
| معلومات تواصل وكالة تنسيق الرعاية: |
| حوادث سابقة: □ نعم □ لا □ غير معروف |
| في حالة الإجابة بنعم اذكر تاريخ ووصف الحادث: |
| رقم الضمان الاجتماعي: |
| متوسط الأجر الأسبوعي: |
| العنوان الوظيفي: |
| واجبات العمل: |
| تاريخ التوظيف: |
| أيام العمل الطبيعية: □ الأحد □ الاثنين □ الثلاثاء □ الأربعاء □ الخميس □ الجمعة □ السبت |
| الوقت الضائع من العمل: □ نعم □ لا □ غير معروف |
| في حالة الإجابة بنعم، آخر يوم عمل: |
| أول يوم مقرر بدون عمل: |
| في حالة إمكانية الرجوع إلى العمل، تاريخ العودة: |

2019-01

**المرجع رقم # \_\_\_\_\_\_\_\_**

**WNYIL, INC. الإبلاغ عن حادث**

**يجب** ملء هذا التقرير في غضون **24 ساعة** من وقوع الحادث من خلال شخص متورط في الحادث أو شاهد عليه. إذا تورط أكثر من شخص واحد، فيجب إكمال تقرير منفصل لكل شخص معني. يجب تسليم النموذج المكتمل على الفور إلى المشرف على الموظف الذي سيقوم بعد ذلك بإرساله إلى منسق الموارد البشرية.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. اسم الشخص الذي تعرض للحادث: | |
| 2. عنوان الشخص الذي تعرض للحادث: | |
| 3. تاريخ الحادث: | وقت الحادث: ص م |
| 4. بداية دوام العمل: ص م | انتهاء دوام العمل: ص م |
| 5. صلته بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL): □ موظف □ متطوع/متدرب □ مستهلك □ زائر | |
| 6. عنوان الشخص الذي تعرض للحادث: | |
| 7. رقم هاتف الشخص الذي تعرض للحادث: | |
| 8. أسماء الشهود (إن وُجِدت): | |
| 9. عناوين الشهود وأرقام هواتفهم: | |
| 10. نوع الحادث: □ سوء معاملة/ إهمال □اعتداء/ شجار □ التواء  □ سقوط/ انزلاق □ مرض □ حادث أثناء الرفع  □ حادث سيارة □ سرقة  □أخرى: | |
| 11. الأجزاء المتضررة من الجسم: □ الرأس □ الوجه □ العيون (يمنى أو يسرى)  □ الجذع/ الظهر □ الرقبة □ اليد (اليمنى أو اليسرى)  □ الأصابع □ الركبة (اليمنى أو اليسرى) □ الكاحل (الأيمن أو الأيسر)  □ الذراع (الأيمن أو الأيسر) □ الكتف (الأيمن أو الأيسر) □ القدم (اليمنى أو اليسرى)  □ الفخذ (الأيمن أو الأيسر) □ أخرى (حدد) □ لا يوجد | |
| 12. موقع أو عنوان الحادث: | |
| 13. وصف الحادث بالتفصيل: (متضمنًا أي أدوات أو أجهزة أو مواد أو ما إلى ذلك لها علاقة بالحادث). | |

|  |
| --- |
| 14. هل تواصلتم مع العناية الطبية الطارئة؟ □ نعم □ لا □ غير معروف |
| 15. هل تحرر محضر بالحادث؟ □ نعم □ لا □ غير معروف |
| 16. اسم وعنوان مقدم الرعاية: |
| 17. الإجراءات التصحيحية: |
| 18. تاريخ خطة الإجراءات التصحيحية: |
| 19. توقيع الشخص المتورط: تاريخ التوقيع: |
| 20. توقيع المشرف: تاريخ مراجعة التقرير: |
| 21. توقيع المدير التنفيذي: تاريخ مراجعة التقرير: |
| **للاستخدام الرسمي فقط:** |
| فئة الحادث: □ موظفين □ مساعدي العناية الشخصية □ متطوع/ متدرب  □ منشأة □ مستهلك □انتقالات  □ زائر |
| تاريخ تلقي المكتب للاستمارة: |
| ملاحظات المكتب: |
| تاريخ تلقي قسم الموارد البشرية الاستمارة: |
| ملاحظات قسم الموارد البشرية: |
| □ لجنة البرنامج □ الموارد البشرية □امتثال الشركات |
| التواصل مع وكالة تنسيق الرعاية: □ نعم □ لا □ غير معروف |
| في حالة الإجابة بنعم، اذكر تاريخ التواصل: |
| معلومات تواصل وكالة تنسيق الرعاية: |
| حوادث سابقة: □ نعم □ لا □ غير معروف |
| في حالة الإجابة بنعم اذكر تاريخ ووصف الحادث: |

مذكرة رعاية على مدار 24 ساعة وعدد ساعات المناوبات

يجب ألا يعمل المساعد الشخصي لمدة 24 ساعة متواصلة أو أكثر.

أسباب عدم السماح للمساعدين الشخصيين بالعمل لمدة 24 ساعة أو أكثر:

يوضح هذا القسم التالي أنه إذا كانت الرعاية مطلوبة لمدة 19 ساعة أو أكثر، فينبغي أن يتولى عدة أشخاص الخدمة بالتناوب. لن يحصل المساعد الشخصي المقيم على 5 ساعات من النوم دون انقطاع بسبب مستوى حاجة المستهلك في فترة 24 ساعة، وبالتالي فإن خيار الإقامة من خلال مساعد شخصي واحد غير ملائم. لذلك، يمكن افتراض أنه من المتوقع ألا يتمكن أي شخص من العمل أكثر من 19 ساعة في يوم واحد كحد أقصى. ما لا يزيد عن 16 ساعة هو القصد من اللوائح بناءً على مستوى الرعاية الذي يمكن تقديمه من خلال المساعد الشخصي المقيم.

تنص لائحة برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك رقم 505.28 (4) على ما يلي:

(4) "المساعدة الشخصية المستمرة الموجهة للمستهلك" تعني توفير الرعاية دون انقطاع، من قبل أكثر من مساعد شخصي مخصص للمستهلك، لأكثر من 16 ساعة في يوم تقويمي بالنسبة للمستهلك الذي يحتاج، بسبب حالته الطبية، إلى مساعدة أثناء هذا اليوم التقويمي في قضاء الحاجة أو المشي أو التنقل أو الحركة وتغيير وضعية الجلوس أو التغذية أو خدمات المساعدة الصحية المنزلية أو مهام التمريض الاحترافية، ويحتاج إلى مساعدة بهذا القدر بحيث من الصعب أن يحصل المساعد الشخصي الموجه للمستهلك المقيم على مدار 24 ساعة كاملة وبانتظام على خمس ساعات يوميًا من النوم المتواصل خلال فترة نوم المساعد البالغة ثماني ساعات.

