**अन्तर्ग्रहण दिनांक ID#:**

|  |
| --- |
| **उपभोक्ताको प्रोफाइल** |

**थर नाम Ml:**

निवास **ठेगाना:**

**जिप: देश:**

**पत्राचारको ठेगाना:**

**जिप: देश:**

**घरको फोन: ( ) कार्य फोन: ( )**

**सेल फोन: ( )**

**अन्य फोन: ( ) निर्दिष्ट गर्नुहोस्:**

**प्राथमिक सम्पर्क:**

**के तपाईं WNYIL बाट इमेल प्राप्त गर्न चाहनु हुन्छ? (इमेल सूची गोपनिय राखिएको छ र अन्य स्रोतहरूलाई दिइने छैन)** ❒.हुन्छ ❒.हुदैन

**इमेल ठेगाना:**

**के तपाईं WNYIL द्वारा निम्न मध्ये कसेैका निम्ति पनि सम्पर्क गरिन चाहनुहुन्न?**

❒,कोष बृद्धि ❒क्रय-विक्रय

**के तपाईंलाई पत्राचारका लागि उचित ठाउँको आवश्यकता छ:** ❒ हो ❒.हुदैन

❒ अन्ध लिपि ❒ ठूलो छापा ❒ इमेल ❒ अन्य

**उपभोक्ताको योग्यता:**

❒ विशेष शारीरिक वा मानसिक कमजोरी छ,जसको परिवार वा समुदायमा स्वतन्त्रसँग कार्यगर्ने क्षमता वा रोजगार प्राप्तगर्ने, कायम गरेर राख्ने वा रोजगारमा अगाडि बढ्ने क्षमता धेरै सीमित छ, तथा/वा जसका लागि स्वतन्त्र रहन-सहनका सेवाहरू प्रदान गर्नाले कार्य गर्ने क्षमतामा सुधार आउनेछ, कार्य गरि रहन, वा परिवार वा समुदाय वा रोजगारीमा क्रमशः स्वतन्त्ररूपले बनेर कार्य गरि रहने छ।

**प्राथमिक अक्षमता:**

(जुन लागु हुन्छन् छनौट गर्नुहोस्)

क**.** ❒ **संज्ञानात्मक**

1. ❒ बौद्धिक अक्षमता

2. ❒ मानसिक आघात तथा मस्तिष्कका चोटहरू

3. ❒ शिक्षाका आपाङ्गता

4. ❒ आत्मरोग

5. ❒ अन्य संज्ञानात्मकअसक्षमता

**ख.** ❒ **शारीरिक**

6. ❒ मेरुदण्डको चोट

7. ❒ न्यूरोमस्कुलर

8. ❒ हड्डीको रोग

9. ❒ मस्तिष्क पक्षाघात

IL अनुभाग 3: कोन्स प्रोफाइल\_160420

10. ❒ स्पाइना बिफिडा

11. ❒ अन्य जन्मजात विसङ्गती

12. ❒ छारे रोग (मृगी)

13. ❒ मांसपेशीय डिस्ट्रोफी

14. ❒ विच्छेदन

15. ❒ ढाडमा चोटपटक

16. ❒ HIV / एड्स

17. ❒ वातावरणीय र अन्य सम्बन्धित बिमारीहरू

18. ❒ अन्य शारीरिक अक्षमताहरू

**ग.** ❒ **मानसिक /भावनात्मक**

19. ❒ मानसिक बिमारी

20. ❒ भावनात्मक / व्यवहारिक अक्षमताहरू

21. ❒ पदार्थ दुर्व्यवहार

22. ❒ अन्य मानसिक बिमारीहरू

**घ.** ❒ **दृष्टि**

23. ❒ अन्धोपन

24. ❒ धीमा दृष्टि

**ङ ❒ श्रवण**

25. ❒ बहिरोपन

26 ❒ सुन्नमा कठिनाई

**च. ❒ बहु-अक्षमता**

27. ❒ बहिरो/अन्धो

28. ❒ माथिका सूचीबद्ध वा अन्य अक्षमताहरूको संयोजन

**छ.** ❒ **अन्य कृपया स्पष्ट गर्नुहोस्:**

**जन्म मिति: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_**

**लिङ्ग:** ❒ **स्त्री वा** ❒ **पुरूष**

**SS# (अन्तिम 4):**

**प्राथमिक भाषा:**

**के तपाईं अनुभवी हुनुहुन्छ?** ❒ हो ❒.हुदैन

सम्पर्क नाम:

**OPWDD?** ❒ हो ❒.हुदैन

TABS #: सम्पर्क नाम:

**CIN#.**

**के तपाई मत दानका लागि पञ्जिकृत हुनुहुन्छ?** ❒ हो ❒.हुदैन

यदि हुदैन भने, के तपाईं मत दान गर्नका लागि पञ्जिकरण गर्न चाहनु हुन्छ? ❒ हो ❒.हुदैन

**के तपाईं आपतकालीन तयारी योजना पूरा गर्न चाहनुहुन्छ?** ❒.हुन्छ ❒.हुदैन

IL अनुभाग 3: कोन्स प्रोफाइल\_160420

**के तपाईं निदेशकहरूको बोर्डमा सामेल हुन सिफारिस गराउन चाहनुहुन्छ  
वा सल्लाहकार परिषदमा?** ❒ हो ❒.हुदैन

**के तपाईं स्वास्थ्य घरहरुका जानकारीमा रुचि राखनु हुन्छ?** ❒ हो ❒.हुदैन

**जाति / जातीयता (लागू हुने सबै छनौट गर्नुहोस्):**

क**.** ❒ अमेरिकी भारतीय वा अलास्काको मूल निवासी

ख. ❒ एसीयाली

ग. ❒ कालो वा अफ्रिकी अमेरिकी

घ. ❒ हिस्पैनिक वा ल्याटिनो

ङ ❒ मूल हवाईन वा अन्य प्रशान्त टापुमा बस्ने

च. ❒ सेतो

**विगतको विद्यालय:**

क**.** ❒ K-8

ख. ❒ केही हाई स्कूल

ग. ❒ पडिसकेका हाई स्कुल

घ. ❒ केही कलेज

ङ ❒ व्यावसाय, व्यापार, कुनै व्‍यवसाय वा पेशाको लागि स्कूल

च. ❒ 2 बर्ष स्नातक डिग्री

छ. ❒ 4 बर्ष स्नातक डिग्री

ए. ❒ पोस्ट स्नातकोत्तर डिग्री

I. ❒ अज्ञात वा हालसम्म विद्यालयमा भर्ना नभएको

**रोजगारीको अवस्था:**

क**.** ❒ पूर्ण-समय

ख. ❒ आंशिक-समय

ग. ❒ जागिर खोज्दै गरेको

घ. ❒ बेरोजगार, काम खोजिरहेको छैन

ङ ❒ विद्यार्थी वा प्रशिक्षण कार्यक्रममा

च. ❒ रिटायर्ड

छ. ❒ छुट्याइएको कार्य वा दैनिक कार्यक्रम समायोजना

ए. ❒ अन्य माथि सूचीबद्ध नगरेका

I. ❒ अज्ञात

**अनुरोध गरिएका सेवाहरू :**

**समीक्षक**

IL अनुभाग 3: कोन्स प्रोफाइल\_160420

नियन्त्रण गर्नका लागि केवल प्रयोग गर्नहोस:

के तपाईं दिनका कार्यक्रम, डायलाइसिस्, पुनर्वास आदिमा जहाँ उपचारका निम्ति सेवाहरूका लागि बिल भर्नु पर्छ, नियमित रूपमा जाने गर्नु हुन्छ?

क. \_\_\_\_\_\_\_\_ हो ख. \_\_\_\_\_\_\_\_ हैन्

यदि हो भने, दिनहरू र समय सूचीबद्ध गर्नुहोस्:

सोमवार देखि \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ बिहान बेलुकी सम्म \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ बिहान बेलुकी

मंगलबार देखि \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ बिहान बेलुका सम्म \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ बिहान बेलुकी

बुधबार देखि \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ बिहान बेलुका सम्म \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ बिहान बेलुकी

बृहस्पतिबार देखि \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ बिहान बेलुका सम्म \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ बिहान बेलुकी

शुक्रबार देखि \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ बिहान बेलुका सम्म \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ बिहान बेलुकी

शनिबार देखि \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ बिहान बेलुका सम्म \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ बिहान बेलुकी

**के ग्राहकसँग कुनै मनोनित प्रतिनिधि छ: \_\_\_ छ \_\_\_ छैन्**

**नाम:**

**ठेगाना:**

**शहर: राज्य: जीप:**

**फोन: ( ) वैकल्पिक. नम्बरहरू:**

**इमेल:**

**सम्बन्ध:**

**सुरुवाति मिति: समाप्ति मिति: CDPAS का सेवाहरू कहिले समाप्त हुन्छन्।**

**Western New York lndependent Living, Inc**

**ILP लक्ष्य गतिविधिहरू**

**लक्ष्य CDPA सेवाहरू शुरू गर्नुहोस्-**

**समाप्त हुने अनुमानित मिति:**

**समाप्त हुने वास्तविक मिति:**

**तपाईंको लक्ष्य प्राप्तिका लागि मद्दत पुर्याउने गतिविधिहरू:**

**1. पूरा उपभोक्ता कागजात:**

**समाप्त हुने अनुमानित मिति:**

**समाप्त हुने वास्तविक मिति:**

**2. पूरा व्याक्तिगत सहायक कागजात:**

**समाप्त हुने अनुमानित मिति:**

**समाप्त हुने वास्तविक मिति:**

**3. व्याक्तिगत सहायकलाई उनिहरूको शारीरिक तथा PPD जाँच गराउन लगाउनुहोस्:**

**समाप्त हुने अनुमानित मिति:**

**समाप्त हुने वास्तविक मिति:**

**4. व्याक्तिगत सहायकलाई MMR शोट रिकर्ड वा बुस्टर प्राप्त गर्न लगाउनुहोस्:**

**समाप्त हुने अनुमानित मिति:**

**समाप्त हुने वास्तविक मिति:**

**5. व्यक्तिगत सहायकको पृष्ठभूमि जाँच गर्नुहोस्:**

**समाप्त हुने अनुमानित मिति:**

**समाप्त हुने वास्तविक मिति:**

**WNYIL**

**06 01 17**

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

**स्वतन्त्र रहन-सहनका योजना**

**मलाई IL सेवाहरूका लागि लिखित स्वतन्त्र रहन-सहनको योजना (ILP) निर्माण गर्न भनिएको थियो।**

**मैले निम्नलाई छनौट गरें:**

**IL सेवाहरूको प्रावधानका लागि लिखित ILP विकसित गर्न जुन उपयुक्त WNYIL कर्मचारी सदस्य र म आफैंले पारस्परिक रूपमा सहमति लिएका थियौं। म स्वयं मेरो योजना विकासको जिम्मेवार थिएँ, र म यो बुझ्छु कि मैल कुनै पनि समयमा मेरो ILP बदल्न सक्दछु।**

**मलाई यस समयमा कुनै लिखित ILP विकास गर्नु छैन भनेर तल हस्ताक्षर गर्न का लागि।**

**उपभोक्ताले यस समयमा कुनै लिखित ILP विकास नगर्ने छनौट गर्नु भएको छ।**

**म बुझ्छु कि यदि मैले यस बखत ILP विकास नगर्ने छनौट गरेको छु भने, मलाई WNYIL परिवार को एजेन्सीहरूको सेवाबाट वंचित गरिने छैन र कुनै पनि समय लिखित ILP विकास गर्न मसँग अधिकार छ।**

**उपभोक्ताको नाम (छाप्नुहोस्) उपभोक्तको हस्ताक्षर मिति**

**मनोनित प्रतिनिधि (छाप्नुहोस्) मनोनित प्रतिनिधि मिति**

**(हस्ताक्षर)**

**WNYIL कर्मचारी (छाप्नुहोस) WNYIL कर्मचारीको हस्ताक्षर मिति**

**WNYIL**

**06 03 2017**

**WNYIL Inc. सँग कर्मचारीको अनुपालनको प्रतिज्ञा। कर्पोरेट अनुपालन योजना नीति अनि प्रक्रिया, तथा आचार संहिता**

**म प्रतिज्ञा गर्छु कि मैले WNYIL Inc. पढेको र बुझेको छु। कर्पोरेट अनुपालन योजना (जालसाजी र दुरुपयोग नीति सहित तर सीमा बाहेक), आचार संहिता, र संघीय र राज्य कानूनको प्रयोगको बारेमा शिक्षा तथा प्रशिक्षण प्राप्त गरेको छ (योजनाको प्रदर्शनी बी मा सारांशित कानूनहरु सहित तर कुनै सीमा बाहेक) ), साथै WNYEL Inc. को एक कर्मचारीको रूपमा मेरो क्षमतामा मेरो गतिविधिहरूसँग सम्बन्धित व्यवसाय अभ्यासहरूको नैतिक मापदण्डहरूको व्याख्याका सम्बन्धमा।**

**म कर्पोरेट अनुपालन नीति र आचारसंहिताको पूर्ण अनुपालनमा कार्य गर्न मेरो इच्छा प्रमाणित गर्छु। म बुझ्दछु कि आवश्यक परे, म उपयुक्त सुपरवाइजर वा कर्पोरेट अनुपालन अधिकारीबाट उपयुक्त कार्यहरूको सम्बन्धमा सल्लाह लिन सक्छु जुन मैले अनुपालन नीति र आचार संहिता अनुपालन गर्न आवश्यक पर्ने हुन सक्छ।**

**मिति.**

**हस्ताक्षर**

**नाम (छापिएको)**

**शीर्षक वा क्षमता**

**विभाग / सुविधा**

il 09-26-11 अपडेट गरिएको

नियन्त्रण गर्दै

उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहायता सेवाहरू

*WNY Independent Living Inc का एजेन्सीहरूका परिवारको एक सदस्य...*

3108 मेन स्ट्रीट, बफेलो, न्यू योर्क 14214-1384

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

www.wnyil.org/cdpas/

**ज्ञापनपत्र**

**फोटो आइडी परिचायक चिन्ह**

प्रिय उपभोक्ता:

Western New York Independent Living, Inc. ले व्यक्तिगत सहयोगीहरूका लागि फोटो आईडी परिचायक चिन्हहरू प्रदान गर्दछ। यी परिचायक चिन्ह्हरू अनिवार्य छैनन्, र उपभोक्ता / नियोक्ताको अनुरोधमा मात्र कार्यवाही गरिनेछ।

परिचायक चिन्ह्को मुख्य उद्देश्य व्यक्तिगत सहायकहरूलाई उनीहरूको उपभोक्ता / रोजगारदातासम्म खराब मौसम वा अन्य आपतकालिन समयमा पुग्न अनुमति दिनका लागि हो, जहाँ सर्वसाधारणका लागि गाडी चलाउन प्रतिबन्ध लगाइएको हुन्छ। व्यक्तिगत सहायकले आफ्नो परिचायक चिन्ह सँगै लिएर हिड्नु पर्दछ। रोजगारीको समाप्ति पछि परिचायक चिन्ह Western New York independent Living, Inc लाई फिर्ता गर्नु पर्नेछ।

यदि तपाईं आफ्ना व्यक्तिगत सहायकलाई आधिकारिक एजेन्सीको परिचायक चिन्ह प्राप्त गराउन चाहनुहुन्छ भने, तपाईंलेे टेकिङ्ग कन्ट्रोल स्टाफलाई 716-836-0105 मा सम्पर्क गर्नुपर्नेछ। हामी तत्पश्चात तपाईंको व्यक्तिगत सहायकलाई तिनीहरू 3108 मेन सेन्टको बफेलो कार्यालयमा कहिले आउन सक्दछन भनेर एक समय तालिका बनाउनका लागि सम्पर्क गर्नेछौं। (जिम स्टेक आउटको पछाडि), परिचायक चिन्ह् प्रशोधनको लागि।

तपाईंको सहयोगका लागि धन्यवाद।

नियन्त्रण गर्दै

CDPAS कार्यक्रम कर्मचारी

WNYIL

**3/22/16**

Western New York Independent Living, Inc.

उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहायता सेवाहरू

3108 Main St., Buffalo, NY 14214

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

Website: www wnyil.org

**समाप्ति, राजीनामा**

**समाप्ति: उपभोक्ता / नियोक्ताद्वारा पूरा गर्नु पर्ने**

**राजीनामा: सहायक / सहयोगीद्वारा पूरा गर्नु पर्ने**

कृपया हाम्रो कार्यालयमा हस्ताक्षर गरिएको फारम पाँच व्यवसायीक दिनमा फिर्ता गर्नुहोस्।

**उपभोक्ताको नाम:**

**व्यक्तिगत सहयोगीको नाम:**

**पछिल्लो मितिको काम**

समाप्ति वा राजीनामाको कारण (कृपया निर्णयको लागि तल विवरण दिनुहोस्)

उपभोक्ताको हस्ताक्षर: **मिति:**

**सहयोगीको हस्ताक्षर मिति:**

WNYIL/CT

:EC 08/08

**संभावित हेरचाह प्रदायकलाई अस्वीकरण गर्नुहोस्**

मैले तल हस्ताक्षर गरेर, म यसद्वारा प्रमाणीकरण गर्छु कि मैले यसलाई पढेको छु, र यसमा समावेश भएका प्रत्येक नीतिहरू पालन गर्न सहमत छु।

उपभोक्तको नाम (छाप्नुहोस्)

उपभोक्तको हस्ताक्षर मिति

निर्देशन दिने व्यक्तिको नाम (छाप्नुहोस्)

निर्देशन दिने व्यक्तिको हस्ताक्षर (छाप्नुहोस्) मिति

WNVIL

3 21 13

|  |  |
| --- | --- |
| **मैले एउटा अंतर्ग्रहण प्राप्त गरेको छु र निम्न नीति, अभ्यास र प्रक्रियाहरू बुझ्द्छु।**  **CDPASको** नियन्त्रण गर्दै  **उपभोक्ताका भूमिका र जिम्मेवारीहरू**  **नामाङ्कन चेकलिस्ट** | **उपभोक्ता / डीआर सहीहरू** |
| 1. म हुनेवाला "उपभोक्ता निर्देशित" को अर्थ बुझ्छु, र मेरो स्वामित्व पाएका सहायकहरूलाई भर्ती गर्ने, मजदुरीमा राख्ने, तालिम दिने, अनुगमन गर्ने, मुल्याङ्कन गर्ने तथा निस्काषन गर्ने कार्यमा छु। म प्रमाणित रोजगारदाता हुँ र मैले चुनेका सहायकलाई WNYIL ले तब मात्र अस्वीकार गर्न सक्दछ यदि उ मेडिकेड धोखधडी / रद्दी / दुरुपयोग सूचीमा छ, र / वा NYS र संघीय श्रम कानूनमा उल्लेख गरेका रोजगारका शर्तहरु पूरा गर्न असफल भएको हुन्छ। |  |
| 2. म “स्वयं निर्देशित” हुनुको अर्थ यो बुझ्दछु, कि म एक्लै निर्णय लिन्छु जसले मेरो सहायकका जरुरतहरूमा प्रभाव पार्दछ। म छनौट गर्दछु कि सहायकले आफ्नो कार्य कहिले र र कहाँ गर्दछ, र मेरो आत्मनिर्देशन अधिकार कसैलाई पनि जफ्त गर्न दिनेछैन,अन्यथा म नियन्त्रण लिने कार्यक्रम छोड्ने कुरामा पनि सहमत छु। |  |
| 3. मलाईं थाहा छ कि मेरो मुख्य उत्तरदायित्व भनेको मेरो व्यक्तिगत सहायकहरूका लागि उपभोक्ता / रोजगारदाता हुनु हो। |  |
| 4. म बुझ्छु कि मैले आफ्ना व्यक्तिगत सहयोगीहरूलाई उनिहरूले गर्नु पर्ने  *कार्यहरूलाई शुरू गर्नु भन्दा अगाडि स्पष्ट रूपमा पहिचान गराउनु पर्दछ।* |  |
| 5. म यो सुनिश्चित गर्दछु कि मेरा व्याक्तिगत सहयोगीहरूले केयर प्लान (हेरचाह योजना)ले निर्धारित गरेका समय सीमा सम्म काम गर्नेछन्; यदि मसँग धेरै व्यक्तिगत सहयोगीहरू काम गर्दैछन् भने, म यो सुनिश्चित गर्दछु कि मेरा व्यक्तिगत सहयोगीहरूले मलाई दिइएका समय-सीमा सम्म मात्र काम गर्नेछन्। केयर प्लान (हेरचाह योजना)मा दर्शाइका प्रतिदिन वा प्रति हप्ताको समय भन्दा माथि र धेरै समय गरेको कामका लागि, ग्राहक/नियोक्ताका रूपमा यो मेरो दायित्व हुन्छ कि मैले उनीहरूको समयको लागि क्षतिपूर्ति दिनु पर्दछ। मेरो व्यक्तिगत सहायकहरुलाई प्रति हप्तामा कुल 40 घण्टा भन्दा बढि काम गर्न अनुमति छैन। |  |
| 6. मेरो फोनबाट आफ्नो कार्य-समय रेकर्ड गर्नका लागि मात्र मेरा व्यक्तिगत सहायकहरूलाई मैले WNYIL कल इन / आउट सेवा प्रयोग गर्न अनुमति दिन्छु। |  |
| 7. म यो जान्दछु कि उनिहरूको कार्य समय रिकर्ड गर्न मेरा व्यक्तिगत सहायकहरूलाई मैले राम्रो कामगर्ने टेलिफोन दिनु पर्नेछ। |  |
| 8. यदि आफ्नो समय र उपस्थिति दर्ता गर्न व्यक्तिगत सहायकहरूले आफ्नो पिन नम्बर मलाई साझा गरे तथा म स्वयंलाई,उपभोक्ता / नियोक्ता वा अरू कसैलाई प्रयोग गर्न दिएमा, मँ बुझ्छु कि मैले मेरा सेवाहरूलाई जोखिममा पार्दैछु र मेरा व्यक्तिगत सहायकहरू, CDPAS कार्यक्रमबाट खारेज गर्न सकिने्छन्। |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **9** म बुझ्छु कि मेरा निजी सहायकहरूले मसँग काम गर्दा ड्रग र मदिरामुक्त हुनुपर्दछ भनेर मैले जोर दिर्नै पर्छ साथै उनीहरूले मेरो लागि काम गरेका बेला ड्रग र मदिरको सेवन गरेको हुनुहुदैन्।  **CDPASको** नियन्त्रण गर्दै  **उपभोक्ताका भूमिका र जिम्मेवारीहरू**  **नामाङ्कन चेकलिस्ट** |  |
| 10. मैले यो पनि बुझ्दछु कि मेरो जीवनसाथी वा आमा-बुबा नियंत्रण लिने कार्यक्रममा अन्तर्गत मेरो व्यक्तिगत सहायक हुन सक्दैनन्। |  |
| 11. म बुझ्दछु, उपभोक्ता/रोजगारदाताको रूपमा मैले यो सुनिश्चित गर्नुपर्ने हुन्छ कि, मेरो व्यक्तिगत सहायकहरूले WNYIL लाई वार्षिक *शारीरिक* र PPD प्रदान गर्नु पर्दछ र उनीहरूलाई आफ्नो निर्धारित मिति भन्दा बाहिर काम गर्न अनुमति नदिनका लागि सहमति गर्नु पर्दछ। |  |
| 12. यदि म अस्पतालु,राहत-सेवा वा अन्य कुनै संस्थामा भर्ती भएको र मैले संस्थाको नाम प्रदान गरेको भए, मलाई यो थाहा छ कि मैले WNYIL लाई सूचित गर्नुपर्दछ । मैले डिस्चार्ज हुँदा पनि WNYIL लाई सूचित गर्नुपर्दछ र मेरो व्यक्तिगत सहयोगीहरू काममा फर्कनु भन्दा अगाडि पहिले व्यक्तिगत हेरचाह सेवाहरूको लागि पुन-आधिकारिक गरिएको छ कि छैन भनेर WNYIL सँग प्रमाणित गर्नु पर्दछ। |  |
| 13. म यो जान्दछु कि जब म अस्पतालमा भर्ती भएको, राहत हेरचाहमा वा दिनको कार्यक्रममा भाग लिइरहेको हुन्छु, मेरा निजी सहायकहरूले मेरो लागि काम गर्न सक्दैनन्। |  |
| 14. म यो बुझ्दछु कि मेरा व्यक्तिगत सहायकहरूले मेरो लागि काम सुरू गर्न सक्दैनन् जब सम्म उनीहरूका आपराधिक पृष्ठभूमि-जाँच सहितका कागजातहरू WNYIL को फाईलमा हुँदैनन्। जब उनीहरूको कागजाती कार्य पूरा हुन्छ, कुनै टेकिंग कन्ट्रोलका कर्मचारी सदस्यले म र मेरो निजी सहायकलाई सम्पर्क गर्नेछ। |  |
| 15. यदि मसँग मेरा सेवाहरूसँग सम्बन्धित कुनै प्रश्न वा चिन्ताहरू भए, म WNYIL लाई सम्पर्क गर्नेछु। |  |
| 16. मलाई यो थाहा छ कि मेरा व्यक्तिगत सहायकले मेरो लागि उपभोक्ता / रोजगारदाताका रूपमा काम गर्न थाले पछि WNYIL एक वित्तीय मध्यस्थ हो। म मेरो निजी सहायकलाई लेखा विभागमा कल गर्न लगाउने छु (exts। 106, 141)) उनीहरूको कुनै पनि वा सबै भुक्तानी सम्बन्धीत समस्याहरूका लागि। |  |
| 17. तिनीहरूको रोजगारीका सबै क्षेत्रहरूमा, म बुझ्दछु, मेरा व्यक्तिगत सहायकहरूका लागि म सीधा नियोक्ता हुँ। |  |
| 18. मैले कर्पोरेट अनुपालन मैन्युअलको प्रतिलिपि प्राप्त गरेको छु र कर्पोरेट अनुपालन योजना अन्तर्गत मेरो भूमिका र जिम्मेवारी बुझेकोछु। |  |
| 19. मैले CDPAS पुस्तिकाको एक प्रतिलिपि प्राप्त गरेको छु र कार्यक्रम भित्रको अन्तर्वार्ता, भर्ती र कार्य समाप्तिको प्रक्रिया बुझेको छु। |  |
| 20. म बुझ्दछु कि मेरो व्यक्तिगत सहायकसँग उपभोक्ता /नियोक्ताका रूपमा मलाई दिएको योगदानको लागि बिना कटौतीको प्रति घण्टाको आफ्नो भुक्तानी व्यक्तिगत रूपमा प्राप्त गर्ने अधिकार छ। |  |

2

|  |  |
| --- | --- |
| 21 मँ बुझ्दछु कि मेरा निजी सहायकसँग म, उपभोक्ता / रोजगारदाता,तथा मेरो परिवारका सदस्यहरूबाट शिष्ट र सम्मानपूर्वक व्यवहार पाउने अधिकार छ।  **CDPASको** नियन्त्रण गर्दै  **उपभोक्ताका भूमिका र जिम्मेवारीहरू**  **नामाङ्कन चेकलिस्ट** |  |
| 22. मलाई थाहा छ कि यदि कुनै पनि समयमा मेरा लागि वा मेरो निजी सहायक, उपभोक्ता / नियोक्ताको लागि कामको वातावरण असुरक्षित भएमा, म यसका लागि तुरून्त **WNYIL**. लाई रिपोर्ट गर्नेछु। |  |
| 23. म यो जान्दछु कि म उपस्थित रहुञ्जेल मात्र मेरा व्याक्तिगत सहायकले मलाई, ग्राहक/नियोक्तालाई  **सेवाहरू प्रदान गर्नेछन् जबसम्म मेरा हेरचाह योजनाले**  उनीहरूलाई छोटा कार्य, खरीददारी वा लुगा धुने कामहरू गर्न अनुमति दिदैन्। |  |
| 24. म यो पनि बुझ्दछु कि मेरो व्यक्तिगत सहायकहरुले काम गर्न नसकेका बेला उनका ठाउँमा मसँग जगेडा योजना हुनु पर्दछ। |  |
| 25. मेरा व्यक्तिगत सहायकले मेरा लागि काम गरिरहेका बेला चौबीस (24) घण्टा भित्र भएको कुनै दुर्घटना वा घटनाको रिपोर्ट कसरी गर्ने भनेर मलाई निर्देशन दिइएको छ। |  |
| 26 दुर्घटना / घटनाका लागि मैले एउटा खालि फारम प्राप्त गरेको छु। |  |
| 27. कार्य-समाप्ति (टर्मिनेसन)/राजीनामाका लागि मैले एउटा खालि फारम प्राप्त गरेको छु। |  |
| 28. मैले यो बुझेको छु कि यदि मैले बीमा योजना परिवर्तन गर्नु परेको भए, फोन नम्बर परिवर्तन गरे, ठेगाना परिवर्तन गरे, वा अस्पतालमा भर्ना भए वा अस्पतालबाट डिस्चार्ज हुनु परेमा, म WNYIL CDPAS लाई सूचित गर्नेछु। |  |
| 29. म आफ्नो 65औं जन्मदिनको अघिल्लो महिनामानै WNYIL CDPAS टीमलाई सूचीत गर्नेछु किनभने मेरो सहयोगी सेवाहरू जारी राख्न मैले LTMC-Long Term Managed Care Company(लामो-अबधिको प्रबन्धित हेरचाह कम्पनी)मा परिवर्तन गर्नुपर्ने हुनसक्छ। |  |
| **30** कुनै पनि समयमा पीए (व्यक्तिगत सहायक) लाई उनिहरूले सेवा गर्दै गरेका उपभोक्ता/नियोक्ताका लागि निर्देशक प्रतिनिधि हुन अनुमति दिइदैन। कुनै पनि बखत निर्देशन दिने प्रतिनिधिले आफूले प्रतिनिधित्व गरेका उपभोक्ता/रोजगारदाताका लागि काम गर्न सक्दैनन्। |  |

माथिका बयानहरू टेकिंग कन्ट्रोल कर्मचारी सदस्यले मसँग समिक्षा गरेका हुन्।

मिति:

उपभोक्ता / नियोक्ता

मिति:

नियन्त्रण लिने कर्मचारी सदस्य

WNYIL/2018 :JAC 2/2018

3

**\*\*\* कृपया पढ्नुहोस् \*\*\***

**तपाईंको लागि निरन्तर सहज सेवा सुनिश्चित गर्न, तपाईंले तलका परिवर्तनहरुलाई तुरून्तै रिपोर्ट गर्नु पर्छ:**

ठेगानामा भएको कुनै परिवर्तन

फोन नम्बर बदलिएको भए

जब तपाईं अस्पतालमा भर्ती हुनुहुन्छ र राहत केन्द्र वा अस्पतालबाट निस्कनु हुन्छ

यदि तपाईंको पीए वा तपाईंको दुर्घटना/घटना भए

जब तपाईंले कुनै नयाँ पीएलाई भर्ती गर्नु हुन्छ तथा पीएलाई कामदेखि निकाल्नु हुन्छ

**तपाईंको व्यक्तिगत सहायकले तपाईंलाई चाहिएका दिन कार्य शुरू गर्न सकुन भनी सुनिश्चित गर्न निम्न कुराको आवश्यकता पर्दछ, -**

