**ДАТА ПРИЕМА: ИД. №:**

|  |
| --- |
| **ПРОФИЛИ ПОТРЕБИТЕЛЯ** |

**Фамилия: Имя: Ml:**

**Адрес места жительства:**

 **Почтовый индекс: Округ:**

**Почтовый адрес:**

 **Почтовый индекс: Округ:**

**Домашний телефон: ( ) Рабочий телефон: ( )**

**Мобильный телефон: ( )**

**Другой телефон: ( ) Уточните:**

**Предпочитаемый контакт:**

**Хотите получать электронную почту от WNYIL? (Список рассылки является конфиденциальным и не будет передан другим источникам)** ❒ Да ❒ Нет

**Адрес электронной почты:**

**Вы** ***не*** **хотите, чтобы компания WNYIL связывалась с вами по следующим вопросам?**

❒ Сбор средств ❒ Маркетинг

**Есть ли у вас особые требования к переписке?** ❒ Да ❒ Нет

❒ Шрифт Брайля ❒ Крупный шрифт ❒ Электронная почта ❒ Другое

**Критерии приемлемости потребителя:**

❒ Значительные физические или умственные нарушения, из-за чего способность самостоятельно функционировать в семье или обществе или способность найти, сохранить работу или продвигаться по службе существенно ограничена, и/или если предоставление независимых услуг проживания улучшит способность функционировать, продолжать функционировать или двигаться в направлении самостоятельного функционирования в семье или обществе или продолжать работать, соответственно.

**Первичная инвалидность:**

(Выберите все подходящие варианты)

**A.** ❒ **Когнитивные способности**

1. ❒ Интеллектуальная недееспособность

2. ❒ Травматические и другие повреждения головного мозга

3. ❒ Необучаемость

4. ❒ Аутизм

5. ❒ Другие когнитивные нарушения

**B.** ❒ **Физические нарушения**

6. ❒ Травмы спинного мозга

7. ❒ Нервно-мышечные нарушения

8. ❒ Ортопедические нарушения

9. ❒ Церебральный паралич

IL Section 3: Cons Profile\_160420

10. ❒ Расщепление позвоночника

11. ❒ Другие врожденные аномалии

12. ❒ Эпилепсия

13. ❒ Мышечная дистрофия

14. ❒ Ампутация

15. ❒ Травма спины

16. ❒ ВИЧ/СПИД

17. ❒ Заболевания, связанные с экологией, и другие сопутствующие заболевания

18. ❒ Другие физические недостатки

**C.** ❒ **Психические/эмоциональные нарушения**

19. ❒ Психическое заболевание

20. ❒ Эмоциональные/поведенческие нарушения

21. ❒ Злоупотребление алкоголем или наркотиками

22. ❒ Другие психические заболевания

**D.** ❒ **Зрение**

23. ❒ Слепота

24. ❒ Плохое зрение

**E. ❒ Слух**

25. ❒ Глухота

26. ❒ Тугоухость

**F. ❒ Множественная инвалидность**

27. ❒ Слепоглухота

28. ❒ Сочетание вышеперечисленных или других нарушений

**G.** ❒ **Другое. Пожалуйста, укажите:**

**Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Пол:** ❒ **Женский или** ❒**мужской**

**Номер соцстрахования (последние 4 цифры):**

**Родной язык:**

**Вы ветеран?** ❒ Да ❒ Нет

Контактное лицо:

**OPWDD?** ❒ Да ❒ Нет

TABS №: Контактное лицо:

**CIN №**

**Вы зарегистрированы как избиратель?** ❒ Да ❒ Нет

Если нет, хотели бы вы зарегистрироваться как избиратель? ❒ Да ❒ Нет

**Хотели бы вы** **заполнить план готовности к чрезвычайным ситуациям?** ❒ Да ❒ Нет

IL Section 3: Cons Profile\_160420

**Хотели бы вы, чтобы вас считали членом Совета директоров
или Консультативного совета?** ❒ Да ❒ Нет

**Вы заинтересованы в информации о домах здоровья?** ❒ Да ❒ Нет

**Раса/этнос (выберите все, что подходит):**

A. ❒ Индеец или коренной житель Аляски

B. ❒ Азиат

C. ❒ Чернокожий или афроамериканец

D. ❒ Испанец или латиноамериканец

E. ❒ Коренной гаваец или уроженец другого тихоокеанского острова

F. ❒ Белый

**Последнее оконченное учебное заведение:**

A. ❒ К-8

B. ❒ Неполное среднее образование

C. ❒ Полное среднее образование

D. ❒ Неполное высшее образование

E. ❒ Профессиональное, коммерческое, торговое училище

F. ❒ 2 года бакалавриата

G. ❒ 4 года бакалавриата

H. ❒ Аспирантура

I. ❒ Неизвестно или еще не поступил в учебное заведение

**Статус занятости:**

A. ❒ Полная занятость

B. ❒ Неполная занятость

C. ❒ В поисках работы

D. ❒ Безработный, не в поисках работы

E. ❒ Учащийся или находящийся на профессиональном обучении

F. ❒ На пенсии

G. ❒ Индивидуальная работа или программа дневной занятости

H. ❒ Другое, не перечисленное выше

I. ❒ Неизвестно

**Запрошенные услуги:**

**Рецензент:**

IL Section 3: Cons Profile\_160420

**Только для программы Taking Control:**

Регулярно ли вы посещаете дневную программу, диализ, реабилитационный центр и т. д., где стоимость услуг покрывается страховкой Medicaid?

A. \_\_\_\_\_\_\_\_ ДА B. \_\_\_\_\_\_\_\_ НЕТ

Если да, укажите дни и время:

Понедельник с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вторник с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Среда с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Четверг с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пятница с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Суббота с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Есть ли у потребителя назначенный представитель: \_\_\_ Да \_\_\_ Нет**

**Имя:**

**Адрес:**

**Город: Штат: Почтовый индекс:**

**Телефон: ( ) Альтерн. номера:**

**Адрес эл. почты:**

**Степень родства:**

**Дата начала:**

**Дата окончания: Когда заканчивается срок оказания услуг CDPAS.**

**Western New York lndependent Living, Inc**

**ILP — ЦЕЛЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**Цель: получение услуг CDPA**

**Предполагаемая дата завершения:**

**Фактическая дата завершения:**

**Действия, которые помогут вам достичь вашей цели:**

**1. Заполните потребительскую документацию:**

**Предполагаемая дата завершения:**

**Фактическая дата завершения:**

**2. Заполните документацию по личным помощникам:**

**Предполагаемая дата завершения:**

**Фактическая дата завершения:**

**3. Личный помощник должен пройти физический осмотр и анализ на туберкулез:**

**Предполагаемая дата завершения:**

**Фактическая дата завершения:**

**4. Личный помощник должен представить справку о вакцинации
против кори, свинки и краснухи или пройти вакцинацию:**

**Предполагаемая дата завершения:**

**Фактическая дата завершения:**

**5. Проверка биографии личного помощника:**

**Предполагаемая дата завершения:**

**Фактическая дата завершения:**

**WNYIL**

**06 01 17**

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

**План независимого проживания**

**Мне было предложено разработать письменный План независимого проживания (ILP) для предоставления услуг IL.**

**Я выбрал(а) следующее:**

 **Разработать письменный ILP для предоставления Услуг IL, который был взаимно согласован соответствующим сотрудником WNYIL и мной. Я отвечал(а) за разработку своего собственного плана и понимаю, что могу изменить свой ILP в любое время.**

 **Подписать ниже, что я не хочу разрабатывать письменный ILP в настоящее время.**

 **В настоящее время потребитель решил не разрабатывать ILP в письменном виде.**

**Я понимаю, что если я решил(а) не разрабатывать ILP в настоящее время, мне не будет отказано в услугах семейства агентств WNYIL и я имею право в любой момент по своему выбору разработать письменный ILP.**

**Имя потребителя (печатными буквами) Подпись потребителя Дата**

**Назначенный представитель (печатными буквами) Назначенный представитель Дата**

 **(Подпись)**

**Сотрудник WNYIL (печатными буквами) Подпись сотрудника WNYIL Дата**

**WNYIL**

**06 03 2017**

**Подтверждение сотрудником соответствия с Корпоративной политикой соответствия и Кодексом поведения WNYIL Inc.**

**Я подтверждаю, что прочитал(а) и понимаю Корпоративный план соответствия WNYIL Inc. (включая, среди прочего, Политику по борьбе с мошенничеством и злоупотреблениями), Кодекс поведения, а также мной пройден курс обучения применению федеральных законов и законов штата (включая, среди прочего, законов, приведенных в Приложении B к Плану), а также мне разъяснены этические нормы деловой практики, относящиеся к моей деятельности в качестве сотрудника WNYEL Inc.**