وفضلاً عن ذلك:

في مذكرة اللجنة المحلية (LCM) عام 2006 كان السؤال "هل يمكن لشخص واحد توفير رعاية مستمرة على مدار 24 ساعة؟". كان الجواب "لا. لا يجوز لشخص واحد توفير رعاية متواصلة على مدار 24 ساعة...تشمل الرعاية الشخصية على مدار 24 ساعة (سواء كانت مناوبات متقطعة أو متعددة) رعاية متواصلة مقدمة من أكثر من مساعد واحد كما هو موضح في اللائحة 18 NYCRR 505.14 (a)(3).

ويرجع أهمية ذلك لضمان صحة ورفاهية المستهلك الذي يمكن تلبية احتياجاته من الرعاية خلال هذا النوع من الخدمات. كما أنه من غير المعقول افتراض أن فردًا واحدًا يمكنه تقديم مساعدة آمنة وكافية للمستهلك دون نوم لمدة 24 ساعة يوميًا أو أن الشخص الواحد يمكنه تقديم هذا الكم الهائل من الرعاية لمدة 7 أيام في الأسبوع".

الخلاصة:

لا ينبغي أن يعمل أي مساعد شخصي على فترة مناوبة أطول من 16 ساعة ما لم يتطلب الموقف غير المتوقع ضرورة وجود مساعد شخصي للبقاء في الإطار الزمني الممتد. قد تستدعي أحداث الطقس أو مرض المساعد الشخصي أو الانصرافات غير المتوقعة وغيرها من المواقف الطارئة التي قد تحدث مرة واحدة أن يقوم المساعد الشخصي بمد فترة مناوبته المحددة. وأي موقف بخلاف ذلك، يقع على عاتق المستهلك مسؤولية توظيف ما يكفي من المساعدين الشخصيين لتغطية الساعات المسموح للمستهلك بتلقيها. إذا لم يتمكن المستهلك من العثور على العدد اللازم من المساعدين الشخصيين لتغطية الساعات بطريقة آمنة بدرجة كافية، فإنه يتعين على المستهلك التواصل مع منظمة الرعاية المدارة لتحديد المستوى المناسب من الرعاية أو مستوى الخدمات.

**مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)**

**خطة امتثال الشركات**

**2008-2009**

**(مُراجع في 6/2019)**

**كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال**

تينا براون

(716) 836-0822، داخلي. 102

tbrown@wnyil.org

هذه الوثيقة هي نسخة مختصرة من خطة امتثال الشركات الكاملة بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL). وقد جرى تبسيطها مع التركيز على المستهلكين والمساعدين الشخصيين المشاركين في برنامج التحكم (برنامج المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك). والهدف منه هو مساعدتك على فهم دور مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) وفهم حقوقك ومسؤولياتك كشخص يستفيد منها أو يُدفع له من خلال البرامج/ الخدمات الممولة من أموال ولاية نيويورك وصناديق المعونة الطبية الفيدرالية (برنامج ميديكيد). يمكنك طلب نسخة ورقية كاملة من خطتنا من أي من مكاتبنا أو يمكنك الوصول إلى النسخة الكاملة من خطة الامتثال للوكالة على موقع www.wnyil.org.

**ط. رؤية ورسالة مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL). (WNYIL Inc.)**

**أ. بيان الرؤية**

تُعد أسرة وكالات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) عاملًا مساعدًا للأنظمة والتغيير الفردي، مما يعزز من جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، مع احترام التنوع وتعزيز الخيارات والبدائل للمعيشة المستقلة في مجتمعاتنا.

**ب. الرسالة**

تُعد أسرة وكالات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) منظمة حقوق مدنية متعددة الثقافات وذات قاعدة شعبية وينصح بها الشركات المماثلة، وتقدم مجموعة كاملة من المساعدة والبرامج والخدمات لتحسين جودة الحياة لجميع الأفراد ذوي الإعاقة. مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) يضطلع مجلس الإدارة والمستشارين الخاص بمجموعة الصحة العقلية والمعيشة المستقلة بمقاطعة نياجرا، والمعيشة المستقلة باقليم جينيزي، والموظفين والمتطوعين بهذه الهيئات الذين يُشكلون غالبية الأشخاص ذوي الإعاقة، بإدارة منظمات مهنية وفعالة تهيئ فرصًا للاختيار والاستقلال والمشاركة المجتمعية. حيث يمكن إزالة الحواجز المادية والسلوكية وتسهيل الوصول إلى

وسائل النقل والاتصالات في مجتمعنا. تساعد مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) الأشخاص ذوي الإعاقة على تحقيق خيارات حياتهم من خلال تقديم المعلومات والتوجيه، وتدعيم

مهارات المعيشة المستقلة، ومساندة الأفراد والأنظمة، وتقديم المشورة للأقران، وبرامج تمكين المساندة، والمساعدة الذاتية وتطوير القيادة، ودعم الأسر وتثقيف المجتمع والشراكات.

**ج. تأكيد تكافؤ فرص الوصول**

تضمن مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) تكافؤ فرص الوصول لجميع الأشخاص بغض النظر عن إعاقتهم الجسيمة في كل من الوصول المادي والاستفادة من خدمات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) وبرامجها وأنشطتها ومواردها ومنشآتها، سواء الممولة من القطاع العام أو الخاص.

**د. بيان التوجيه الذاتي**

يجب على مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) مساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة في ممارسة المزيد من الحرية والسيطرة على حياتهم الخاصة. لذلك، كلما كان ذلك ممكنا، يكون للأفراد الذين يتلقون الخدمات دور فعال في تحديد الخدمات المطلوبة وتقديم هذه الخدمات.

ويمكن تشجيع المستهلكين على التوجيه الذاتي من خلال:

1. وضع أهدافهم الخاصة.

2. توجيه تقديم الخدمات باستخدام قدراتهم الخاصة.

3. يجب أن يحظي المستهلكون، في جميع الأوقات، بالمساندة الذاتية.