PAले अभिविन्यासको लागि नियुक्ति दिन र समय कल गर्नु पर्दछ

**एरी काउन्टीमा 716-836-0105 कल गर्नुहोस् एक्स्ट 112 अथवा 502्**

**नायाग्रा काउन्टीमा 716-284-4131 अतिरिक्त #215 हो।**

**अर्लिएन्स, जेनेसी र व्योमिङ्ग काउन्टीहरूमा 585-815-8501 अतिरिक्त 403 हो**

**फ्रयाक्लिन काउन्टीमा-(518) 483-2151**

**स्यान्ट लाउरेन्स काउन्टीमा-(315) 764-9442**

**चाउताउकुआ काउन्टीमा-(716) 661-3014**

**PA लाई अभिमुखीकरण प्रदान गर्नका लागि अभिमुखीकरणको कार्यालयमा AIDE (सहयोगी) ले शुरू हुने समय भन्दा 10 मिनेट पहिले पुग्नु पर्दछ।**

**आईडीका 2 फारमहरू हुनुपर्दछ (फोटो आईडी तथा सामाजिक सुरक्षा कार्ड वा अमेरिकाको पासपोर्ट धेरै सामान्य हुन्।**

**MMRका छोटा रिकर्डहरू यदि उपलब्ध छन भने**

**एपोईन्टमेन्ट बिनैको वाक-इनलाई** अनुमति दिइने छैन।

**\*\*\*हामी बास्ना मुक्त हौं\*\*\***

**यसको मतलब यो हो कि कार्यालयमा आउने अन्य अशक्त मानिसहरूमा विभिन्न प्रकारका सुगन्धित उत्पादनहरूले गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रिया हुने गर्छ।** हामीले सेवा गरेका व्यक्तिहरूलाई सुरक्षित सुविधा प्रदान गर्ने प्रयासमा सुगन्धित उत्पादनसँग हाम्रो अफिसमा प्रवेश गर्ने कुनै पनि व्यक्तिलाई छाड्न र भेटघाटकोलागि फेरि एपोइन्टमेन्ट मिलाउन अनुरोध गर्दछौं।

**कृपया सुगन्धित उत्पादन प्रयोग गरेर भवन भित्र नपसी दिनुहोला।**

**उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहयोग सहभागी सहमति**

**Website: www wnyil.org**

उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहयोग कार्यक्रम, अक्षमता भएका व्यक्तिहरूको अधिकतम अधिकार बढाउन साथै उनीहरूको आफ्नै जीवनको प्रबन्धन गर्न र समुदायमा उनीहरूको पूर्ण समावेशीकरण गर्न सहयोग पुर्‍याउन बनाइएको हो, यस अनौठो परियोजनाको सहभागीको रूपमा, तपाईं आफ्नो व्यक्तिगत प्रबन्धन सहयोगका आवश्यकताका लागि पर्याप्त जिम्मेवारी स्वीकार गर्न सहमत हुनुहुन्छ।

WNYIL ले सामाजिक सेवाहरूको एरी काउन्टी विभागका माध्यम बाट मेडिकाइड् प्राप्तकर्ताहरुलाई यो कार्यक्रम प्रदान गर्ने प्रस्ताव राखद्छ। यस सहमतिले WNYIL तथा ग्राहक दुवैका दायित्वहरूलाई निर्दिष्ट गर्दछ।

उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहयोग कार्यक्रममा भाग लिनको लागि, व्यक्तिले एक स्व-निर्देशित व्यक्ति हुनुपर्दछ। आत्मनिर्देशन भनेको आफ्नो हेरविचार र गतिविधिहरूका बारेमा छनौट गर्न सक्षम, छनौटका प्रभावलाई बुझ्ने र छनौटको परिणामहरूको लागि जिम्मेदारी स्वीकार गर्न सक्ने हुनु हो । यदि उपभोक्ता स्व-निर्देशित भइरहेको छैन भने, कार्यक्रमको जिम्मेवारी वहन गर्न इच्छुक कुनै वकिलले उस/उनीलाई दर्ता गर्न सक्दछन्।

उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहयोग कार्यक्रममा भाग लिनको लागि, व्यक्ति (वा समर्थन व्यक्ति) ले WNYIL एवं न्यू योर्कको राज्य स्वास्थ्य विभागको लागि आवश्यक निम्न जिम्मेवारीहरूसँग सहमत हुनु र पालन गर्नुपर्दछ।

**उपभोक्ता/ नियोक्ता वा अघिवक्ताका उत्तरदायीत्वहरू**

मैले उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहयोग कार्यक्रमका मेरा जिम्मेवारीहरू बुझेको छु र मैले निम्न गर्न आवश्यक छ:

भर्ती, अन्तर्वार्ता, स्क्रीन, चयन गर्नु, प्रशिक्षण गराउनु, तालिका मिलाउनु र मेरो छनौटका व्यक्तिगत सहायक (हरू) को सुपरिवेक्षण गर्नुपर्नेछ। म आवश्यक भएमा मेरा PA (हरू) लाई बर्खास्त गर्न पनि जिम्मेदार छु।

हर समयको कभरेज सुनिश्चित गर्नका लागि पर्याप्त पीए (हरू) भाडामा ब्याक-अप कभरेजको लागि भर्ती गर्न सक्छु। सेवाहरू प्रदान गर्नु अघि WNYIL सँग काम गर्न ब्याक-अप (द्वितीयक सेवाप्रदायकहरू) लाई अधिकृत गर्नुपर्दछ।

**WNYIL/CA**

**:EC 08/08**

कम्तिमा पनि एउटा (1) अघिल्लो रोजगार संदर्भ र (1) व्यक्तिगत सन्दर्भ प्राप्त गर्नुपर्दछ।

उपभोक्ता/नियोक्ता वा अधिवक्ता र पीए(हरू) व्यक्तिगत सहायक सम्झौतामा आवश्यक कर्तव्यहरूको रूपरेखा तयार गर्दै हस्ताक्षर गर्न जिम्मेवार छन्।

सहभागी आफ्ना हेरचाह योजनाका रूपरेखा भित्र PCA इकाईका तहत एर्री काउन्टी समाज सेवा विभागद्वारा स्थापित आधिकारिक घण्टा भित्र उनीहरूका PA (हरू) लाई सुचिबद्ध गर्न जिम्मेवार छन्। अधिकृत घण्टाहरूको लागि मात्र WNYIL भुक्तान गर्न अधिकृत छ। अधिकृत रकम भन्दा बढी समयका लागि काम गरेमा सहभागीको जिम्मेवारी रहनेछन्।

यो सुनिश्चित गर्नुहोस् कि पीए (हरू)ले सबै आवश्यक रोजगार कागजातहरू पूरागर्न र आधिकारिक सुरु मिति प्राप्तगर्न CDPAP कर्मचारी व्यक्तिलाई भेटेका छन्।

चल्दैगरेका अतिरिक्त कागजात-कार्यमा निम्न समावेश हुन्छ:

\* हस्ताक्षर र समय निर्धारण गर्नु अघि उपभोक्ता/नियोक्ता वा अधिवक्ताले टाइमशीटहरूको समीक्षा गर्नु पर्छ।

\* उपभोक्ता / नियोक्ता वा अधिवक्ताले वार्षिक छुट्टी / बिरामी बिदा फारममा स्वीकृति दिएर हस्ताक्षर गरे पश्चात WNYIL मा ल्याउनु वा पत्राचार गर्नुपर्नेछ।

यो पत्ता गर्नु पीएको दायित्व ह

राज्य दिशानिर्देशमा औंल्याइएका सबै स्वास्थ्य आवश्यकताहरुलाई पीए(हरू)ले पूरा गर्नु पर्नेछ।

(उदाहरणको लागी: वार्षिक टीबी परीक्षण, शारीरिक जाँज, आदि ...)।

पीए(हरू)को टर्मिनेसन वा राजीनामा उपभोक्ता/नियोक्ता वा अधिवक्ताले CDPAP लाई तुरून्तै सूचित गर्नु पर्छ।

उपभोक्ता/नियोक्ता वा अधिवक्ता कार्यक्रमको प्रयोग लगायत कुनै धोखाधडीको कार्य नगर्नमा सहमत हुन्छन्, तर मेडिकैड धोखाधडीमा भने सीमित हुदैनन्।

**WNYIL/CDPAP का दायित्वहरू**

1. मेडिकैड दाबीहरूको प्रशोधनको लागि WNYIL / CDPAP एक मध्यस्थ हो। WNYIL कर्मचारीले पीएहरूको भुक्तानी भइसकेपछि पीए (हरू) का टाइमशिट र कल-इन रिपोर्टमा सूचित सेवाको स्वीकृत घण्टाहरूको लागि मेडिकेड बिल भर्नेछ।

2. WNYIL / CDPAP ले सबै भाडामा लिइएका पीए (हरू) को एक गोपनिय कर्मचारी फाइल कायम गरि राख्नेछ।

2

3. WNYIL / CDPAP ले कामदारहरूको क्षतिपूर्ति बीमा, अक्षमता बीमा तथा बेरोजगारीको लागि रेकर्डको नियोक्ताका रूपमा काम गर्नेछ। WNYIL / CDPAP ले संघीय, राज्य, स्थानीय आयकर र सामाजिक सुरक्षाको लागि रोकिए सहितको पेरोलको कार्यवाही गर्दछ।

4. पीए (हरू)को वार्षिक बिदा र बिरामी समयको भुक्तानी साथै सबै-आवधिक कर्मचारी स्थितिका अद्यावधिकीका लागि WNYIL/CDPAP जिम्मेवार छ।

5. WNYIL / CDPAP ले उपभोक्ताको लिखित सम्झौतामा सहमति भए अनुसार उनीहरूका जिम्मेवारी पूरा गर्ने क्षमता अनुगमन गर्दछ।

6. WNYIL / CDPAP ले उपभोक्ताहरुका सबै उपयुक्त रेकर्डहरू राज्य दिशानिर्देशहरुको अनुरूप कायम राख्नेछ।

3

मैले माथिको उपभोक्ताद्वारा निर्देशित व्यक्तिगत सहायता कार्यक्रमको सम्झौता पढेको छु र औंल्याइएका मार्गनिर्देशनहरु पालन गर्न सहमत छु।

म यो बुझ्दछु WNYIL / CDPAP सँग कुनै उपभोक्ता/कर्मचारी या अधिवक्ताले आत्म-निर्देशनको लागि आवश्यक न्यूनतम मापदण्ड प्राप्त गरेका छन् या छैनन् भनी निर्धारण गर्नसक्ने अधिकार रहेको हुन्छ।

मैले अझ बुझेको छु कि WNYIL/CDPAP ले **“केवल” शिष्टाचारका लागि** भर्ती गरिएका सेवकद्वारा सहयोग प्रदान गर्न मद्दत पुर्याउदछ, WNYIL/CDPAP उपभोक्ता/नियोक्ताका लागि सेवक प्रदान गर्न उत्तरदायी **"छैन"**।

म CDPAP समन्वयकद्वारा मेरो निजी हेरचाहको सेवकको भर्ती गर्ने, फायर गर्ने, साक्षात्कार गर्ने तथा मुल्याङ्कन गर्नेका बारेमा प्रशिक्षित छु र म बिस्वस्त छु कि म यी आवश्यक कर्तव्यहरूलाई पूरा गर्न सक्छु।

उपभोक्ता / नियोक्ताको हस्ताक्षर: मिति:

अधिवक्ता / स्व-निर्देशित दलको हस्ताक्षर: मिति:

[हस्ताक्षर]

नियन्त्रण लिनेका निर्देशक: मिति:

4

लाई प्रमाणीकरण

WESTERN NEW YORK INDEPENDENT LIVING, INC.

सन्दर्भमा

उपभोक्ता निर्देशित व्याकतिगत सहयोग कार्यक्रम

यो प्रमाणीकरणले पुष्टि गर्दछ कि मैले निम्न सूचीबद्ध कागजातहरू प्राप्त गरेको छु, समीक्षा गरेको छु र बुझेको छु जुन मलाई Western New York Independent Living, Inc द्वारा प्रदान गरिएको थियो। (WNYIL) उपभोक्ताद्वारा निर्देशित व्यक्तिगत सहायता कार्यक्रम स्वीकृति गरेका सम्बन्धमा:

1. उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहयोग सहभागी सहमति

2. स्वतन्त्र रहन-सहन योजना लक्ष्य गतिविधिहरु;

3. स्वतन्त्र रहन-सहन योजना;

4. नामाङ्कन जाँचसूची;

5. सम्भावित हेरचाह गर्नेलाई अस्वीकरण;

6. सुरक्षित स्वास्थ्य जानकारीको प्रयोग तथा प्रकटीकरण, आदान-प्रदानका लागि व्यक्तिगत अधिकरण;

7. गोपनीयता अभ्यासहरूको सूचना (छोटो);

8. **उपभोक्ताका अधिकारहरू**

9. WNYIL, Inc. सँग अनुपालनको प्रतिज्ञा कर्पोरेट अनुपालन योजना नीति अनि प्रक्रिया, तथा आचार संहिता

मलाई प्रदान गरिएका माथिका कागजातका प्रतिलिपिहरू सुरक्षित ठाउँमा कायम गरेर राख्न तथा WNYIL कर्मचारीद्वारा अनुरोधमा गरेमा उनीहरूलाई उपलब्ध गराउन म सहमत छु।

म यो बुझ्दछु कि माँथिका कागजातहरूमा तोकिएका नियम र अन्य दायित्वहरूको पालना मैले गर्नै पर्दछ र त्यसो गर्न म असफल भएमा CDPAP बाट मेरो बर्खास्त हुन सक्दछ।

उपभोक्ता / नियोक्ताको हस्ताक्षर: मिति

**अथवा**

मनोनित प्रतिनिधि मिति

**अथवा**

अभिभावक मिति

WNYIL का कर्मचारीको हस्ताक्षर मिति

Il2017-11-12

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

**उपभोक्ताका अधिकार**

**गोपनियता**

प्रत्येक उपभोक्ता तथा/वा उपभोक्ताको बैध अभिभावकले आफ्नै उपभोक्ता सेवा रेकर्ड (CSR) हेर्ने अधिकार छ। उपभोक्ता र / वा उपभोक्ताका कानूनी अभिभावकले आफ्ना फाइलका सूचनाका प्रयोगको अधिकार कसैलाई दिन सक्छ। यो अधिकरण लिखित रूपमा प्रदान गरिनु पर्छ। मुख्य कार्यकारी अधिकारी (सीईओ), मुख्य संचालन अधिकारी (सीओओ), कार्यक्रम निर्देशकहरू, विषय-सेवा रीकर्ड समन्वयकर्ताहरू, मुख्य मानव संसाधन तथा अनुपालन अधिकारी (सीएचआरसीओ),आन्तरिक लेखा-परीक्षण टोली,प्रत्यक्ष सेवा प्रदायक तथा WNYIL निर्देशकहरूको परिषदका कार्यक्रम समितिलाई, जब उपयुक्त हुन्छ CSRको पहुँच दिइनेछ। स्वास्थ्य बीमा वहनीयता जवाबदेही अधिनियम (HIPAA) का आवश्यकताहरूले WNYIL ले प्रदान गरेका धेरै सेवाहरूलाई समेट्छ। एक विशिष्ट लिखित अनुरोधमा उपभोक्ता वा उपभोक्ताका कानूनी अभिभावकले HIPAA नियमहरूसँग एजेन्सीको पालना सुनिश्चित गर्न,कुन जानकारी कसलाई जारी गर्न सकिन्छ, अर्थात सामान्य हो कि HIV सम्बन्धित हो, पहिचान गर्दछ। उपभोक्ता वा उपभोक्ताको कानूनी अभिभावको लिखित अनुमति बिना कुनै **पनि जानकारी** जारी गरिने छैन।

उपभोक्ताहरू र/वा उपभोक्ताका बैध अभिभावकलाई कुनै असंतोषजनक स्थितिको समाधानका लागि लिखित औपचारिक अपील प्रक्रिया प्रदान गराइनेछ।

उपभोक्ताहरूका WNYIL का CSRहरूलाई उचित ऋण दिने स्रोतहरूले समीक्षा गर्न सक्दछन् र अदालतले हाजिरी आदेश पनि दिन सक्दछ। कानूनले गोपनीयताका नियमको सुरक्षा गर्दैन जब आफैलाई वा अरूलाई चोटपटक लागेर समर्थन चाहिन्छ। CSR लाई कायम गरिनेछ साथै WNYIL निर्देशकहरूको समिति, उपभोक्ता, र उपभोक्ताका कानूनी अभिभावकको कार्यक्रम समितिले गुणस्तर समीक्षा गरिनेछ।