**Я подтверждаю свое намерение действовать в полном соответствии с Корпоративной политикой соответствия и Кодексом поведения. Я понимаю, что при необходимости могу обратиться за советом к соответствующему руководителю и/или сотруднику по вопросам соответствия в отношении действий, которые мне, возможно, потребуется предпринять для соблюдения Политики соответствия и Кодекса поведения.**

**Дата**

**Подпись**

**Имя (печатными буквами)**

**Должность или роль**

**Департамент/учреждение**

обновлено 26.09.11

Программа Taking Control

Ориентированные на потребителя услуги личной помощи

*Член семейства агентств WNY Independent Living Inc...*

3108 Main Street, Buffalo, New York 14214-1384

(716) 836-0822 (телефон/телетайп) ♦ (716) 836-0091 (факс)

www.wnyil.org/cdpas/

**МЕМОРАНДУМ**

**УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИЧНОСТИ С ФОТОГРАФИЕЙ**

Уважаемый потребитель!

Western New Independent Living, Inc. предоставит личным помощникам удостоверения личности (бейджи) с фотографией. Эти бейджи не являются обязательными и будут выдаваться только по запросу потребителя/работодателя.

Основная цель бейджа — позволить личным помощникам связываться со своим потребителем/работодателем во время непогоды или в другой чрезвычайной ситуации, когда вождение автомобиля запрещено широкой публике. Личный помощник должен носить свой бейдж. После прекращения работы в компании бейдж должен быть возвращен в компанию Western New York Independent Living, Inc.

Если вы хотите, чтобы ваш личный помощник получил официальный бейдж агентства, вы должны связаться с сотрудником программы Taking Control по телефону 716-836-0105. Затем мы свяжемся с вашим личным помощником, чтобы назначить время, когда он может прийти в офис (Buffalo Office, 3108 Main St., за Jim's Steak Out) для оформления бейджа.

Спасибо за сотрудничество.

Программа Taking Control

Персонал программы CDPAS

WNYIL

22.03.16

Western New York Independent Living, Inc.

Ориентированные на потребителя услуги личной помощи

3108 Main St., Buffalo, NY 14214

Тел.: (716) 836-0105 Факс: (716) 836-0091

Веб-сайт: www.wnyil.org

**Прекращение работы, отставка**

**ПРЕКРАЩЕНИЕ: Заполняется потребителем/работодателем**

**ОТСТАВКА: Заполняется сопровождающим/помощником**

ПОЖАЛУЙСТА, ВЕРНИТЕ ПОДПИСАННУЮ ФОРМУ В НАШ ОФИС В ТЕЧЕНИЕ ПЯТИ (5) РАБОЧИХ ДНЕЙ

**ИМЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ:**

**ИМЯ ЛИЧНОГО ПОМОЩНИКА:**

**ПОСЛЕДНЯЯ ДАТА НА СЛУЖБЕ**

Причина прекращения работы или отставки (дайте описание ниже для принятия решения)

**Подпись потребителя: Дата:**

**Подпись сопровождающего лица Дата:**

WNYIL/CT

:EC 08/08

**ОТКАЗ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПЕРЕД ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ ПОСТАВЩИКАМИ**

Своей подписью ниже я подтверждаю, что прочитал(а) и дал(а) согласие соблюдать все изложенные правила.

Имя потребителя (печатными буквами)

Подпись потребителя Дата

Имя направляющего лица (печатными буквами)