4. لا يفرض موظفو مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) أحكامهم الخاصة على المستهلك.

**هـ. إعلان جمعيات الأقران**

سوف تدعم مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) تطوير أدوار الهيئات المماثلة وتسهيل العلاقات معها وذلك لتقديم الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات الجسيمة. ونحن بصدد تحقيق هذا المسعى من خلال العضوية في مجلس الإدارة وتعيين المتطوعين وترقية وتعيين الموظفين، وذلك من أجل تزويد مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بتوجيه الهيئات المماثلة الضروري لجميع أنشطة مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

**ثانيًا. غرض خطة امتثال الشركات**

**أ. مقدمة**

تهدف خطة امتثال الشركات هذه إلى التأكد من أن مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) ستحافظ على سمعتها الإيجابية وتأثيرها في المجتمع من خلال تحسين حياة الأشخاص ذوي الإعاقة في مجتمعاتنا وتوفير وصول أفضل وخدمات عالية الجودة مقابل تكلفة جيدة وبصورة متسقة مع رؤية ورسالة مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، كما هو موضح أعلاه أو كما هو منصوص عليه من قبل مجلس الإدارة.

تحتفظ مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بأي شخص تابع للمؤسسة وفقًا لأعلى المعايير. وفي إطار جهودنا لتحقيق هذه الأهداف، وضعت مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) خطة امتثال الشركات هذه.

**ب. الرسالة**

من المقرر أن يحقق كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) هذا الهدف من خلال مساعدة الأشخاص وتقديم المشورة للموظفين والمستهلكين والوكلاء وممثلي مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، وكذلك المساعدة في ضمان امتثال مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية والقوانين المحلية. وبهذه الأهلية، سوف يلتزم كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال بتقديم إرشادات واضحة لتدريب وتثقيف الموظفين والمستهلكين والوكلاء والممثلين فيما يتعلق بالقوانين واللوائح والسياسات والإجراءات المعمول بها من حيث صلتها بالامتثال.

سوف يسعى كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال إلى:

1. تعزيز ثقافة تشجع الموظفين والوكلاء والمستهلكين والممثلين على أداء الأنشطة بنزاهة ووفقًا لجميع لوائح الامتثال والقوانين المعمول بها وسياسات وإجراءات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) والإبلاغ عن حالات عدم الامتثال إلى كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال؛

2. تثقيف المسؤولين والمديرين وأعضاء المجلس والموظفين والوكلاء والمستهلكين وممثلي مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) فيما يتعلق بالمخاطر القانونية لبعض الممارسات الخاصة بالعمل؛

3. تشجيع مدراء مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) على البحث عن المشورة المناسبة فيما يتعلق بالممارسات الخاصة بالعمل وإجراء تلك الأنشطة ضمن متطلبات القانون والمعايير الأخلاقية لموظفي مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) ولضمان الامتثال بالمبادئ التوجيهية للأحكام الفيدرالية.

امتثال الشركات هو عبارة عن شراكة للمساعدة في تحديد مجالات المخاطر التنظيمية وكذلك للمساعدة في التخفيف من مخاطر عدم الامتثال. ومن المتوقع أن يكرس موظفو مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) أنفسهم للشركة ويعملون بجد وإخلاص وحكمة لضمان بلوغ مستويات عالية من القيادة الإبداعية والمسؤولية المالية للتعاون والتواصل مع الآخرين الذين يشاركون نفس قيم مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) في تقديم البرامج والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، ويدافعون بالنيابة عن قضايا الضمير والحاجة الإنسانية ويساهمون في الحفاظ على المعيشة المستقلة وقوتها.

**ثالثا. خطة امتثال الشركات لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)**

**العناصر الأساسية**

يجب أن تتضمن خطة الامتثال للشركات العناصر الأساسية الثمانية التالية وفقًا لما يتطلبه مكتب المفتش العام لبرنامج ميديكيد (OMIG) ومكتب المفتش العام (OIG):

**أ. البند رقم 1: السياسات والإجراءات المكتوبة**

هذه الوثيقة، بما في ذلك الملحقات 'أ' و 'ب' و 'ج' وكذلك دليل الامتثال الخاص بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، ستكون بمثابة سياسات وإجراءات مكتوبة من مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) برمتها.

**ب. البند رقم 2: الموظف المُعيَّن المنوط بمسؤولية الإشراف على الخطة وجميع عناصرها المطلوبة**

**1. الموظف المسؤول**

قامت مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بتعيين السيدة تينا براون في منصب كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال. حيث يضطلع كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال بتقديم التقارير مباشرة إلى المدير التنفيذي ويتحمل المسؤولية أمام مجلس الإدارة. وهذا الشخص مسؤول عن التنفيذ الشامل وإدارة العمليات الخاصة بخطة امتثال الشركات.

**2. الأشخاص المسؤولين الآخرين**

1. لجنة امتثال الشركات: يرأس لجنة امتثال الشركات رئيس قسم الموارد البشرية والامتثال. وتتكون من أعضاء مجلس الإدارة والأفراد المختارين من المجتمع والمدير التنفيذي لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) وأعضاء مختارين من فريق مراقبة الامتثال.

2. فريق تدقيق ومراقبة الامتثال: سيتولى فريق تدقيق ومراقبة الامتثال مسؤولية مساعدة كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال في تنفيذ عملية المراجعة الداخلية. وسيكون بدوره مسؤولًا عن مراجعة وتحديث بروتوكولات التدقيق لضمان إجراء عمليات التدقيق بشكل موحد وطبقًا للمعايير التي تتطلبها مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) ومصادر التمويل.

3. الممثل القانوني: يعمل كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال بالتعاون مع مستشار قانوني خارجي على تطوير وتنفيذ خطة الامتثال.

**ج. البند رقم 3: برامج تعليمية وتدريبية لتوعية الموظفين وغيرهم بمسؤولياتهم**

يتحمل كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال المسؤولية العامة عن الإشراف على تطوير وتنفيذ برامج التعليم والتدريب والاتصال لضمان امتثال المديرين والمسؤولين وأعضاء المجلس والموظفين والمستهلكين والوكلاء والممثلين لخطة امتثال الشركات في مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

**د. البند رقم 4: تقديم تقارير عن امتثال الشركات**

بموجب التوجيه العام لكبير موظفي الموارد البشرية والامتثال، يجب على مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) وكل مدير إدارة تنفيذ عمليات لتوفير التعليم والتوجيه بشأن أخلاقيات وسياسات الامتثال القانوني والإجراءات الخاصة بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) والتقرير والإبلاغ عن القضايا المتعلقة بالعمل.