**उपभोक्ताको अपीलको प्रक्रिया**

उपभोक्ताहरू र/वा उपभोक्ताका कानूनी अभिभावकहरूको लागि उपयुक्त व्यक्तिहरूसम्म उनीहरूको सेवाहरू प्राप्त गर्ने समस्याहरू तथा शिकायतहरू ल्याउन प्रभावकारी र सर्वमान्य माध्यमहरू उपलब्ध गराउने हाम्रो नीति हो। उपभोक्ता र/वा उपभोक्ताको कानूनी अभिभावकलाई उनीहरूको सेवा प्रदायकसँग चर्चा गरेर र/वा कार्यक्रम पर्यवेक्षकहरू, सीओओ, वा सीईओको संसाधन प्रयोग गर्दै अनौपचारिक रूपमा गुनासाहरूको समाधान गर्न प्रोत्साहित गरिन्छ। यस प्रक्रिया भित्रका सबै समयमा उपभोक्ता र / वा उपभोक्ताका कानूनी अभिभावकसँग आफ्नो CSR मा पहुँच छ। यदि यसले परिस्थितिलाई सुधार गरेन भने, कुनै पनि उपभोक्ता वा उपभोक्ताका कानूनी अभिभावकले निम्न तरिकाले गुनासो प्रस्तुत गर्न सक्छ:

**चरण 1 - कुनै अनौपचारिक बैठक र छलफलको नोटसहित सीईओलाई गुनासोका लिखित बयान तुरुन्त बुझाउनुहोस्।** पाँच व्यापारिक दिनहरू भित्र मुख्य कार्यकारी अधिकारी (CEO) सँग गुनासोका बारेमा जवाफ दिने दायित्व हुन्छ। यदि CEOलाई अधिक जानकारीको आवश्यकता भए, CEOलाई गुनासो प्रथम पटक पेश गरेको समयदेखि तीन व्यापारिक दिनहरू भन्दा अगाडिनै बैठक बस्नेछ। तब CEOले निर्णय लिनेछ। लिखित रेकर्ड

यदि CEO उजूरीको जवाफ दिन असफल हुनुभए वा उपभोक्ता र/वा उपभोक्ताको कानूनी अभिभावकलाई निर्णय स्वीकार्य नभए वा समाधान भए तापनि पालना गरिएको नभए, उ चरण 2मा अगाडि बढ्न सक्छन्। यदि गुनासो CEO सँगै छ भने प्रक्रिया दोस्रो चरणबाट सुरू हुन्छ।

**चरण 2 - गुनासोको लिखित बयान कुनै बैठक वा छलफलहरूका नोटहरू सहित तुरुन्तै WNYIL निदेशक समितिका कार्यक्रम समितिमा पेश गर्नुहोस्।** पाँच व्यापारिक दिनहरू भित्र मुख्य कार्यकारी अधिकारी (CEO) सँग गुनासोका बारेमा जवाफ दिने दायित्व हुन्छ। यदि कार्यक्रम समितिलाई धेरै जानकारीको आवश्यकता पर्यो भने, कार्यक्रम समितिमा गुनासो पेश गरिएका प्रथम 8 व्यावसायिक दिनहरू भन्दा अगाडिनै एउटा बैठक तोकिने छ। कार्यक्रम समितिले तब एक निर्णय प्रस्तुत गर्दछ। लिखित रेकर्ड

सबै मामलाहरूमा, कार्यक्रम समितिको निर्णय बाध्यकारी रहनेछ। कार्यक्रम समितिले उजूरीको जवाफ दिन असफल भएमा वा उपभोक्ता वा उपभोक्ताका कानूनी अभिभावकलाई निर्णय स्वीकार्य नभएको महसुस भएमा, वा समाधान भएको तर पालना गरिएको नभए, उसले सम्पर्क गर्न सक्छ:

• NYS वयस्क जीवनवृति र सतत शिक्षा सेवाहरू (ACCES-VR), 1 Commerce Plaza, Room 1607, 99 Washington Ave., Albany, NY 12234 at (800) 222-5627 (आवाज) अथवा TTY: 7-1-1 NYS रिले को लागी तथा अपरेटरलाई दिनुहोस् (800) 222-5627 (आवाज)।

• यदि विकासीय अक्षमता क्षेत्रीय कार्यालय (DDRO) क्षेत्र 1 मार्फत सेवाहरू प्राप्त भएमा, कृपया गुणस्तर आश्वासन (716) 674-6300 मा; वा न्यू योर्क राज्य विकासीय विकलांगता भएका व्याक्तिका आयुक्तको कार्यालय (518) 473-1997 वा (आवाज) TTY मा सम्पर्क गर्नुहोस्: 7-1-1 NYS रिले को लागी तथा अपरेटरलाई दिनुहोस् (518) 473-1997 (आवाज)।

• यदि तपाईंले NYS को मानसिक स्वास्थ्य कार्यालय (NYSOMH) मार्फत सेवाहरू प्राप्त गर्दै हुनुहुन्छ भने, कृपया NYS को विशेष आवश्यकता भएका मानिसका संरक्षणको लागि न्याय केन्द्र 161 Delaware Avenue, Delmar, New York 12054-1310 मा (518) 549-0200 (आवाज) वा TTY मा सम्पर्क गर्नुहोस्: 7-1-1 NYS रिले को लागी तथा अपरेटरलाई दिनुहोस् (518) 549-0200। (855) 373-2122 (हप्ताका सातै दिन, दिनमा 24औं घण्टा कार्यरत) वा TTY मा दुरुपयोग भएको रिपोर्ट गर्नुहोस्: 7-1-1 NYS रिले को लागी तथा अपरेटरलाई दिनुहोस् (855) 373-2122।

• ग्राहक सहायता कार्यक्रम जुन संघीय अनुदीत स्वतन्त्र निवास केन्द्रहरू (ILCs) बाट सेवाहरू प्राप्त गर्ने वा प्राप्त गर्न आवेदन गर्नेहरूलाई सहयोग पुर्‍याउन सिर्जना गरिएको एक संसाधन हो, तपाईंसँग यसमा सम्पर्क गर्ने अधिकार छ। CAP ले ACCES-VR तथा NYS अन्धाहरूको आयोगका आवेदकहरूका लागि पनि सेवा गर्दछ। सेवाका लागि CAP लाई सम्पर्क गर्नु ILC गुनासो प्रक्रियाको कुनै औपचारिक अंश होईन। CAP विशेष गरेर अक्षमता अधिकार न्यू योर्क (DRNY) द्वारा संचालित संस्था हो। यदि तपाईंसँग यस ILC का बारेमा प्रश्न र चिन्ताहरू अथवा विवादहरुको अनुभव भएमा, कृपया DRNY लाई सहयोगका लागि सम्पर्क गर्न नहिचकिचाउनुहोला। विकलाङ्ग अधिकार न्यू योर्क, 725 Broadway, Suite 450, Albany, NY 12207 (मुख्य) (518) 432-7861 (टोल-फ्री) (800) 993-8982 (TTY) (518) 512-3448 (Email) mail@DRNY.org.

यस अतिरिक्त, एजेन्सीले सबै लागू कानून र नियमहरूको पालना गर्दछ र यसका सबै कार्यक्रममा सबै धोखाधडी, बेकारी वा दुरुपयोग विरूद्ध लड्न सबै व्यावहारिक कदमहरू लिएको छ भनी सुनिश्चित गर्नका लागि WNYIL सँग एक अनुपालन कार्यक्रम छ। WNYILद्वारा निरीक्षण गरिएको कुनै पनि कार्यक्रममा धोखाधडी, वेकारी वा दुरुपयोगको शंका भेटिए निम्नमा रिपोर्ट गर्न सकिन्छ: WNYIL की प्रमुख मानव संसाधन र अनुपालन अधिकारी, टीना ब्राउन, 3108 मैन स्ट्रीट, Buffalo, NY 14214, tbrown@wnyil.org,स्थानीय (716)-836-0822, अतिरिक्त। 102, वा टोल-फ्री अनुपालन हटलाइन 1-866-576-8042.

Western New York Independent Living, Inc. , Western New York Independent Living, Inc को एक सदस्य हो। एजेन्सीहरूका परिवार

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

यस फारममा हस्ताक्षर गरेर, म यो पुष्टि गर्दैछु कि WNYIL का उपभोक्ताका रूपमा मलाई निम्न बारेमा पूर्ण सूचना दिइएको छ:

• उपभोक्ताको रूपमा मेरा अधिकार तथा जिम्मेवारीहरू।

• मेरा गोपनीयताको अधिकार।

• हाम्रो एजेन्सीसँग गुनासो फाइल गर्ने आन्तरिक प्रक्रिया तथा कार्यविधि।

• यदि म मेरा शिकायतको समाधानसँग असन्तुष्ट भए, कसलाई सम्पर्क गर्ने।

सम्बन्ध: \_\_\_\_\_\_\_ उपभोक्त \_\_\_\_\_\_\_ अभिभावक

\_\_\_\_\_\_\_ संरक्षक \_\_\_\_\_\_\_ मनोनित प्रतिनिधि

**उपभोक्ताको नाम छपाउनुहोस्:** SSN (अन्तिम 4) \_ \_ \_ \_

यदि अभिभावक/संरक्षक/मनोनित प्रतिनिधि भए नाम छाप्नुहोस्:

हस्ताक्षर: मिति:

**संदर्भ # \_\_\_\_\_\_\_\_**

**WNYIL, INC. घटनाको रिपोर्ट**

यो रिपोर्ट संलग्न वा घटनामा साक्षी भएका व्यक्तिद्वारा घटनाको 2-घण्टा भित्र भर्नुपर्दछ। यदि एक भन्दा बढी व्यक्तिहरू संलग्न भएमा, प्रत्येक संलग्न भएका व्यक्तिका लागि छुट्टै रिपोर्ट भर्नु पर्नेछ। पूरा भरिएको फारम तुरून्तै कर्मचारी व्यक्तिको पर्यावेक्षकलाई दिनुपर्नेछ जसले त्यसलाई फेरि मानव संसाधन समन्वयककोमा अग्रेषित गर्नेछन्।

|  |  |
| --- | --- |
| 1. घटनामा परेका व्यक्तिको नाम: | |
| 2. घटनामा परेका व्यक्तिको ठेगाना: | |
| 3. घटनामा परेका व्यक्तिको फोन # | |
| 4. WNYILसँगको सम्बन्ध: □ कर्मचारी □ स्वयम्सेवक/प्रशिक्षार्थी □उपभोक्ता □ आगन्तुक | |
| 5. संलग्न व्यक्तिको पर्यवेक्षक: | |
| 6. घटनाको मिति: | घटनाको समय: बिहान बेलुकी |
| 7. पालाको सुरू: बिहान बेलुकी | पालाको समाप्ति: बिहान बेलुकी |
| 8. नाम(हरू), ठेगाना(हरू), तथा साक्षी(हरू)का फोन नम्बर(हरू)’ (यदि कुनै भए) | |
| 9. घटनाको प्रकार: □ दुरुपयोग/अवहेलना □आक्रमण / लडाई □ बङ्गिनु  □ गिर्नु/चिप्लनु □ बिरामी □ उचाल्नु  □ कार दुरघटना □ चोरी □अन्य: | |
| 10. प्रभावित भएका शरीरका भाग(हरू)को सूची: | |
| 11. घटनाको ठेगाना वा स्थान: | |
| 12. घटनालाई विस्तृत रुपमा वर्णन गर्नुहोस्: (घटनामा संलग्न भएका कुनै यन्त्र, उपकरण, सामग्री, आदि समावेश गर्नुहोस्) | |
| 13. के EMS लाई सम्पर्क गरियो? □ हो □.हुदैन □ N/A | |
| 14. के पुलिस रिपोर्ट फाइल गरिएको थियो? □.हुन्छ □.हुदैन □ N/A | |
| 15. के घटनामा परेको व्यक्ति उपचारका लागि जाँदैछ? □ हो □.हुदैन ज्ञात भएन  यदि हो भने, सेवा प्रदायकको नाम/ठेगाना: | |
| 16. सुधारात्मक कार्य: | |
| 17. सुधारात्मक कार्य योजनाको मिति: | |
| 18. सङ्लग्न व्यक्तिको हस्ताक्षर: सही गरिएको मिति: | |
| 19. पर्यवेक्षकको हस्ताक्षर: रिपोर्ट समीक्षा गरिएको मिति: | |
| 20. CEO को हस्ताक्षर: रिपोर्ट समीक्षा गरिएको मिति: | |

|  |
| --- |
| **कार्यालयको उपयोगमा मात्र:** |
| घटनाको वर्ग: □ कर्मचारी □ व्यक्तिगत हेरचाह सहायक □ स्वयंसेवक/ परिक्षार्थी  □ सुविधा □ उपभोक्ता □ परिवहन  □ आगन्तुक |
| कार्यालयले फारम प्राप्त गर्ने मिति: |
| कार्यालयका नोटहरू: |
| HR ले फारम प्राप्त गर्ने मिति: |
| HR का नोटहरू: |
| □ कार्यक्रम समिति □ मानव संसाधन □ कर्पोरेट अनुपालन |
| हेरचाह समन्वय एजेन्सीलाई सम्पर्क गरीयो: □ हो □ हैन □ N/A |
| यदि हो भने, सम्पर्क गरिएको मिति: |
| हेरचाह समन्वय एजेन्सीलाई सम्पर्क गरिएको जानकारी: |
| विगतका घटनाहरू: □ हो □ हैन □ N/A |
| यदि हो भने, घटनाको मिति तथा विवरण प्रदान गर्नुहोस्: |
| सामाजिक सुरक्षा नम्बर: |
| औसत साप्ताहिक ज्याला: |
| जागिर शीर्षक: |
| जागिरका कर्तव्यहरू: |
| किरायामा लिइएको मिति: |
| विशिष्ट कामका दिनहरू: □ आइत □ सोम □ मंगल □ बुध □ बृहस्पति □ शुक्र □ शनि |
| कामबाट गुमाएको समय: □ □ हो □ हैन् □ N/A |
| यदि हो भने, काम गरेको अन्तिम दिन: |
| पहिलो कार्यतालिका बाहिरको काम |
| यदि उपयुक्त भएमा, कामको मितिमा फर्कनुहोस्: |