1. يتحمل كل موظف مسؤولية إخطار مشرفه في الوقت المناسب بأي انتهاكات أو اشتباه في انتهاكات لمعايير الأخلاق والسلوك القانوني. ومن ناحية أخرى، يجوز للموظف اتباع إجراءات الإبلاغ بموجب الجزء التاسع، سياسة الامتثال في الاحتيال وسوء المعاملة، القسم 'ج'، مشاركة الموظف وإعداد التقارير.

2. سيتم إبلاغ الأفراد أنه قد يكون مجرد عدم الإبلاغ عن انتهاك مشتبه به في بعض الحالات أساسًا لاتخاذ إجراء تأديبي أو غيره من الإجراءات.

3. يتوافر رقم هاتف مجاني (866) 576-8042 لجميع الأشخاص الذين قد يرغبون في الحصول على المشورة بشأن سياسات وإجراءات معينة، أو الذين يرغبون في الإبلاغ عن انتهاكات فعلية أو متوقعة للقانون أو سياسات وإجراءات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) المعمول بها.

4. لن يخضع أي فرد للانتقام بسبب الإبلاغ، بحسن نية، عن أفعال يشعرون أنها تنتهك القانون أو المعايير الموضوعة. أي شخص يشترك في أي عمل انتقامي عن أي تقرير، بحسن نية، يكون عرضة للتأديب و/أو الفصل.

5. **التقارير التنظيمية:** يجب على كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال تقديم تقرير إلى المدير التنفيذي بشأن خطة امتثال الشركات بشكل مستمر، وتقديم تقرير عن أنشطة خطة الامتثال إلى لجنة الامتثال المؤسسية مرة على الأقل كل ثلاثة أشهر، وتقديم تقرير عن الامتثال القانوني والأخلاقي عند الطلب.

6. **مشاركة الموظفين وإعداد التقارير:** هي مسؤولية تقع على عاتق كل موظف في مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) أن يلتزم بالقوانين واللوائح المعمول بها وأن يدعم الجهود التي يبذلها قسم الامتثال بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL). يتعين على جميع الموظفين الإبلاغ عن اعتقادهم بحسن نية عن أي انتهاك لخطة الامتثال أو القانون المعمول به. تقوم مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بناءً على طلب الموظف بإخفاء هوية الموظف الذي يبلغ إن امكن في ظل ظروف حكم مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، بما يتوافق مع التزاماتها بالتحقيق في مخاوف الموظفين واتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة . ولن يكون هناك أي مجال للثأر أو الانتقام في شروط وأحكام التوظيف نتيجة لهذا الإبلاغ. سيقوم الموظفون بالإبلاغ عن اعتقادهم بحسن نية عن أي انتهاك لخطة الامتثال أو القوانين المعمول بها بالطرق التالية:

أ. إما شفهيًا أو كتابيًا لمديره المباشر.

ب. عن طريق استخدام الخط الساخن للامتثال على رقم 1-866-576-8042. إذا كانت لديك القدرة على حجب المكالمة، فاتصل برقم \*67 قبل الاتصال برقم 1-866-576-8042 لإخفاء رقمك عن معرف المتصل.

ج. إدخال الشكاوى عبر صفحتنا على الإنترنت: **www.wnyil.org/corporatecompliance**.

**د.** إما شفهيًا أو كتابيًا إلى كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL):

تينا براون، كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال

مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)

3108 Main Street

Buffalo NY 14214

هاتف: 836-0822 (716) داخلي. 102

tbrown@wnyil.org

**هـ. البند رقم 5: السياسات التأديبية للتشجيع على المشاركة بحسنة النية**

قد يخضع الموظفون للتأديب لفشلهم في المشاركة في جهود الامتثال لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

1. فشل الموظف في أداء أي التزام مطلوب منه فيما يتعلق بالامتثال للبرنامج أو القوانين أو اللوائح المعمول بها

2. عدم الإبلاغ عن الاشتباه في انتهاكات لقوانين خطة الامتثال أو القوانين أو اللوائح المعمول بها للشخص المناسب؛ و

3. الفشل من جانب الموظف الذي يشغل منصب إشرافي أو إداري في تنفيذ السياسات والإجراءات بشكل معقول والمحافظة عليها، وهو أمر ضروري لضمان الامتثال لشروط البرنامج أو القوانين واللوائح المعمول بها.

وسوف يتبع التأديب تطبيق سياسات وإجراءات تأديب الموظفين الحالية لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

**و. البند رقم 6: نظام لتحديد روتين مجالات مخاطر الامتثال**

**التدقيق والمراقبة**

بالتشاور والتعاون مع المدير التنفيذي ومديري الإدارات الرئيسيين، سيقوم كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال بتنسيق عمليات التدقيق الداخلي والدراسات الاستقصائية المناسبة للتحقق من الالتزام والوعي بمتطلبات خطة امتثال الشركات ومتطلبات مصدر التمويل وسياسات الامتثال وأخلاقيات وإجراءات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

يخضع أي نشاط تجاري لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، وعند نقطة تأسيس حقوق التدقيق للشركات التابعة أو الشراكات أو المشاريع المشتركة أو الجهات المرخص لها أو المقاولون أو البائعون أو الموزعون أو الجهات الخارجية أو أي جهة أو عملية أخرى، إلى مراجعة التدقيق الداخلي.

**ز. البند رقم 7: نظام للاستجابة لقضايا مخاطر الامتثال**

الغرض من هذه السياسة هو تحديد الإجراءات التي ستستخدمها مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL). يجب على مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL Inc.) الرد على تقارير الموظفين أو غيرهم بأن وحدة العمل أو الأفراد العاملين بوحدة العمل أو المستهلكين المشاركين في برنامج ما يتورطون في نشاط قد ينتهك المعايير الموضحة في خطة امتثال الشركات والتي قد تكون مخالفة للقوانين أو اللوائح المعمول بها في برنامج ميديك ايد أو أن هؤلاء الأشخاص أو وحدات العمل قد يقدمون مطالبات بطريقة لا تفي بمتطلبات برنامج ميديك ايد، حسب الاقتضاء.

1. التحقيق

أ. الغرض من التحقيق:

يمكن أن يكون الغرض من التحقيق من أجل

1. تحديد تلك المواقف التي قد لا تتبع فيها قوانين وقواعد ومعايير برنامج ميديك ايد.

2. تحديد الأفراد الذين ربما يكونوا قد تسببوا بقصد أو بدون قصد في تقديم مطالبات أو العمل عليها بطريقة تنتهك قوانين أو قواعد أو معايير برنامج ميديك ايد.

3. تسهيل تصحيح أي ممارسات لا تمتثل للقوانين والقواعد والمعايير الخاصة ببرنامج ميديك ايد.

4. لتنفيذ تلك الإجراءات اللازمة لضمان الامتثال في المستقبل.

5. لحماية مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) في حالة اتخاذ إجراءات مدنية أو جنائية.

6. للحفاظ على أصول مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) وحمايتها.

ب. مراقبة التحقيقات:

يجب إرسال جميع التقارير التي يتلقاها موظفو الوكالة إلى كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL). يتولى كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال في مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) أو من ينوب عنه أمر اتخاذ تدابير التحقيق المناسبة باستخدام أي موارد داخلية وخارجية تعتبر مناسبة.

ج. عملية التحقيق:

عند تلقي تقرير عن أي شكوى أو غيرها من المعلومات (بما في ذلك نتائج التدقيق)، والتي تشير إلى وجود نمط من السلوك ينتهك سياسات الامتثال أو القوانين المعمول بها أو اللوائح، يجب ان تبدأ عملية التحقيق. وسيُجرى تحقيق كامل مع اتخاذ جميع إجراءات المتابعة المناسبة، بما في ذلك تقديم التقارير إلى الكيانات الخارجية حسب الاقتضاء.

**مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) الاستجابة**

النشاط الإجرامي المحتمل: في حالة اكتشاف مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) ما يبدو أنه نشاط إجرامي من جانب أي موظف أو وحدة عمل، يتعين عليها اتخاذ الخطوات التالية:

في حالة وجود نشاط إجرامي مستمر، سيتم الاتصال بالمدعي العام لولاية نيويورك.

في حالة تورط برنامج ميديك ايد، سيتم الاتصال بمكتب المفتش العام لبرنامج ميديك ايد في ولاية نيويورك.

في حالة تورط مكتب الأشخاص المصابين بإعاقات النمو، سيتم الاتصال بهم.

في حالة تورط مركز العدالة، سيتم الاتصال بهم.

في حالة تورط وزارة التعليم في ولاية نيويورك، سيتم التواصل مع خدمات توظيف الكبار والتعليم المستمر - التأهيل المهني.

يمكن الاتصال بجهات أخرى حسب الاقتضاء.

سوف تشرع مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) في اتخاذ إجراء تأديبي مناسب ضد الشخص أو الأشخاص الذين يبدو أن سلوكهم كان مقصودًا أو غير مبالٍ أو متعمد مع إهمال نتيجة الاستهتار ببرنامج ميديك ايد والقوانين واللوائح البرنامجية الأخرى. ولن يتمكن المستهلكون المصممون على التورط المتعمد أو غير المبال أو المستهتر تجاه القوانين واللوائح الخاصة ببرنامج ميديك ايد من الحصول على الخدمات من مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

حالات عدم الامتثال الأخرى. في حال كشف التحقيق عن الفواتير أو غيرها من المشكلات التي لا يبدو أنها نتيجة لسلوك متعمد أو غير مبال أو مهمل نتيجة استهتار بقوانين وأنظمة البرامج المناسبة، فإن مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) تتخذ مع ذلك الخطوات التالية:

أ. مدفوعات غير صحيحة. في حال تسببت المشكلة في تكرار الدفعات من مصدر التمويل، أو مدفوعات لخدمات لم يتم تقديمها أو تم تأديتها بخلاف ما هو مطلوب، فإنه يجب:

أولًا. تصحيح العملية أو الإجراء الخاطئ على الفور،

ثانيًا. حساب ودفع المبالغ المكررة أو سداد المدفوعات غير الصحيحة الناتجة عن الفعل أو الإغفال إلى الجهة الحكومية المناسبة،

ثالثا. بدء الإجراءات التأديبية إن وجدت حسب الاقتضاء بالنظر إلى الحقائق والظروف. قد تشمل الإجراءات التأديبية المناسبة، على سبيل المثال لا الحصر، التوبيخ والخصم والتعليق عن العمل والفصل

رابعًا. تنفيذ برنامج تعليمي وتوعوي على الفور في وحدة العمل لمنع حدوث مشكلات مماثلة في المستقبل.

ب. في حالة عدم وجود مدفوعات غير صحيحة. في حالة عدم تسبب المشكلة في دفع مبالغ زائدة من البرنامج، يتعين على مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL):

أولًا. تصحيح العملية أو الإجراء الخاطئ على الفور.

ثانيًا. بدء الإجراءات التأديبية إن وجدت حسب الاقتضاء بالنظر إلى الحقائق والظروف. قد تشمل الإجراءات التأديبية المناسبة، على سبيل المثال لا الحصر، التوبيخ والخصم والتعليق عن العمل والفصل.

ثالثا. تنفيذ برنامج تعليمي وتوعوي على الفور في وحدة العمل لمنع حدوث مشكلات مماثلة في المستقبل

**ح. البند رقم 8: سياسة عدم الثأر وعدم الترهيب**

تطلب مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) من مديريها ومسؤوليها وموظفيها والمتطوعين (كل منهم "شخص محمي") الالتزام بالمعايير العالية لأخلاقيات العمل والأخلاقيات الشخصية في أداء واجباتهم بالنيابة عن الوكالة. يُتوقع من الأشخاص المحميين، باعتبارهم موظفين وممثلين للوكالة، ممارسة الصدق والنزاهة في تأدية مسؤولياتهم ويطلب منهم الامتثال لجميع القوانين واللوائح المعمول بها.

تتمثل أهداف سياسة المبلغين عن المخالفات في تشجيع وتمكين الأشخاص المحميين، مع عدم الخوف من الثأر، من الإعراب عن مخاوفهم في حالة الاشتباه في سلوك أو ممارسات غير أخلاقية و/أو غير قانونية، بسرية تامة، مع الحفاظ على أن يكون مجهول الهوية في حالة الرغبة في ذلك، حتى يتسنى للوكالة معالجة السلوكيات والإجراءات غير اللائقة وتصحيحها.