2019-01

**संदर्भ # \_\_\_\_\_\_\_\_**

**WNYIL, INC. घटनाको रिपोर्ट**

यो रिपोर्ट **संलग्न व्यक्तिद्वारा वा घटनामा साक्षी भएका व्यक्तिले घटनाको 24 घण्टा भित्र** भर्नुपर्दछ। यदि एक भन्दा बढी व्यक्तिहरू संलग्न भएमा, संलग्न भएका प्रत्येक व्यक्तिका लागि छुट्टै रिपोर्ट भर्नु पर्दछ। पूरा भरिएको फारम तुरून्तै कर्मचारी व्यक्तिको पर्यावेक्षकलाई दिनुपर्नेछ जसले त्यसलाई फेरि मानव संसाधन समन्वयककोमा अग्रेषित गर्नेछन्।

|  |  |
| --- | --- |
| 1. घटनामा परेका व्यक्तिको नाम: | |
| 2. घटनामा परेका व्यक्तिको ठेगाना: | |
| 3. घटनाको मिति: | घटनाको समय: बिहान बेलुकी |
| 4. पालाको सुरू: बिहान बेलुकी | पालाको समाप्ति: बिहान बेलुकी |
| 5. WNYILसँगको सम्बन्ध: □ कर्मचारी □ स्वयम्सेवक/प्रशिक्षार्थी □उपभोक्ता □ आगन्तुक | |
| 6. घटनामा परेका व्यक्तिको ठेगाना: | |
| 7. घटनामा परेका व्यक्तिको फोन # | |
| 8. साक्षी(हरू)को नाम (यदि कुनै भएमा): | |
| 9. साक्षी(हरू)का ठेगाना(हरू) तथा फोन नम्बर(हरू): | |
| 10. घटनाको प्रकार: □ दुरुपयोग/अवहेलना □आक्रमण / लडाई □ बङ्गिनु  □ गिर्नु/चिप्लनु □ बिरामी □ उचाल्नु  □ कार दुरघटना □ चोरी  अन्य: | |
| 11. प्रभावित भएका शरीरका अङ्ग(हरू): □ शिर □ अनुहार □ आँखा (बायाँ अथवा दाँहिना)  □ जीउ/पिठिउ □ घाँटी □ हात (दाँया वा वाँया)  □ औँलाहरू □ घुँडा (दाँया वा वाँया) □ गोलीगाँठो (दाँया वा वाँया)  □ पाखुरा (दाँया वा वाँया) □ काँध (दाँया वा वाँया)  □ गोडा (दाँया वा वाँया)  □ कम्मर (दाँया वा वाँया)  □ अन्य (निर्दिष्ट गर्नुहोस्) □ N/A | |
| 12. घटनाको ठेगाना वा स्थान: | |
| 13. घटनालाई विस्तृत रुपमा वर्णन गर्नुहोस्: (घटनामा संलग्न भएका कुनै यन्त्र, उपकरण, सामग्री, आदि समावेश गर्नुहोस्) | |

|  |
| --- |
| 14. के EMS लाई सम्पर्क गरियो? □.हुन्छ □.हुदैन □ N/A |
| 15. के पुलिस रिपोर्ट फाइल गरिएको थियो? □.हुन्छ □.हुदैन □ N/A |
| 16. सेवा प्रदायकको नाम तथा ठेगाना: |
| 17. सुधारात्मक कार्य: |
| 18. सुधारात्मक कार्य योजनाको मिति: |
| 19. सङ्लग्न व्यक्तिको हस्ताक्षर: सही गरिएको मिति: |
| 20. पर्यवेक्षकको हस्ताक्षर: रिपोर्ट समीक्षा गरिएको मिति: |
| 21. CEO को हस्ताक्षर: रिपोर्ट समीक्षा गरिएको मिति: |
| **कार्यालयको उपयोगमा मात्र:** |
| घटनाको वर्ग: □ कर्मचारी □ व्यक्तिगत हेरचाह सहायक □ स्वयंसेवक/ परिक्षार्थी  □ सुविधा □ उपभोक्ता □ परिवहन  □ आगन्तुक |
| कार्यालयले फारम प्राप्त गर्ने मिति: |
| कार्यालयका नोटहरू: |
| HR ले फारम प्राप्त गर्ने मिति: |
| HR का नोटहरू: |
| □ कार्यक्रम समिति □ मानव संसाधन □ कर्पोरेट अनुपालन |
| हेरचाह समन्वय एजेन्सीलाई सम्पर्क गरीयो: □ छ □ छैन □ N/A |
| यदि हो भने, सम्पर्क गरिएको मिति: |
| हेरचाह समन्वय एजेन्सी सम्पर्क जानकारी: |
| विगतका घटनाहरू: □ हो □होइन □ लागू छैन |
| यदि हो भने, घटनाको मिति तथा विवरण प्रदान गर्नुहोस्: |

24 घण्टे हेरचाह र पालोको लम्बाइको मेमो

कुनै व्यक्तिगत सहायकले लगातार 24 घण्टा वा अधिक समय काम गर्नु हुँदैन।

व्यक्तिगत सहायकलाई किन लगातार 24 घण्टाको पालो वा अधिक समय काम गर्न दिनु हुँदैन भन्ने कारणहरू:

यस खण्डले देखाउँछ कि यदि हेरचाह 19 घण्टा वा बढीका लागि आवश्यक छ भने अधिक व्यक्तिहरूले सेवा सञ्चालन गर्नुपर्नेछ। उपभोक्ताको आवश्यकताको स्तरका कारण एक लिभ-इन व्यक्तिगत सहायक(PA)ले 24 घण्टाको अवधिमा 5 घण्टाको निर्बाध निद्रा नपाउन सक्छन् त्यसैले एक व्यक्तिगत सहायकद्वारा लिभ-इन विकल्प पर्याप्त हुँदैन । त्यसकारण, कुनै पनि दिइएको दिनमा कसैले पनि 19 घण्टाभन्दा अधिक काम गर्न नपरोस् भन्ने अपेक्षा मान्न सकिन्छ। लिभ-इन PA स्तरमा आधारित हेरचाहको आधारमा 16 घण्टा भन्दा बढि सम्भव छैन नियमको इरादा सम्भव छ।

CDPAP Regulation 505.28 (4) राज्य:

(4) निरन्तर उपभोक्ताले निर्देशित व्यक्तिगत सहयोग भन्नाले एक भन्दा बढी उपभोक्ता निर्देशित व्यक्तिगत सहायक द्वारा, एक उपभोक्ताका लागि पात्रो दिनमा 16 घण्टा भन्दा बढीका लागि निर्बाध हेरचाहको प्रबन्ध गर्नु हो, जसको उपभोक्ताको स्वास्थ्य अवस्थाको कारण यस किसिमको पात्रो दिनमा सहयोग चाहिन्छ। शौचालय, पैदल, स्थानान्तरण, मोड र स्थिति, भोजन, घर स्वास्थ्य सहयोग सेवाहरू, वा कुशल नर्सिङ कार्यहरू र यस्तो आवृत्तिको साथ सहयोग चाहिन्छ र 24-घण्टा उपभोक्ता निर्देशित एक व्यक्तिगत सहायक नियमित आधारमा प्राप्त गर्न असम्भव छ, सहयोगीको आठ घण्टा निद्राको अवधिमा निरन्तर निदाको दैनिक रूपमा पाँच घण्टा।

अतिरिक्त:

2006 LCM (Local Commission Memorandum) मा के एक मान्छेले लगातार 24 घन्टा सेवा प्रदान गर्न सक्छ? भन्ने प्रश्न गरेका छन्‌। सक्दैन। एउटा मान्छेले 24 घन्टा सेवा प्रदान गर्न सक्दैन। 24 घन्टा सेवा भनेको 18 NYCRR 505.14 (a)(3) अनुसार फर्क सिफ्टमा रहेर सेवा दिने हो।

यस सेवा प्रकारमार्फत उपभोक्ताको स्वास्थ्य र कल्याणको आश्वासनको लागि हो जसको देखभाल आवश्यकताहरू पूरा भइरहेको छ। एक व्यक्तिले उपभोक्तालाई दिनको 24 घण्टा निद्रा बिना सुरक्षित र पर्याप्त सहायता प्रदान गर्न सक्छ वा एक व्यक्तिले 7 दिन / हप्ताको हेरचाहको पर्याप्त मात्रा प्रदान गर्न सक्छ भन्ने अनुमान गर्नु अव्यावहारिक छ।

निष्कर्सः

कुनै व्यक्तिगत सहायकले 16 घण्टा भन्दा बढि विस्तारित शिफ्टमा काम गर्न सक्दैन अप्रत्याशित परिस्थिति नआएसम्म PA को लागि विस्तारित समयसीमा जारी राख्न आवश्यक पर्दैन। मौसम, PA बिमारी वा अप्रत्याशित कल आउट र अन्य एक पटकका अवस्थाहरूमा PAको निर्धारित शिफ्ट विस्तार गर्न आवश्यक पर्दछ। अन्यथा यो उपभोक्ताको जिम्मेवारी हो कि उनीहरूले प्राप्त गर्नका लागि अधिकृत गरिएका घण्टाहरू ढाक्न पर्याप्त व्यक्तिगत सहायकहरू भाडामा लिन्छन्। उपभोक्ताले सुरक्षित घण्टा गर्न कम्तिमा व्यक्तिगत सहयोगीहरूको संख्या फेला पार्न सकेन भने उपभोक्ताले उचित देखभाल वा सेवाहरूको स्तर निर्धारण गर्न व्यवस्थित केयर संगठनसँगै काम गर्नुपर्छ।

**पश्चिमी न्युयोर्क इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ, इंक ।पश्चिमी न्युयोर्क इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ, इंक ।**

**कर्पोरेट अनुपालनको योजना**

**2008-2009**

**(6/2019 मा संशोधन गरिएको)**

**मानव संसाधन तथा कम्प्लाइन्स अफिसर**

Tina Brown

(716) 836-0822, ext. 102

tbrown@wnyil.org

यो कागजात पश्चिमी न्यू योर्क स्वतन्त्र बस्ने को पूर्ण कर्पोरेट अनुपालन योजना को एक संक्षिप्त संस्करण हो। उपभोक्ता र व्यक्तिगत सहयोगीहरु लाई टेकिंग कन्ट्रोल (CDPAP) कार्यक्रममा भाग लिने कुरामा केन्द्रित गरी यसलाई सुव्यवस्थित गरिएको छ। लक्ष्य भनेको तपाईंलाई WNYIL बुझाउन लागि मद्दत गर्न र तपाईंको अधिकार र जिम्मेवारीहरू गर्नु हो जुन न्यूयोर्क राज्य र संघीय मेडिकेड कोषहरू द्वारा अनुदान प्राप्त गरिएको कार्यक्रमहरू / सेवाहरू द्वारा लाभान्वित हुन्छ। हाम्रो योजनाको पूर्ण संस्करण को लागी हाम्रो कार्यालयहरुबाट अनुरोध गर्न सकिन्छ वा तपाइँ एजेन्सीको अनुपालन योजनाको पूरा संस्करणको लागी यहाँwww.wnyil.org मा पहुँच गर्न सक्नुहुन्छ।

**I. पश्चिमी न्युयोर्क इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ, इंक को भिजन र मिसन ।पश्चिमी न्युयोर्क इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ, इंक । WNYIL, INC.**

**अ. भिजनको वक्तब्य**

वेस्टर्न न्यू योर्क इण्डिपेन्डन्ट लिभिंग, इंक एजेन्सीहरूको परिवार प्रणाली र व्यक्तिगत परिवर्तनका लागि उत्प्रेरक हो, विविधताको सम्मान गर्दा र हाम्रो समाजमा स्वतन्त्र जीवनको विकल्प छनौट गर्न र विकल्पहरूको प्रवर्धन गर्न अशक्त व्यक्तिहरूको जीवनको गुणस्तर बढाउने छ।

**आ मिसन**

वेस्टर्न न्यू योर्क इण्डिपेन्डन्ट लिभिंग, इंक. एजेन्सीहरूको परिवार प्रणाली र व्यक्तिगत परिवर्तनका लागि उत्प्रेरक हो, विविधताको सम्मान गर्दा, र हाम्रो समाजमा स्वतन्त्र जीवनको विकल्प छनौट गर्न र विकल्पहरूको प्रवर्धन गर्न, अशक्त व्यक्तिहरूको जीवनको गुणस्तर बढाउने। WNYIL Inc. बोर्डका निदेशक तथा काउन्सिलहरूको, मानसिक स्वास्थ्य सहकर्मी जडान, नियाग्रा काउन्टीको स्वतन्त्र बस्ने र जीन्सी क्षेत्रको स्वतन्त्र बस्ने, उनीहरूका कर्मचारी र स्वयंसेवकहरू, बहुमतमा रहेका व्यक्तिको बहुमतमा समावेशी, व्यावसायिक र दक्ष संगठनहरू सञ्चालन गर्दछन जसले छनौटको लागि अवसरहरू सिर्जना गर्दछ। , स्वतन्त्रता र समुदायको सहभागिता। हाम्रो समुदायमा शारीरिक र मनोवैज्ञानिक अवरोधहरू हटाउने र यातायात र सञ्चार पहुँचको

सुविधा पुर्‍याउने। WNYIL Inc. अशक्तता भएका व्यक्तिलाई सूचना र रेफरल, स्वतन्त्र जीवन कौशल, व्यक्ति र प्रणाली वकालत, साथीहरूको परामर्श, वकालत सशक्तीकरण कार्यक्रम, स्वयं सहायता, नेतृत्व विकास, परिवारलाई समर्थन र समुदाय शिक्षा र साझेदारीको माध्यमबाट आफ्नो जीवन छनौट महसुस गर्न सहयोग गर्दछ।

**ग. समान पहुँचको पुष्टि**

वेस्टर्न न्यू योर्क इण्डिपेन्डन्ट लिभिंग, इंक। WNYIL Inc. का सेवा, कार्यक्रम, गतिविधि, स्रोत र सुविधाहरू दुबै संचार र शारीरिक पहुँच दुबैमा उनीहरूको महत्वपूर्ण अशक्ततालाई ध्यान नदिईकन सबै व्यक्तिको लागि समान पहुँच सुनिश्चित गर्दछ, सार्वजनिक वा निजी लगानीबाट भए पनि।

**घ. आत्म-निर्देशनको बयान**

वेस्टर्न न्यू योर्क इण्डिपेन्डन्ट लिभिंग, इंक। अशक्तता भएका व्यक्तिहरूलाई अधिक स्वतन्त्रता र आफ्नो जीवनमा नियन्त्रणको अभ्यास गर्न सहयोग गर्नु पर्दछ। त्यसकारण, जब सम्भव हुन्छ, सेवाहरू प्राप्त गर्ने व्यक्तिहरू आवश्यक सेवाहरू पहिचान गर्न र यी सेवाहरूको डेलिभरीका लागि महत्वपूर्ण भूमिका खेल्ने छन्।

उपभोक्ताहरूलाई स्वनिर्देशन गर्न प्रोत्साहित गरिने छ:

1. उनीहरूको आफ्नै लक्ष विकास गर्ने।

2. तिनीहरूको आफ्नै क्षमताहरूको प्रयोग गरेर सेवाहरूको डेलिभरी निर्देशन गर्दै।

3. सबै समयमा, उपभोक्ताहरूले वकालतको अनुभव गरिरहनु पर्छ।

4. WNYIL Inc. कर्मचारीहरु उपभोक्तामा आफ्नै न्याय थोपर्ने छैन।

**ङ. सहकर्मी संघहरूको घोषणा**

वेस्टर्न न्यू योर्क इण्डिपेन्डन्ट लिभिंग, इंक। महत्वपूर्ण असक्षमता भएका व्यक्तिको सेवा प्रदान गर्ने क्रममा साथीहरूको भूमिकाका मोडेलहरू र सम्बन्धहरूको विकासलाई सहयोग पुर्‍याउँछ। यो प्रयासले डाइरेक्टर्स बोर्डमा सदस्यता, स्वयम्सेवकहरूको नियुक्ति, र पदोन्नती र कर्मचारी भर्तीको माध्यमबाट WNYIL, Inc.लाई सबै WNYIL, Inc. गतिविधिहरूको आवश्यक सहयोगी निर्देशन प्रदान गर्न सकिन्छ।

**II. कर्पोरेट समितिको योजनाको उद्देश्य**

**अ. परिचय**

यस कर्पोरेट अनुपालन योजनाको उद्देश्य WNYIL Inc. ले हाम्रो समाजमा आफ्नो व्यक्तिको जीवन सुधार गरी राम्रो पहुँच र लागत प्रभावी, गुणस्तरीय सेवाहरू सुसंगत ढङ्गले प्रदान गर्दै समुदायमा आफ्नो सकारात्मक प्रतिष्ठा र प्रभाव कायम राख्नु सुनिश्चित गर्नु हो। WNYIL Inc. को दृष्टि र मिशनको साथ, माथि सारांश वा अन्यथा यसको निर्देशक बोर्ड द्वारा निर्धारित रूपमा हुनेछ।

WNYIL Inc. संगठनसँग सम्बद्ध जो कोही पनि उच्च मापदण्डमा पर्दछ। यी लक्ष्यहरू प्राप्त गर्न हाम्रो प्रयासहरूमा, WNYIL Inc. ले यस कर्पोरेट अनुपालन योजना स्थापना गरेको छ।