**مسؤولية الإبلاغ**

يقع على عاتق جميع الأشخاص المحميين مسؤولية الإبلاغ بحسن نية عن أي مخاوف قد تكون لديهم بشأن الأنشطة الفعلية أو المشتبه فيها والتي قد تكون غير قانونية أو تنتهك سياسات الوكالة فيما يتعلق، على سبيل المثال لا الحصر، الاحتيال أو السرقة أو الاختلاس أو المحاسبة أو مخالفات في التدقيق والرشوة والعمولة وإساءة استخدام أصول الوكالة، وأي انتهاكات أو اشتباه في انتهاكات للمعايير الأخلاقية المهنية والتجارية، حيث أن هذه المعايير تتعلق بالوكالة (كل منها "مصدر قلق") وفقًا لسياسة المبلغين عن المخالفات .

**لا وجود للثأر**

لن يتعرض أي شخص محمي يقدم تقريرًا بنية حسنة للتخويف أو المضايقة أو الانتقام أو التمييز أو أي إجراء سلبي بالعمل نتيجة لهذا التقرير. لا يوجد أي شيء منصوص عليه في هذه الوثيقة يهدف إلى تزويد أي شخص محمي بأي حقوق إضافية أو أسباب لعمل أي تصرف، بخلاف تلك التي ينص عليها القانون.

**الإبلاغ عن المخاوف**

يجب الإبلاغ فعليًا عن أي عوامل تثير القلق في أقرب وقت ممكن لرئيس لجنة الامتثال بالوكالة. يجب توجيه أي سؤال يتعلق بتفسير أو آلية عمل أو موضوع سياسة المبلغين عن المخالفات إلى كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال.

**موظف الامتثال**

كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال هو الشخص المسؤول عن التحقيق في جميع الشؤون المبلغ عنها وحلها، ويقوم بدوره بإبلاغ لجنة الامتثال بجميع الشؤون المبلغ عنها. ويقوم كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال أو من ينوب عنه بتقديم تقرير إلى مجلس الإدارة الكامل في كل اجتماع مجلس إدارة يُحدد بانتظام حول نشاط الامتثال.

**التحقيقات**

يجوز لكبير موظفي الموارد البشرية والامتثال تفويض مسؤولية التحقيق في أي مخاوف تم الإبلاغ عنها، سواء كان ذلك يتعلق بالمحاسبة أو غير ذلك لموظف واحد أو أكثر من موظفي الوكالة أو إلى أي فرد آخر، بما في ذلك الأشخاص غير العاملين في الوكالة، والذين يتم يختارهم رئيس قسم الموارد البشرية والإمتثال؛ شريطة أنه لا يجوز لرئيس الموارد البشرية والإمتثال تفويض هذه المسؤولية لموظف أو فرد آخر يكون موضوع القلق المبلغ عنه أو التفويض بطريقة من شأنها أن تهدد إما هوية الموظف الذي أبلغ عن الأمور التي أثارت قلقه بشكل مجهول أو سرية الشكوى أو التحقيق الناتج عنها. يجب أن يتعاون الموظفون والمستهلكون مع الجهود المبذولة في التحقيق.

**التصرف بنية حسنة**

يجب على أي شخص يبلغ عن مشكلة ما أن يتصرف بحسن نية وأن يكون لديه أسباب معقولة للاعتقاد بأن المعلومات التي تم الكشف عنها قد تشير إلى انتهاك القانون و/أو المعايير الأخلاقية. أي ادعاءات يثبت أنها قد أُبلغ عنها كيديا أو كانت خاطئة عن علم، ستُعتبر جريمة تأديبية خطيرة.

**السرية**

تتخذ الوكالة على محمل الجد مسؤوليتها عن إنفاذ سياسة المبلغين عن المخالفات، وبالتالي تشجع أي شخص يبلغ عن مسألة تثير قلقه على تحديد هويته لتيسير أي تحقيق ناتج. بصرف النظر عما تقدم، في حالة إبلاغ أي شخص عن أمر أو مسألة تثير قلقه فإنه يجوز للشخص المحمي أن يطلب معاملة هذا التقرير بطريقة سرية (بما في ذلك أن تتخذ الوكالة خطوات معقولة لضمان أن تظل هوية الشخص المُبلغ مجهولة الهوية). ويمكن أيضا الإبلاغ عن الشؤون المقلقة بشكل مجهول. وستبقى تقارير الإبلاغ عن المخاوف سرية إلى أقصى حد ممكن، بما يتماشى مع الحاجة إلى إجراء تحقيق مناسب.

**التحكم في المسائل المثيرة للقلق المبلغ عنها**

يقر كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال باستلام كل البلاغات الخاصة بالأمور المثيرة للقلق في غضون خمسة أيام عمل، ولكن بشرط الكشف عن هوية الشخص المُبلغ أو تقديم عنوان المرسل. وسيجري التحقيق في جميع التقارير فيها على

الفور. ومن المقرر أن يكون نطاق أي تحقيق من هذا القبيل ضمن التقدير المطلق للجنة الامتثال، وسيتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة إذا اقتضى التحقيق ذلك.

**السجلات**

تحتفظ لجنة الامتثال، على أساس سري للغاية، بجميع السجلات المتعلقة بأي مخاوف تم الإبلاغ عنها والتحقيق فيها وحلها، لمدة سبع سنوات (أو غير ذلك وفقًا لما تقتضيه سياسات الاحتفاظ بسجلات الوكالة). وجميع هذه السجلات سرية وحصرية للوكالة وسيتم اعتبار هذه السجلات مميزة وسرية.

**بعض القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات**

**ط. قوانين الاحتيال وإساءة المعاملة**

**أ. القوانين الفيدرالية**

**قانون الادعاءات الكاذبة (31 USC §§3729-3733)**

ينص قانون الادعاءات الكاذبة في الجزء ذي الصلة على ما يلي:

أي شخص (1) يقوم عن علم بتقديم، أو التسبب في تقديم ادعاءات كاذبة أو احتيالية بالدفع أو الموافقة إلى موظف أو مسؤول في حكومة الولايات المتحدة ... ؛ (2) يقوم عن عمد بصنع، أو استخدام أو التسبب في صنع أو استخدام سجل أو بيان كاذب للحصول على مطالبة كاذبة أو احتيالية دفعت مقابلها الحكومة أو وافقت عليها؛ (3) يتآمر للاحتيال على الحكومة من خلال الحصول على مطالبة كاذبة أو احتيالية مدفوعة أو موافق عليها من قبل الحكومة ... أو (7) يقوم عن عمد بصنع أو استخدام، أو التسبب في صنع أو استخدام سجل أو بيان كاذب لإخفاء أو تجنب، أو إنقاص الالتزام بدفع أو تحويل الأموال أو الممتلكات إلى الحكومة فيكون مسؤول أمام حكومة الولايات المتحدة عن عقوبة مدنية تتراوح بين 10781,40دولار ولا تزيد عن 21562,80 دولار بالإضافة إلى 3 أضعاف مبلغ الأضرار التي تتحملها الحكومة بسبب فعل ذلك الشخص.

لأغراض خاصة بهذا القسم، يعني مصطلحا "عن عمد " و"عن علم" أن الشخص، فيما يتعلق بالمعلومات (1) لديه معرفة فعلية بالمعلومات، (2) يتصرف بجهل متعمد لطمس حقيقة أو تزييف المعلومات؛ أو (3) يتصرف بشكل مهمل ومستهتر تجاه حقيقة أو زيف المعلومات ولا يلزم إثبات وجود نية محددة للاحتيال (31 USC §3729)

يضع قانون الادعاءات الكاذبة المسؤولية على عاتق أي شخص يقدم مطالبة إلى الحكومة الفيدرالية يعرف (أو يجب أن يعرف) أنها خاطئة. يضع قانون الادعاءات الكاذبة أيضًا المسؤولية على عاتق الشخص الذي يقدم عن قصد سجلًا كاذبًا للحصول على مدفوعات من الحكومة. يشمل مجال المسؤولية الثالث تلك الحالات التي قد يحصل فيها شخص ما على أموال من الحكومة الفيدرالية والتي لا يحق له الحصول عليها، ويستخدم أوراق أو سجلات مزورة للاحتفاظ بالمال. ينص قانون الادعاءات الكاذبة على أنه يجوز للأطراف الخاصة رفع دعوى نيابة عن الولايات المتحدة. قد يشارك هذا الشخص، المعروف باسم "المقرر"، في نسبة مئوية من عائدات إجراء أو تسوية قانون المطالبات الخاطئة.

المعالجات الإدارية للادعاءات الكاذبة (31 USC الفصل 38. §§3801-3812)

يسمح هذا التشريع بالتعويضات الإدارية من قبل الوكالات الفيدرالية. إذا قام شخص ما بتقديم مطالبة يعرف الشخص أنها غير صحيحة أو تحتوي على معلومات كاذبة أو تخفي معلومات جوهرية، فقد تفرض الوكالة التي تتلقى المطالبة غرامة تصل إلى 5000 دولار لكل مطالبة، بالإضافة إلى مبلغ يساوي ضعف مبلغ المطالبة.

**ب. قوانين ولاية نيويورك**

**قانون المطالبات الخاطئة في نيويورك (قانون تمويل الولاية، المواد 187-194)**

قانون الادعاءات الكاذبة في نيويورك يشبه قانون الادعاءات الكاذبة الفيدرالية. حيث يفرض عقوبات وغرامات على الأفراد والكيانات التي تقدم مطالبات كاذبة أو احتيالية بالدفع من أي ولاية أو حكومة محلية، بما في ذلك برامج الرعاية الصحية مثل برنامج ميديك ايد. تتراوح عقوبة تقديم مطالبة كاذبة بين 10781,40 دولار و 21562,80 دولار لكل مطالبة، وتتراوح الأضرار القابلة للاسترداد بين ضعفي وثلاثة أضعاف قيمة المبلغ الذي تم استلامه كذبًا. بالإضافة إلى ذلك، قد يتعين على الطرف الذي يقدم المطالبة الكاذبة دفع الرسوم القانونية للحكومة. يجوز للأفراد رفع دعاوى قضائية في محكمة الولاية نيابة عن أطراف الولاية أو الحكومة المحلية. إذا طُلب من الجهة التي قدمت مطالبة كاذبة، نتيجة للدعوى القضائية، إعادة المدفوعات إلى الحكومة، فيجوز للشخص الذي بدأ القضية استرداد ما يتراوح بين 25-30% من العائدات إذا لم تشارك الحكومة في القضية، أو ما يتراوح بين 15-25% إذا شاركت الحكومة.

**قانون الخدمات الاجتماعية §145-ب بيانات كاذبة**

يُعد انتهاك لهذا القانون القيام عن عمد بالحصول على أو محاولة الحصول على مدفوعات عن الأشياء أو الخدمات المقدمة بموجب أي برنامج للخدمات الاجتماعية، بما في ذلك برنامج ميديكيد، عن طريق استخدام بيان كاذب أو إخفاء متعمد أو أي مخطط أو جهاز احتيالي آخر. يجوز للدولة ومقاطعة الخدمات الاجتماعية المحلية ووزارة الصحة استرداد المبالغ المدفوعة بشكل غير صحيح وفرض غرامات وعقوبات.

**قانون الخدمات الاجتماعية §145-ج العقوبات**

ينص القانون على فرض عقوبات على الشخص الذي يتقدم بطلب للحصول على المساعدة العامة أو يتلقاها، بما في ذلك برنامج ميديكيد، عن طريق عمل بيان كاذب أو مضلل عن عمد.

**قانون الخدمات الاجتماعية §145 العقوبات**

أي شخص يقدم بيانات كاذبة أو يخفي عمدًا المعلومات الهامة من أجل الحصول على المساعدة العامة، بما في ذلك برنامج ميديكيد، يكون مذنبًا بارتكاب جنحة.

**قانون الخدمات الاجتماعية §366-ب العقوبات على الممارسات الاحتيالية**

أي شخص يحصل أو يحاول الحصول لنفسه أو للآخرين على مساعدة طبية عن طريق تصريح كاذب أو إخفاء الحقائق الهامة أو انتحال الهوية أو غير ذلك من الوسائل الاحتيالية فهو مذنب بارتكاب جنحة.

أي شخص، بقصد الاحتيال وللحصول على مدفوعات، يقدم أي مطالبة كاذبة أو احتيالية لتقديم الخدمات، أو يقدم عن قصد معلومات كاذبة للحصول على تعويض أكبر من برنامج ميديكيد، أو يقدم عن علم معلومات كاذبة من أجل الحصول على إذن لتوفير عناصر مجانية أو خدمات فهو مذنب بارتكاب جنحة.