**आ मिसन**

WNYIL Inc. का मुख्य मानव संसाधन र अनुपालन अधिकारी (CHRCO) ले कर्मचारी, उपभोक्ता, एजेन्ट र WNYIL Inc. का प्रतिनिधिहरुलाई सहयोग र सल्लाह दिएर यो लक्ष्य हासिल गर्नेेछ र WNYIL Inc. लागू संघीय, राज्य र स्थानीय कानून मान्ने छ। यस क्षमतामा, CHRCO ले उनीहरूको अनुपालन सम्बन्धी सम्बन्धित कानून, विनियम, नीति र प्रक्रियाहरू सम्बन्धी कर्मचारी र उपभोक्ता, एजेन्ट र प्रतिनिधिहरूलाई तालिम र शिक्षा दिन स्पष्ट दिशा निर्देशनहरू प्रदान गर्न प्रतिवद्ध छ।

CHRCO ले निम्न प्रयास गर्ने छ:

1. कर्मचारी, एजेन्ट, उपभोक्ता र प्रतिनिधिहरू सबैलाई लागू हुने कानून, विनियम र WNYIL Inc. नीति र प्रक्रियाहरूको पालना गर्न र CHRCO लाई नलाग्ने घटनाको रिपोर्ट गर्न प्रोत्साहन दिईएको संस्कृतिको प्रचार गर्ने;

2. अधिकारी, निर्देशक, काउन्सिल सदस्य, कर्मचारी, एजेन्ट, उपभोक्ता र WNYIL Inc. का प्रतिनिधिहरूलाई विशेष व्यापार अभ्यासहरूको कानूनी जोखिमको बारेमा शिक्षित गर्नुहोस्;

3. WNYIL Inc. लाई प्रोत्साहित गर्नुहोस् व्यवसायीहरूले व्यावहारिक अभ्यासका बारे उचित सल्लाह लिन र WNYIL Inc. कर्मचारीहरूको लागि आचारणको नैतिक मापदण्डको आवश्यकताहरू भित्र ती गतिविधिहरू सञ्चालन गर्न; र संघीय सजाय दिशानिर्देशहरूको पालना सुरक्षित गर्न।

कर्पोरेट कम्पाईन्स भनेको नियामक जोखिमको क्षेत्रहरू पहिचान गर्न र गैर-अनुपालनको जोखिम कम गर्नमा मद्दतको लागि साझेदारी हो। WNYIL Inc. का कर्मचारीहरु निगमको लागी समर्पित भएको अपेक्षा गरिन्छ र WNYIL Inc. का मूल्य साझा गर्ने अरुहरुसँग सहकार्य गर्न र नेटवर्कको लागि वित्तीय उत्तरदायित्वको उच्च स्तर सुनिश्चित गर्न लगनशील, वफादार र विवेकी ढङ्गले कार्य गर्दछ। अशक्त मानिसहरूलाई कार्यक्रम र सेवाहरूको प्रावधानमा अन्तस्करण र मानव आवश्यकताका मुद्दाहरूको पक्षमा वकालत गर्ने र स्वतन्त्र बस्नेको संरक्षण र शक्ति प्रदान गर्न योगदान गर्छ।

**III. WNYIL** को कर्पोरेट अनुपालनको योजना

**मूख्य तत्त्व**

कर्पोरेट अनुपालन योजनामा निम्न आठ सिद्धान्तका तत्वहरू समावेश हुनेछन् जुन OMIG र OIG ले आवश्यक भन्छ:

**अ. तत्त्व #1: लिखित नीत र प्रक्रियाहरू**

यो कागजात पूर्ण रूपमा परिशिष्ट ए, बी र सी साथै WNYIL को अनुपालन म्यानुअल सहित, WNYIL का लिखित नीति र प्रक्रियाहरू का रूपमा काम गर्दछ।

**आ तत्त्व #2: एक नियोजित कर्मचारीले योजनाको निरीक्षण गर्नका लागि उत्तरदायीता र आवश्य एलिमेन्टहरू हुन आवश्यक छ।**

**1. उत्तरदायी कर्मचारी**

WNYIL Inc Tina Brown लाई Chief Human Resource and Compliance Officer (CHRCO) का रूपमा तोकेको छ. CHRCO ले सिधै CEO लाई रिपोर्ट गर्छ र निर्देशकको बोर्डसँग उत्तरदायी हुन्छ। यो व्यक्ति कर्पोरेट अनुपालन योजनाको समग्र कार्यान्वयन र संचालनको लागी उत्तरदायी छ।

**2. अन्य उत्तरदायी**

1. कर्पोरेट अनुपालनको योजना: कर्पोरेट अनुपालन समिति CHRCO को अध्यक्षतामा हुन्छ। यसमा निर्देशक बोर्डका सदस्य, समुदायबाट चयन गरिएका व्यक्ति, WNYIL को CEO र अनुपालन लेखापरीक्षण टीमका चयनित सदस्यहरू हुन्छन्।

2. अनुपालन लेखापरीक्षण टीम: अनुपालन लेखापरीक्षण टोलीसँग आन्तरिक लेखा परीक्षण प्रक्रिया कार्यान्वयनमा CHRCO लाई सहयोग पुर्‍याउने जिम्मेवारी हुनेछ। लेखापरीक्षण एकैसाथ सञ्चालन गरिन्छ र WNYIL Inc. र कोष स्रोतहरूको आवश्यक पर्ने मापदण्डहरू सुनिश्चित गर्न लेखापरीक्षणका प्रोटोकलहरूको समीक्षा र अद्यावधिक गर्न यसको लागि उत्तरदायी हुने छ।

3. कानूनी प्रतिनिधि: CHRCO ले अनुपालन योजनाको विकास र कार्यान्वयनमा बाहिरी कानुनी सल्लाहसँग मिलेर काम गर्ने छ।

**ग. तत्त्व #3: शिक्षा र तालिम कार्यक्रमहरू रोजगार र उनीहरूका जिम्मेवारीहरूका अन्य लाई गर्न**

CHRCO ले शिक्षा, प्रशिक्षण र सञ्चार कार्यक्रमको विकास र कार्यान्वयनको निरीक्षण गर्न सामान्य जिम्मेवारी हुने छ WNYIL Inc. द्वारा कर्पोरेट अनुपालन योजनाको पालना सुनिश्चित गर्छ। निर्देशक, अधिकारी, काउन्सिल सदस्य, कर्मचारी, उपभोक्ता, एजेन्ट र प्रतिनिधिहरू।

**घ. तत्त्व #4: कर्पोरेट अनुपालनको योजना**

CHRCO को सामान्य निर्देशन अन्तर्गत WNYIL Inc. र प्रत्येक विभाग निर्देशकले WNYIL Inc. को नैतिकता र कानुनी पालना नीति र प्रक्रियाहरू सम्बन्धी शिक्षा र मार्गनिर्देशन प्रदान गर्न र व्यावसायिक मुद्दाहरूको रिपोर्टिंग र छानविनको लागि प्रक्रियाहरू कार्यान्वयन गर्नेछन्।

1. नैतिक र कानुनी आचरणको लागि मानदण्डको कुनै उल्लंघन वा शंकास्पद उल्लङघनको बारेमा प्रत्येक कर्मचारीको समय समयमा आफ्नो सुपरवाइजरलाई सूचना दिनुपर्दछ। वैकल्पिक रूपमा, कर्मचारीले भाग IX, धोखाधडी र दुर्व्यवहार अनुपालन नीति, सेक्शन सी, कर्मचारी सहभागिता र रिपोर्टिंग अन्तर्गत प्रक्रिया अनुसरण गर्न सक्दछ।

2. व्यक्तिहरूलाई सूचित गरिनेछ केही उदाहरणहरूमा, शङ्कास्पद उल्ल्ङ्घन रिपोर्ट गर्न असफल भएमा आफैलाई अनुशासनिक वा अन्य कारवाहीको लागि आधार हुन सक्छ।

3. टोल फ्री टेलिफोन नम्बर (866) 576-8042 सबैलाई उपलब्ध छ जसले केहि नीति र प्रक्रियाहरू सम्बन्धी सल्लाह लिन सक्छ, वा कानून वा लागू WNYIL Inc. नीति र प्रक्रियाहरूको वास्तविक वा कथित उल्लङ्घनको रिपोर्ट गर्न चाहान्छन्।

4. कुनै पनि व्यक्तिे रिपोर्ट गर्नको लागि प्रतिक्रियको अधीनमा पर्दैन, राम्रो विश्वासका साथ, कार्यहरू जुन उनीहरूले कानून वा स्थापित मापदण्डको उल्लंघन गरेको महसुस गर्छन्। कुनै पनि राम्रो विश्वास रिपोर्टिंगको लागि कुनै प्रतिकारको काममा संलग्न जो कोही अनुशासन र / वा डिस्चार्जको अधीनमा हुनेछ।

5. **संगठनात्मक रिपोर्टिंग:** CHRCO ले चलिरहेको आधारमा कर्पोरेट अनुपालन योजना CEO लाई रिपोर्ट गर्ने, अनुपालन योजनाको गतिविधि कम्तिमा त्रैमासिक कर्पोरेट अनुपालन समितिसमक्ष रिपोर्ट गर्ने र कानूनी र नैतिकता अनुपालन रिपोर्ट गर्नु पर्ने छ।

6. **कर्मचारी सहभागिता र रिपोर्टिंग: WNYIL Inc. का प्रत्येक कर्मचारीको जिम्मेवारी हुन्छ कि लागू कानून र नियमहरूको पालना गर्नुहोस् र WNYIL Inc. को अनुपालन प्रयासलाई समर्थन गर्नुहोस्।** सबै कर्मचारीहरूलाई अनुपालन योजना वा लागू कानूनको कुनै उल्लङ्गघनको बारेमा उनीहरूको विश्वासको रिपोर्ट गर्न आवश्यक छ। WNYIL Inc., कर्मचारीको अनुरोधमा WNYIL Inc. को फैसलामा परिस्थितिमा सम्भव भएसम्म रिपोर्ट गर्ने कर्मचारी (हरू) लाई त्यस्तो अज्ञातता प्रदान गर्दछ, कर्मचारीको चिन्ता छानबिन गर्न र आवश्यक सुधारात्मक कार्यवाही गर्ने दायित्व अनुरूप। । त्यस्ता रिपोर्टिंगको परिणामका रूपमा रोजगारीका सर्त र शर्तहरूमा कुनै प्रतिकार हुने छैन। सबै कर्मचारीहरूलाई अनुपालन योजना वा लागू कानूनको कुनै उल्लङ्गघनको बारेमा उनीहरूको विश्वासको रिपोर्ट गर्न आवश्यक छ।

क**.** मौखिक रूपमा वा तिनीहरूको निर्देशकलाई लिखित रूपमा।

ख. 1-866-576-8042. मा अनुपालन हटलाइन प्रयोग गरेर। यदि तपाईँ प्रति कल ब्लक गर्न सक्षम हुनुहुन्छ भने हाम्रो कलर ID मा आफ्नो नम्बर ब्लक गर्नका लागि 1-866-576-8042 डायल गर्न अघि \*67 डायल गर्नुहोस् ।

ग. हाम्रो वेबपृष्ठ मार्फत गुनासोहरू प्रविष्ट गर्दै: **www.wnyil.org/corolvecom**।

घ. पश्चिमी न्युयोर्क इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ इंकमा WNYIL Inc को CHRCO लाई लिखित वा मौखिक रूपमा:

टीना ब्राउन, CHRCO

WNYIL Inc.

3108 मेन स्ट्रीट

Buffalo NY 14214

फोन: (716) 836-0822 ext. 102

tbrown@wnyil.org

**ङ. तत्त्व #5: राम्रो विश्वास भागीदारीलाई प्रोत्साहित गर्न अनुशासन नीतिहरू**

WNYIL Inc. को अनुपालन प्रयासमा भाग लिन असफल भएकोमा कर्मचारीहरू अनुशासनको अधीनमा हुन सक्दछन्,सामेल गरिएको छ, तर सीमित छैन:

1. कार्यक्रम वा लागू कानुन वा नियमहरूको अनुपालनसँग सम्बन्धित कर्मचारीका लागि आवश्यक कुनै पनि दायित्व प्रदर्शन गर्न एक कर्मचारीको विफलता ;

2. अनुपालन योजना कानुन वा लागू कानुन वा कुनै उपयुक्त व्यक्तिको नियमको सन्दिग्ध उल्लङ्घनको रिपोर्ट गर्न असफलता; र

3. कार्यक्रमका सर्तहरू वा लागू कानुनहरू र विनिमयको अनुपालनलाई सुनिश्चित गर्नका लागि नीति तथा प्रक्रियाहरू लागू गर्न र र कायम राख्नका लागि एक पर्यवेक्षक वा प्रबन्धकीय कर्मचारीको तर्फबाट विफलता ।

अनुशासनले WNYIL Inc. को हालको कर्मचारी अनुशासन नीति र प्रक्रियाहरू अनुसरण गर्दछ।

**च. तत्त्व #6: अनुपालन जोखिम क्षेत्रहरूको रूटिन पहिचानका लागि एक प्रणाली**

**लेखा परीक्षा र पर्यवेक्षण**

मुख्य कार्यकारी अधिकारी र प्रमुख विभाग निर्देशकहरूको परामर्श र सहकार्यबाट CHRCO कर्पोरेट अनुपालन योजना र वित्त पोषण स्रोत आवश्यकताहरूलाई र WNYIL Inc. को नैतिकता र अनुपालन नीतिहरू र प्रक्रियाहरूको आवश्यकताहरूको पालन र जागरूकता प्रमाणित गर्न उपयुक्त आन्तरिक लेखा परीक्षण र सर्वेक्षणहरूको समन्वय गर्नेछ।

WNYIL Inc. को कुनै पनि व्यावसायिक गतिविधि र डिग्री अडिटको अधिकार स्थापित गरिएको छ, सम्बद्ध, साझेदारी, संयुक्त उद्यम, लाइसेन्स, ठेकेदार, विक्रेता, वितरक, तेस्रो पक्षहरू वा अन्य सन्चालन आन्तरिक लेखा परीक्षा समीक्षाको अधीन छ ।

**छ. तत्त्व#7: अनुपालन जोखिमलाई प्रतिक्रिया दिनका लागि एक प्रणाली**

यस नीतिको उद्देश्य पश्चिमी न्युयोर्क इन्डिपेन्डेन्ट लिभिङ इंकद्वारा प्रयोग गरिने प्रक्रियाहरूलाई स्थापित गर्नु हो । (WNYIL Inc.) कर्मचारी वा अन्यको रिपोर्ट माथि प्रतिक्रियामा दिनका लागि क एक व्यावसायिक एकाइ वा व्यवसाय एकाइ वा कुनै कार्यक्रममा भाग लिने उपभोक्ताहरूद्वारा नियोजित गतिविधिमा संलग्न छ जो कर्पोरेट अनुपालन योजनामा वर्णन गरिएको मापदण्डहरूको उल्लंघन गर्न सक्छ र जुन विपरीत हुन सक्छ र लागू मेडिकेड कानुन वा नियम वा त्यस्ता व्यक्ति वा व्यावसायिक एकाइहरू, जुन प्रकारले मेडिकेड कार्यक्रम आवश्यकताहरूलाई पूरा गर्दैन सोही प्रकारले यदि लागू भए दाबीहरू प्रस्तुत गर्न सक्दछ।

1. छानबिन

क**.** छानबिनको उद्देश्य:

छानबिनको उद्देश्य निम्न हुनेछ

1. ती परिस्थितिहरूको पहिचान गर्नुहोस्, जसमा मेडिकेड कार्यक्रमको कानुन, नियम र मापदण्डहरू पालना नगरिएको हुन सक्छ ।

2. जानाजानी वा अन्जानमा दाबीहरू पेस गर्न वा एक प्रकारले संशोधित गर्ने कारण बन्न सक्ने व्यक्तिहरूलाई पहिचान गर्नका लागि, जसले मेडिकेड कानुन, नियम वा मापदण्डहरू उल्लङ्घन गरेको छ।

3. मेडिकेड कानुन, नियम र मापदण्डको पालना नभई कुनै पनि अभ्यासहरूको सुधार गर्न सहयोग पुर्‍याउन ।