**قانون العقوبات المادة 155، السرقة**

ترتكب جريمة السرقة من قبل شخص بقصد حرمان شخص آخر من ممتلكاته، والحصول على هذه الممتلكات أو أخذها أو الاحتفاظ بها عن طريق الخداع أو الاختلاس أو التظاهر الكاذب أو الوعد الكاذب، بما في ذلك التخطيط للاحتيال أو أي سلوك آخر مشابه. تم التغيير في السرقة في بعض حالات الاحتيال على Medcaid.

**قانون العقوبات المادة 175، البيانات المكتوبة الكاذبة**

ينص هذا القانون على عقوبات جنائية لتزوير السجلات التجارية وتقديم أدوات مزورة لوكالة حكومية.

**قانون العقوبات المادة 176، الغش في التأمين**

ينص هذا القانون على عقوبات جنائية على الاحتيال في مجال التأمين، بما في ذلك الادعاءات الكاذبة المقدمة إلى برنامج ميديكيد وشركات التأمين الصحية الأخرى.

**قانون العقوبات 177، الغش في الرعاية الصحية**

ينص هذا القانون على عقوبات جنائية للمطالبات الاحتيالية المتعلقة بدفع التأمين الصحي، بما في ذلك برنامج ميديكيد.

**ثانيًا. قوانين حماية المبلغين عن المخالفات**

**قانون الادعاءات الفيدرالية الكاذبة (31 U.S.C. §3730(ح)**

يوفر قانون المطالبة الكاذبة الحماية للمقررين الذين يتم تسريحهم أو تخفيض رواتبهم أو تعليقهم أو تهديدهم أو مضايقتهم أو ممارسة أي شكل آخر من أشكال التمييز ضدهم في شروط وأحكام عملهم نتيجة لدعمهم لإجراءات حركة المطالبة الكاذبة. وتشمل سبل الإصلاح العودة للوضع القديم المماثل للوضع الذي كان يمكن أن يحصل عليه الشخص المقرر لولا التمييز ودفع ضعفي مبلغ أي مدفوعات متأخرة والفائدة على أي مدفوعات متأخرة والتعويض عن أي أضرار خاصة تكبدها نتيجة التمييز، بما في ذلك تكاليف المرافعة وأتعاب محاماة معقولة.

**قانون الادعاءات الكاذبة في نيويورك (قانون تمويل الولاية، المادة §191)**

يوفر قانون المطالبة الكاذبة الحماية للمقررين الذين يتم تسريحهم أو تخفيض رواتبهم أو تعليقهم أو تهديدهم أو مضايقتهم أو ممارسة أي شكل آخر من أشكال التمييز ضدهم في شروط وأحكام عملهم نتيجة لدعمهم للإجراءات الرامية بموجب القانون. وتشمل سبل الإصلاح العودة للوضع القديم المماثل للوضع الذي كان يمكن أن يحصل عليه الشخص المقرر لولا التمييز ودفع ضعفي مبلغ أي مدفوعات متأخرة والفائدة على أي مدفوعات متأخرة والتعويض عن أي أضرار خاصة تكبدها نتيجة التمييز، بما في ذلك تكاليف المرافعة وأتعاب محاماة معقولة.

**قانون العمل في نيويورك §740**

لا يجوز لصاحب العمل اتخاذ أي إجراء انتقامي ضد الموظف إذا كشف الموظف عن معلومات حول سياسات صاحب العمل أو ممارساته أو أنشطته إلى جهة تنظيمية أو مصلحة إنفاذ القانون أو أي وكالة أخرى أو موظف عمومي مماثل. الإفصاحات المحمية هي تلك التي تؤكد أن صاحب العمل ينتهك قانونًا يشكل خطرًا كبيرًا ومحددًا على الصحة والسلامة العامة أو الذي يشكل احتيالًا على الرعاية الصحية بموجب قانون العقوبات §177 (تقديم مطالبة للدفع عن علم، بغرض الاحتيال، والتي تحتوي عمدًا على معلومات كاذبة أو مغلوطة). لا يمكن حماية الإفصاح الخاص بالموظف إلا إذا أثار الموظف أولا الأمر مع مشرف ومنح صاحب العمل فرصة معقولة لتصحيح الانتهاك المزعوم. إذا قام صاحب العمل باتخاذ إجراء انتقامي ضد الموظف، فيجوز للموظف أن يرفع قضية في محكمة الولاية لإعادته إلى نفس الوظيفة أو إلى وظيفة معادلة لها ويحصل على أي من الأجور والمزايا المفقودة وأتعاب المحاماة. إذا كان صاحب العمل مقدم خدمات صحية ووجدت المحكمة أن تصرف صاحب العمل الانتقامي كان بسوء نية، فقد تُفرض عقوبة مدنية قدرها 10000 دولار على صاحب العمل.

**قانون العمل في نيويورك §741**

لا يجوز لصاحب العمل في الرعاية الصحية اتخاذ أي إجراء انتقامي ضد الموظف إذا كشف الموظف عن معلومات حول سياسات صاحب العمل أو ممارساته أو أنشطته إلى جهة تنظيمية أو مصلحة إنفاذ القانون أو أي وكالة أخرى أو موظف عمومي مماثل. الإفصاحات المحمية هي تلك التي تؤكد، بحسن نية، أن الموظف يري أنها تشكل جودة غير ملائمة لرعاية المرضى. لا يتم حماية الإفصاح الخاص بالموظف إلا إذا أثار الموظف أولا الأمر مع مشرف ومنح صاحب العمل فرصة معقولة لتصحيح الانتهاك المزعوم. ما لم يكن الخطر وشيكًا على الجمهور أو المريض وكان الموظف يؤمن بحسن نية أن الإبلاغ لن يؤدي لجعل المشرف يتخذ إجراءات تصحيحية. إذا قام صاحب العمل باتخاذ إجراء انتقامي ضد الموظف، فيجوز للموظف أن يرفع قضية في محكمة الولاية لإعادته إلى نفس الوظيفة أو إلى وظيفة معادلة لها ويحصل على أي من الأجور والمزايا المفقودة وأتعاب المحاماة. إذا كان صاحب العمل مقدم خدمات صحية ووجدت المحكمة أن تصرف صاحب العمل الانتقامي كان بسوء نية، فقد يفرض عقوبة مدنية قدرها 10000 دولار على الموظف.