4. भविष्यको अनुपालन सुनिश्चित गर्नका लागि आवश्यक ती प्रक्रियाहरूलाई कार्यान्वयन गर्न ।

5. नागरिक वा आपराधिक प्रवर्तन कार्यवाहीको स्थितिमा WNYIL Inc. को सुरक्षा गर्न ।

6. WNYIL Inc. को सम्पत्ति संरक्षण र सुरक्षा गर्न ।

ख. अनुसन्धानको नियन्त्रण:

एजेन्सीका कर्मचारीहरूद्वारा प्राप्त सबै रिपोर्टहरूलाई WNYIL Inc. को CHRCO मा पठाइनेछ । WNYIL Inc. का CHRCO वा उनीहरूको डिजाइन गर्नेले उपयुक्त अन्वेषणात्मक कदम चाल्ने कुनै पनि आन्तरिक र बाह्य संसाधनहरू जसलाई उचित ठानिन्छ तिनीहरूको उपयुक्त उपयोग गर्नेछ ।

ग. अनुसन्धानात्मक प्रक्रिया:

कुनै पनि गुनासो वा अन्य जानकारी (लेखा परीक्षण परिणामसहित) को रिपोर्ट प्राप्त भएपछि, जसले अनुपालन नीति वा लागू कानुन वा नियमको उल्लङ्घनमा आचरणको बान्कीको अस्तित्वको सुझाव

दिन्छ, छानबिन सुरू गरिनेछ । पूर्ण अनुसन्धान सञ्चालन गरिनेछ र आवश्यकताअनुसार सबै बाह्य संस्थालाई रिपोर्ट गर्नेसहित सबै उपयुक्त अनुगमन कार्यहरू गरिनेछ।

**WNYIL Inc. प्रतिक्रिया**

सम्भावित आपराधिक गतिविधि: घटनामा WNYIL Inc. लाई कुनै पनि कर्मचारी वा व्यावसायिक एकाइको पक्षमा आपराधिक गतिविधि भएको पर्दाफास भएको पत्तो लागे, यसले निम्न कदम चाल्नेछ:

घटनामा त्यहाँ आपराधिक गतिविधि चलिरहेको छ भने NYS अटर्नी जनरललाई सम्पर्क हुनेछ।

यदि यस घटनामा मेडिकेड संलग्न छ भने न्युयोर्क राज्य मेडिकेड महानिरीक्षकको कार्यालयलाई सम्पर्क गरिनेछ।

घटनामा विकास अक्षमता भएका व्यक्तिहरूका लागि कार्यालय संलग्न हुन्छ उनीहरूसँग सम्पर्क राखिनेछ ।

घटनामा न्याय केन्द्र संलग्न छ, उनीहरूलाई सम्पर्क गरिनेछ।

घटनामा न्युयोर्क राज्य शिक्षा विभाग संलग्न छ ACCES-VR लाई सम्पर्क गरिनेछ ।

अन्य सम्पर्कहरूलाई उचित मान्न सकिन्छ ।

WNYIL ले त्यस्ता व्यक्ति वा व्यक्तिहरूविरूद्ध उचित अनुशासनात्मक कार्यवाही थाल्नेछ जसको आचरण इच्छानुरूप, जानीजानी उदासीन वा मेडिकेड र अन्य कार्यक्रम कानुन र नियमहरूलाई लापरबाही बेवास्ताको साथ गरेको थियो । मेडिकेड र कार्यक्रम कानुन र नियमहरूको इच्छानुरूप, जानीजानी उदासीन वा बेवास्ताका लागि नियुक्त उपभोक्ताहरूले WNYIL बाट अबउसो सेवाहरू प्राप्त गर्न सक्षम हुँदैनन्।

अन्य गैर-अनुपालन । यस घटनाको अनुसन्धानले बिलिङ वा अन्य समस्याहरू पत्तो लाग्दछ जुन आचरणको परिणाम जस्तो देखिँदैन जुन जानीबुझी, जानीजानी उदासीन वा उपयुक्त कार्यक्रमको कानुन र नियमहरूका लागि लापरवाह बेवास्तासँग गरिएको छ, WNYIL Inc. ले यद्यपि निम्न कदमहरू चाल्नेछ:

क**.** अनुचित भुक्तानीहरू । घटनामा समस्याको स्थितिमा कोष स्रोतद्वारा नक्कल भुक्तानमा समस्या उत्पन्न हुँदछ वा सेवाहरूका लागि भुक्तान गरिएको छैन वा दाबीबाहेक प्रदान गरिँदैन, यो हुन सक्छ:

i. दोषपूर्ण अभ्यास वा प्रक्रियामा तुरून्त सुधार गर्नुहोस्,

ii. उचित सरकारी निकाय नक्कल भुक्तान वा अनुचित भुक्तानका लागि भुक्तान वा अधिनियम वा चुकको परिणामस्वरूप गणना र भुक्तानी गर्नुहोस्।

iii. तथ्य र परिस्थितिहरूलाई मध्य नजर गर्दै उपयुक्त भएमा त्यस्तो अनुशासनात्मक कार्य आरम्भ गर्नुहोस्। उपयुक्त अनुशासनात्मक कार्यवाहीमा समावेश हुन सक्छ, तर हप्काउने, ध्वंस, निलम्बन र निर्गमन सीमित छैन र

iv. भविष्यमा यस प्रकारको समस्याहरूलाई रोक्नका लागि उपयुक्त व्यावसायिक एकाइमा तुरुन्तै शिक्षाको कार्यक्रम थाल्नुहोस् ।

ख. कुनै अनुचित भुक्तानी छैन। यदि घटनामा समस्या छ वा कार्यक्रमले अधिक भुक्तानीको परिणाम दिँदैन भने WNYIL Inc. ले गर्नेछ:

i. दोषपूर्ण अभ्यास वा प्रक्रियामा तुरून्त सुधार गर्नुहोस्।

ii. तथ्य र परिस्थितिहरूलाई मध्य नजर गर्दै उपयुक्त भएमा त्यस्तो अनुशासनात्मक कार्य आरम्भ गर्नुहोस्। उपयुक्त अनुशासनात्मक कार्यवाहीमा समावेश हुन सक्छ, तर हप्काउने, ध्वंस, निलम्बन र निर्गमनमा सीमित छैन ।

iii. भविष्यमा यस प्रकारको समस्याहरूलाई रोक्नका लागि उपयुक्त व्यावसायिक एकाइमा तुरुन्तै शिक्षाको कार्यक्रम थाल्नुहोस्

**ज. तत्त्व#8: गैर-नवीकरण र गैर-एकीकरणको नीति**

WNYIL लाई आफ्नो निर्देशकहरू, अधिकारीहरू, कर्मचारीहरू र स्वयंसेवकहरू (प्रत्येक "संरक्षित व्यक्ति") एजेन्सीको तर्फबाट आफ्नो कर्तव्यहरूको प्रदर्शनमा व्यवसाय र व्यक्तिगत नैतिकताको उच्च मानकहरूको अवलोकन गर्न आवश्यक छ। एजेन्सीका कर्मचारी र प्रतिनिधिहरूको रूपमा, संरक्षित व्यक्तिहरूले आफ्नो जिम्मेवारी पूरा गर्न इमान्दारी र सत्यनिष्ठको पालना गर्ने अपेक्षा गरिन्छ र सबै लागू कानुन र नियमहरूको पालना गर्न आवश्यक छ।

यस व्हिस्लोब्लोअर नीतिको उद्देश्यहरू प्रतिशोधको डरबिना संरक्षित अनैतिक र/वा अवैध आचरण वा प्रथाहरूबारे चिन्तालाई बढाउनका लागि कुनै गोपनीय र यदि वाञ्छित छ भने अज्ञात आधारमा प्रोत्साहित र सक्षम गर्नका लागि हो ताकि एजेन्सीले अनुपयुक्त आचरण र कार्यहरूलाई सम्बोधन र सुधार गर्न सकोस्।

**रिपोर्ट गर्ने जिम्मेदारी**

वास्तविक वा सन्दिग्ध गतिविधिहरू सम्बन्धी जुनसुकै चिन्ता कुनै अवैध वा एजेन्सीको नीति उल्लंघन हुन सक्ने सम्बन्धी कुनै सीमा, धोखाधडी, चोरी, अपहरण, लेखा वा लेखा परीक्षाको विषयमा अवगत गराउनु सबै जिम्मेवार व्यक्तिको दायित्व हो । अनियमितता, घुसखोरी, लात्ती-घुस्सि र एजेन्सीको सम्पत्तिको दुरुपयोग साथ साथै कुनै पनि उल्लंघन वा उच्च व्यवसाय र व्यक्तिगत नैतिक मापदण्डको सन्दिग्ध उल्लंघन, जस्ता यी मापदण्डहरू यस व्हिस्लोब्लोअर नीतिअनुसार एजेन्सी (प्रत्येक, "चिन्ता")सँग सम्बन्धित छन् ।

**कुनै प्रतिशोध छैन**

कुनै पनि सुरक्षित व्यक्ति जसले राम्रो विश्वासको रिपोर्ट गर्दछ त्यस्ता रिपोर्टको कारण चिन्ता, उत्पीडन, प्रतिशोध, भेदभाव वा प्रतिकूल रोजगारीको परिणाम भोग्नु पर्नेछ । यसमा समावेश भएको कुनै पनि कुरा कानुनद्वारा प्रदान गरिएको व्यक्ति बाहेक कुनै थप अधिकार वा कार्यको कारणहरूसहित कुनै सुरक्षित व्यक्तिलाई प्रदान गर्ने उद्देश्यले होईन ।

**चिन्ताहरू रिपोर्ट गर्दै**

एजेन्सीको अनुपालन समिति ("CHRCO") को अध्यक्षलाई व्यवहारिक हुन सक्ने कुनै पनि चिन्ताको खबर पाउने बित्तिकै रिपोर्ट गर्नु पर्नेछ । यस व्हिस्लोब्लोअर नीतिको क्षेत्र, व्याख्या वा सन्चालनको सम्बन्धमा कुनै प्रश्न पनि CHCCO लाई निर्देशित गर्नु पर्नेछ ।

**अनुपालन अधिकारी**

CHRCO रिपोर्ट भएका सबै चिन्ताहरूको छानबिन र समाधानका लागि जिम्मेवार छ र सबै रिपोर्ट गरिएको चिन्ताको पालना समितिलाई सल्लाह दिनेछ । CHRCO वा उनका डिजाइनरहरूले अनुपालन गतिविधिबारे नियमित रूपमा निर्धारित बोर्ड बैठकमा पूर्ण निर्देशक समितिसँग रिपोर्ट गर्नुपर्नेछ ।

**छानबिनहरू**

CHRCO द्वारा चयन गरिएको व्यक्तिसहित एजेन्सीका एक वा बढी कर्मचारीहरू वा अन्य व्यक्तिलाई लेखा चिन्ता वा अन्यथा, एक रिपोर्ट गरिएको चिन्ताको जाँच गर्नका लागि CHRCO ले जिम्मेवारी तोक्न सक्नेछ; यद्यपि CHRCO ले त्यस्तो जिम्मेवारी एक कर्मचारी वा अन्य व्यक्तिलाई सुम्पन सक्दैन जुन रिपोर्ट गरिएको चिन्ताको विषय हो वा यस्तो तरिकाले कि जसले चिन्तालाई गोप्य रूपमा वा उजुरीको गोप्यता वा परिणामस्वरूप अनुसन्धान रिपोर्ट गर्ने कर्मचारीको पहिचानमा सम्झौता गर्छ । कर्मचारी र उपभोक्ताहरूले छानबिन प्रयासमा सहयोग गर्नुपर्छ ।

**राम्रो विश्वासमा अभिनय गर्दै**

जो सुकैले पनि चिन्ताको रिपोर्ट गर्नेसँग राम्रो विश्वाससाथ कार्य गर्नुपर्दछ र विश्वास गर्नुको लागि उचित आधारहरू हुनुपर्छ कि खुलासा गरिएको जानकारीले कानुन र / वा नैतिक मापदण्डहरूको उल्लङ्घनलाई संकेत गर्दछ । कुनै पनि आरोप जुन दुर्भाग्यपुर्ण वा जानाजानी गलत हो भनेर प्रमाणित गरिएको छ त्यसलाई गम्भीर अनुशासनात्मक अपराधको रूपमा लिइन्छ ।

**गोप्यता**

एजेन्सीले यस व्हिस्लोब्लोअर नीति लागू गर्न आफ्नो जिम्मेवारीलाई गम्भीरताका साथ लिन्छ र त्यसकारण कुनै पनि परिणाम छानबिन गर्न सजिलो होस् भनेर कुनै पनि व्यक्तिलाई उसको पहिचान गर्न चिन्ता रिपोर्ट गर्न प्रोत्साहन गर्दछ। पूर्वगामी बाबजुद पनि, चिन्ता रिपोर्ट गर्ने क्रममा, एक सुरक्षित व्यक्तिले यस्तो रिपोर्टलाई गोप्य ढङ्गले व्यवहार गर्ने अनुरोध गर्न सक्दछ (एजेन्सीले रिपोर्टिङ गर्ने व्यक्तिको पहिचान बेनामी रहोस् भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्न व्यावहारिक कदम चाल्दछ)। चासो पनि अज्ञात आधारमा रिपोर्ट गर्न सकिन्छ । पर्याप्त अनुसन्धान गर्ने आवश्यकताअनुरूप चिन्ताको रिपोर्टहरू सम्भव हदसम्म गोप्य राखिनेछ ।

**रिपोर्ट गरिएका चिन्ताहरू सम्हाल्दै**

CHRCO ले पाँच व्यवसाय दिनभित्र प्रत्येक रिपोर्ट गरिएको चिन्ताको प्राप्तिको पुष्टि गर्नेछ, तर केवल त्यस हदसम्म रिपोर्ट गरिएको व्यक्तिको पहिचान खुलासा गरिन्छ वा फिर्ताको ठेगाना प्रदान गरिनेछ। सबै

रिपोर्टहरू तुरून्त अनुसन्धान हुनेछ; यस्ता कुनै पनि अनुसन्धानको सीमा अनुपालन समितिको पूर्ण विवेकाधिकारको क्षेत्रभित्र छ, हुने कुनै पनि अनुसन्धानको दायरा र यदि अनुसन्धानद्वारा प्रमाणित भएमा उचित सुधारात्मक कारबाही गरिनेछ।

**रेकर्डहरू**

अनुपालन समितिले कम्तीमा सात वर्षको अवधिका लागि (वा अन्यथा एजेन्सीको रेकर्ड धारणा नीतिअन्तर्गत आवश्यकताअनुसार) कुनै पनि रिपोर्ट गरिएको चिन्तासँग सम्बन्धित रेकर्ड र यसका छानबिन र समाधानका लागि कडाइका साथ गोपनीयता आधार कायम राख्नेछ । त्यस्ता सबै रेकर्डहरू एजेन्सीका लागि गोप्य छन् र त्यस्ता रेकर्डहरू विशेषाधिकार प्राप्त र गोपनीय मानिनेछ

**निश्चित संघीय र राज्यका कानुनहरू**

**I. छल कपट र दुर्व्यवहारसम्बन्धी कानुनहरू**

**अ. संघीय कानुनहरू**

**झूटो दाबीहरूको ऐन (31 USC §§3729-3733)**

झूटो दाबी कानुन ऐन ("FCA") प्रासङ्गिक अंश प्रदान गर्दछ, कि:

कुनै पनि व्यक्ति जसले (1) जानीजानी संयुक्त राज्य सरकारको अफिसर वा कर्मचारीलाई प्रस्तुत गर्दछ वा प्रस्तुत गर्ने कारण बन्छ ... भुक्तानी वा अनुमोदनका लागि गलत वा ठगी दाबी; (2) जानीजानी बनाउँदछ वा प्रयोग गर्दछ वा कारण बन्छ, एक गलत रेकर्ड वा बयान गलत वा धोखाधडी दाबी गर्न वा सरकार द्वारा अनुमोदित प्राप्त गर्न; (3) सरकारले भुक्तान गरेको वा अनुमोदन गरेको झूट वा कपटपूर्ण दावी प्राप्त गरेर सरकारलाई ठग्ने षडयन्त्र गर्दछ ... वा (7) जानाजानी बनाउँछ, प्रयोग गर्दछ वा प्रयोग हुने कारण बन्छ, एक झूटो रेकर्ड वा बयान लुकाउन, बेवास्ता वा सरकारलाई पैसा वा सम्पत्ति भुक्तान वा हस्तान्तरण गर्ने दायित्व घटाउने संयुक्त राज्य सरकारलाई $10,781.40 बीचको नागरिक दण्डका लागि जिम्मेवार छ र $21,562.80 भन्दा बढी 3 गुणा क्षतिहरूको रकम जसको सरकारले त्यस व्यक्तिको कार्यको कारण निर्वाह गर्छ।

यस खण्डको उद्देश्यका लागि, सर्तहरू "जान्नु" र "जानीजानी" को अर्थ हो एक व्यक्ति, सूचनाको सम्बन्धमा (1) जानकारीको वास्तविक ज्ञान हो, (2) जानकारीको सत्यता वा मिथ्यापनलाई जानाजानी बेवास्ता गर्ने कार्य गर्दछ; वा (3) सत्यको अवहेलना वा जानकारीको झुटो बेवास्ता गर्ने कार्य गर्दछ र अवहेलनाका लागि कुनै खास अभिप्रायको प्रमाण आवश्यक पर्दैन (31 U.S.C. §3729)

झूटो दावी ऐनले संघीय सरकारका लागि दाबी पेस गर्ने कुनै पनि व्यक्तिमाथि दायित्व लाउँछ जुन उसलाई थाहा छ (वा थाहा हुनुपर्दछ) गलत छ। झूटो दावी ऐनले सरकारबाट भुक्तानी प्राप्त गर्न जानीजानी गलत रेकर्ड प्रस्तुत गर्ने व्यक्तिमाथि पनि दायित्व थोपर्दछ । दायित्वको तेस्रो क्षेत्रमा ती उदाहरणहरू समावेश छन् जसमा कसैले संघीय सरकारबाट पैसा प्राप्त गर्न सक्दछ जसका लागि उनी हकदार हुँदैनन् र तिनीहरूले

पैसा जोगाउन झूटो बयान वा रेकर्डहरूको प्रयोग गर्दछन्। निजी पार्टीहरू संयुक्त राज्यको तर्फबाट मुद्दा ल्याउन सकोस् भन्ने कुरा FCA ले प्रदान गर्दछ। यस्तो व्यक्ति, जसलाई "क्वि टार्न रिलेटरहरू" भनेर चिनिन्छ, उसले FCA कार्य वा सेटलमेन्टबाट प्राप्त गरेको प्रतिशतको हिस्सा साझा गर्न सक्दछ।

झूटा दाबीहरूका लागि प्रशासनिक उपचार (31 USC अध्याय 38. §§3801-3812)

यो विधानले संघीय एजेन्सीहरूद्वारा प्रशासनिक पुन: प्राप्तिका लागि अनुमति दिन्छ । यदि कोही व्यक्तिले त्यो व्यक्ति गलत छ वा गलत जानकारी समावेश गर्दछ भन्ने दाबी पेस गर्दछ वा भौतिक जानकारी छोड्छ भने दाबी प्राप्त गर्ने एजेन्सीले प्रत्येक दाबीका लागि $5,000 सम्मको जरिमाना लगाउन सक्छ साथै दाबीको राशीको दुई गुणा बराबर रकमको दाबी गर्न सक्छ ।

**आ न्युयोर्कका राज्य कानुनहरू**

**न्युयोर्कका झूटा दाबीहरूको ऐन (राज्य वित्त कानुन, §§187-194)**

न्युयोर्क राज्यका झूटा दाबीहरूको ऐन र संघीय दाबीहरूको ऐन एक समान हुन्छ । यसले व्यक्ति र निकायहरूमाथि जरिमाना लगाउँदछ जसले मेडिकेड जस्ता स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमसहित कुनै पनि राज्य वा स्थानीय सरकारबाट भुक्तानका लागि गलत वा झुटो दाबी पेस गर्दछ। गलत दाबी दर्ता गर्नेको निम्ति प्रति दाबी जरिमाना $ 10,781.40 र $ 21,562.80 बीच हो र पुन: प्राप्ति गर्न योग्य क्षतिको रकमको मूल्यको दुईदेखि तीन गुणा बीचमा हो, जो गलत तरिकाले प्राप्त गरिएको हुन्छ । यस अतिरिक्त, गलत दाबी फाइल गर्ने पार्टीले सरकारलाई कानुनी शुल्क तिर्नु पर्नेछ। निजी व्यक्तिहरूले राज्य वा स्थानीय सरकारी पार्टीहरूको तर्फबाट राज्य अदालतमा मुद्दा दर्ता गर्न सक्छन्। यदि मुद्दाको परिणामस्वरूप, झूटा दाबी गर्ने पार्टीले सरकारलाई भुक्तानी गर्न आवश्यक छ भने, मुद्दा सुरु गर्ने व्यक्तिले सरकारले मुद्दामा भाग नलिएको खण्डमा वा 25-30% सरकारले भाग लिएको छ भने 15-25% को रकम फिर्ता लिन सक्छ।

**सामाजिक सेवा कानुन §145-b झूटा बयानहरू**

झूटा कथन, जानाजानी लुकाउने वा अन्य कपटपूर्ण योजना वा उपकरणको प्रयोग गरी मेडिकलसहित कुनै पनि सामाजिक सेवा कार्यक्रमअन्तर्गत सुसज्जित वस्तुहरू वा सेवाहरूका लागि भुक्तानी प्राप्त गर्नु वा प्राप्त गर्ने प्रयास गर्नु यो कानुनको उल्लङ्घन हो। राज्य, स्थानीय सामाजिक सेवा जिल्ला, र स्वास्थ्य विभागले गलत तरिकाले गरिएको भुक्तानीको रकम फिर्ता गर्न सक्छ र जरिमाना र शुल्क लगाउन सक्छ।

**सामाजिक सेवा कानुन §145-c प्रतिबन्ध**

कानूनले एक व्यक्ति जसले जानाजानी गलत वा भ्रामक बयान दिएर मेडिकेडसहित सार्वजनिक सहायता प्राप्त गर्न आवेदन गर्छ त्यसमाथि प्रतिबन्ध लगाउने प्रावधान गर्दछ।

**सामाजिक सेवा कानुन §145-c दण्डहरू**

मेडिकेडसहित सार्वजनिक सहायता प्राप्त गर्नका लागि गलत बयानहरूलाई पेस गर्ने वा जानाजानी भौतिक जानकारी लुकाउने कुनै पनि व्यक्ति दुष्कर्मका लागि दोषी हो।

**जालसाजी व्यवहारहरूका लागि सामाजिक सेवा कानुन §366--b दण्ड**

कुनै पनि व्यक्ति जसले आफ्ना लागि वा अरूलाई प्राप्त गर्ने वा प्राप्त गर्न का लागी प्रयास गर्दछ, झूटो बयानको माध्यमबाट चिकित्सा सहायता, भौतिक तथ्यहरू लुकाउने, नक्कल गर्ने वा अन्य जालसाजीको अर्थ अपराधका लागि दोषी हो।

कुनै पनि व्यक्ति, जो ठग्ने उद्देश्यले, जाली सेवाहरूका लागि कुनै पनि गलत वा कपटपूर्ण दावी भुक्तानीको लागि प्रस्तुत गर्दछ, अधिक मेडिकेड क्षतिपूर्ति प्राप्त गर्न जानीजानी गलत जानकारी पेस गर्दछ वा वस्तुहरू वा सेवाहरू प्रदान गर्न प्राधिकरण प्राप्त गर्नका लागि गलत जानकारी पेस गर्दछ भने दुष्कर्मका लागि दोषी ठहरिन्छ।

**पेनाल कानुन धारा 155, लार्सेनी**

लार्सेनीको अपराध एक यस्तो व्यक्तिद्वारा गरिन्छ जसले आफ्नो सम्पत्तिबाट अरूलाई वञ्चित गर्ने अभिप्रायले, छल, अपहरण, झूटा वाचा, झूटा आश्वासन, धोखा दिने योजनासहित,वा अन्य समान व्यवहारद्वारा सम्पत्ति लिन्छ वा रोक्छ। केही मेडिकेड धोकाधडीको मामिलामा लार्सेनीलाई परिवर्तन गरिएको छ।

**पेनाल कानुन धारा 175,गलत लिखित बयान**

यो कानूनले व्यवसाय रेकर्डहरू झूटा साबित गर्न र सरकारी एजेन्सीलाई झूटा उपकरणहरू प्रस्ताव गर्नका लागि आपराधिक दण्डहरू स्थापना गर्दछ ।

**पेनाल कानुन धारा 176,**ठगी बीमा

यस कानुनले बीमा धोकाधडीका लागि मेडिकेड र अन्य स्वास्थ्य बीमाकर्ताहरूलाई झूटा दाबीसहित आपराधिक दण्डहरू स्थापना गर्दछ।

**पेनाल कानुन 177, स्वास्थ्य हेरचाह धोखाधडी**

यस कानुनले स्वास्थ्य बीमा भुक्तानीको लागि मेडिकेडसहित जालसाजी दाबीहरूका लागि आपराधिक दण्डहरू स्थापना गर्दछ ।

**II. WHISTLEBLOWER संरक्षण कानुन**

**संघीय झूटो दाबीको ऐन (31 U.S.C.** §**3730(h)**

FCA अन्तर्गत कारबाहीको आफ्नो सर्तहरूको परिणामस्वरूप उनीहरूको रोजगारीका सर्त र नियमहरूमा भेदभाव गरिए डिस्चार्ज, डिमोट गरिएको, निलम्बित, धम्की, उत्पीडन वा अन्य कुनै तरिकाले भेदभाव गर्नेहरूलाई FCA ले क्वि टम रिलेटरहरूलाई सुरक्षा प्रदान गर्दछ। उपचारमा तुलनात्मक वरिष्ठतासहित पुनःस्थापना क्वि टम रिलेटरको रूपमा समावेश छ तर भेदभावको लागि, मुद्दा दर्ता गरिएको खर्च र उचित वकिलको शुल्कसहित कुनै पनि फिर्ता भुक्तानीको दुई गुणा रकम, कुनै पनि फिर्ता भुक्तानीमा ब्याज र कुनै विशेष क्षतिहरूका लागि क्षतिपूर्ति भेदभावको परिणामस्वरूप निरन्तर राखिएको छ।

**न्युयोर्कका झूटा दाबीहरूको ऐन (राज्य वित्त कानुन, §§191)**

झूटा दाबीहरूको ऐनअन्तर्गत कारबाहीको आफ्नो सर्तहरूको परिणामस्वरूप उनीहरूको रोजगारीका सर्त र नियमहरूमा भेदभाव गरिए डिस्चार्ज, डिमोट गरिएको, निलम्बित, धम्की, उत्पीडन वा अन्य कुनै तरिकाले भेदभाव गर्नेहरूलाई उक्त ऐनले क्वि टम रिलेटरहरूलाई सुरक्षा प्रदान गर्दछ। उपचारमा तुलनात्मक वरिष्ठतासहित पुनःस्थापना क्वि टम रिलेटरको रूपमा समावेश छ तर भेदभावको लागि, मुद्दा दर्ता गरिएको खर्च र उचित वकिलको शुल्कसहित कुनै पनि फिर्ता भुक्तानीको दुई गुणा रकम, कुनै पनि फिर्ता भुक्तानीमा ब्याज र कुनै विशेष क्षतिहरूका लागि क्षतिपूर्ति भेदभावको परिणामस्वरूप निरन्तर राखिएको छ।

**न्युयोर्कको श्रम कानुन § 740**

यदि कर्मचारीले कर्मचारी नीतिहरू, अभ्यास वा गतिविधिहरूबारेमा कुनै नियामक, कानुन प्रवर्तन वा अन्य समान एजेन्सी वा सार्वजनिक अधिकारीलाई जानकारी प्रकट गरेमा रोजगारदाताले कर्मचारीविरूद्ध कुनै प्रतिक्रियात्मक कारबाही गर्न सक्ने छैन। संरक्षित प्रकटीकरणहरू ती हुन् जसले रोजगारदाताले कानुनको उल्लङ्घनमा गरिरहेको दाबी गर्छन् जसले सार्वजनिक स्वास्थ्य र सुरक्षाका लागि पर्याप्त र विशिष्ट जोखिम उत्पन्न गर्दछ वा जसले पेनाल कानुन §177 अन्तर्गत स्वास्थ्य हेरचाह धोकाधडीको गठन गर्दछ (जानीजानी दर्ता गरिरहेको , दावीलाई ठग्ने उद्देश्यले दाबी भुक्तानीका लागि जुन जानीजानी गलत जानकारी वा बेवास्ता गरिएको छ)। कर्मचारीको प्रकटीकरणलाई कर्मचारीले पहिले कुरा पर्यवेक्षकको अगाडि ल्याए र रोजगारदातालाई कथित उल्लङ्घन सुधार गर्न उचित अवसर दिए मात्र सुरक्षित गरिन्छ। यदि कुनै रोजगारदाताले कर्मचारीविरूद्ध जवाबी कार्यवाही गर्दछन् भने कर्मचारीले राज्य अदालतमा उही वा बराबर स्थिति, कुनै हराएको पछाडिको पारिश्रमिक र सुविधाहरू र वकिलको शुल्क फिर्ता गर्न मुद्दा हाल्न सक्छन्। यदि नियोक्ता एक स्वास्थ्य प्रदाता हो र अदालतले रोजगारदाताको प्रतिशोधात्मक कारबाही खराब विश्वासमा रहेको पाएमा, यसले रोजगारदातालाई $10,000 जरिमाना लगाउन सक्छ।

**न्युयोर्कको श्रम कानुन §741**

यदि स्वास्थ्य हेरचाह रोजगारदाताको नीतिहरू, अभ्यास वा गतिविधिहरूबारेमा कुनै नियामक, कानुन प्रवर्तन वा अन्य समान एजेन्सी वा सार्वजनिक अधिकारीलाई निश्चित जानकारी प्रकट गरेमा रोजगारदाताले कर्मचारीविरूद्ध कुनै प्रतिक्रियात्मक कारबाही गर्न सक्ने छैन। संरक्षित प्रकटीकरण ती हुन् जसले दाबी गर्छन् कि विश्वासको साथमा, कर्मचारी विश्वास गर्दछन् बिरामी हेरचाहको अनुचित गुण हो । रोजगारदाताको प्रकटीकरण तब मात्र सुरक्षित हुन्छ जब कर्मचारीले पहिला एक पर्यवेक्षकको अगाडि मामिला उठाउँछन् र रोजगारदातालाई कथित उल्लङ्घन सुधार गर्न उचित अवसर दिन्छन् जबसम्म कि खतरा जनता वा बिरामीको नजिक छ र कर्मचारीले राम्रो विश्वासमा विश्वास गर्दछ भने रिपोर्ट गर्नका लागि एक पर्यवेक्षक सुधारात्मक कार्यमा परिणाम हुनेछैन । यदि कुनै रोजगारदाताले कर्मचारीविरूद्ध जवाबी कार्यवाही गर्दछन् भने कर्मचारीले राज्य अदालतमा उही वा बराबर स्थिति, कुनै हराएको पछाडिको पारिश्रमिक र सुविधाहरू र वकिलहरूको शुल्क फिर्ता गर्न मुद्दा हाल्न सक्छन्। यदि नियोक्ता एक स्वास्थ्य प्रदाता हो र अदालतले रोजगारदाताको प्रतिशोधात्मक कारबाही खराब विश्वासमा रहेको पाएमा, यसले कर्मचारीलाई $10,000 अमेरिकी डलर जरिमाना लगाउन सक्छ।