Подпись направляющего лица Дата

WNVIL

3 21 13

2

|  |  |
| --- | --- |
| **Я получил(а) ориентацию и понимаю следующие политики, практики и процедуры:****ПРОГРАММА TAKING CONTROL — CDPAS****Роли и обязанности потребителей****Контрольный список при регистрации** | **Инициалы потребителя/DR** |
| 1. Я понимаю, что «ориентирование на потребителя» означает, что я отвечаю за наем, обучение, мониторинг, оценку и увольнение моих помощников. Я понимаю, что являюсь фактическим работодателем и что WNYIL может отклонить моего выбранного помощника только в том случае, если он входит в список неблагонадежных лиц в отношении борьбы с мошенничеством/растратами/злоупотреблениями Medicaid и/или не выполнил условия найма, установленные в штате Нью-Йорк и Федеральном трудовом законодательстве. |  |
| 2. Я понимаю, что смысл «самонаправления» состоит в том, что я один принимаю решения, которые влияют на потребности моего помощника. Я выбираю, когда и где помощник будет выполнять свою работу и не утрачу свои полномочия по самостоятельному управлению кем-либо еще, в противном случае я соглашаюсь покинуть программу Taking Control. |  |
| 3. Я понимаю, что моя главная обязанность — быть потребителем/работодателем для моих личных помощников. |  |
| 4. Я понимаю, что мне нужно четко определить с моими личными помощниками те задачи, которые они должны выполнять, *прежде чем* они начнут работать. |  |
| 5. Я позабочусь о том, чтобы мои личные помощники проработали то количество часов, которое указано в Плане ухода; если на меня работают несколько личных помощников, я позабочусь о том, чтобы мои личные помощники работали только в течение отведенного мне времени. Любые часы, которые они отработают в день или неделю сверх установленных в Плане ухода, будут оплачены мной как потребителем/работодателем, чтобы компенсировать затраченное ими время. Моим личным помощникам не разрешается работать больше 40 часов в неделю. |  |
| 6. Мои личные помощники — единственные лица, которым разрешено использовать услугу связи WNYIL для звонков, используя мой телефон, для регистрации своего рабочего времени. |  |
| 7. Я понимаю, что обязан(а) предоставить своим личным помощникам для регистрации их рабочего времени хороший рабочий телефон. |  |
| 8. Я понимаю, что поставлю под угрозу свои услуги и что мои личные помощники могут быть отстранены от участия в программе CDPAS, если они сообщат свой ПИН-код мне, потребителю/работодателю или кому-либо еще для регистрации времени и посещения и позволят использовать его тем, кому они его сообщили. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 9. Я понимаю, что должен(-на) настаивать на том, чтобы мои личные помощники не употребляли наркотики и алкоголь, когда они работают на меня, и воздерживались от наркотиков и алкоголя в течение рабочего дня.**ПРОГРАММА TAKING CONTROL — CDPAS****Роли и обязанности потребителей****Контрольный список при регистрации** |  |
| 10. Я понимаю, что мой супруг (моя супруга) или родители не могут быть моими личными помощниками в рамках программы Taking Control. |  |
| 11. Я понимаю, что как потребитель/работодатель должен(-на) убедиться в том, что мои личные помощники *ежегодно* проходят медосмотр и сдают анализ на туберкулез, и соглашаюсь не позволять им работать после того, как истечет срок действия медосмотра/анализа. |  |
| 12. Я понимаю, что должен(-на) сообщить WNYIL о моем поступлении в больницу, пункт временной помощи или в любое другое учреждение и указать название учреждения. Я также должен(-на) сообщить WNYIL, когда меня выписывают, и подтвердить в WNYIL, что я был(а) повторно авторизован(а) для получения услуг личной помощи, прежде чем мои личные помощники смогут вернуться на работу. |  |
| 13. Я понимаю, что мои личные помощники не могут работать на меня, пока я нахожусь в больнице, на лечении или на дневной программе. |  |
| 14. Я понимаю, что мои личные помощники не могут начать работать на меня, пока все их документы не поступят в WNYIL, включая проверку на наличие судимости. Сотрудник программы Taking Control свяжется со мной и моим личным помощником, как только будет закончено оформление документов. |  |
| 15. Я свяжусь с WNYIL, если у меня возникнут какие-либо вопросы или сомнения по поводу моих услуг. |  |
| 16. Я понимаю, что WNYIL является финансовым посредником после того, как мой личный помощник начнет работать на меня как потребителя/работодателя. Мои личные помощники будут звонить в бухгалтерию (доб. 106, 141) по любым вопросам, касающимся оплаты. |  |
| 17. Я понимаю все аспекты их занятости и являюсь непосредственным работодателем моих личных помощников. |  |
| 18. Я получил(а) копию руководства по корпоративному соответствию и понимаю свою роль и обязанности в соответствии с планом корпоративного соответствия. |  |
| 19. Я получил(а) копию руководства CDPAS и понимаю, как проводить собеседование, прием на работу и увольнение в рамках программы. |  |
| 20. Я понимаю, что мой личный помощник имеет право лично получать плату за каждый час работы без вычетов и/или взносов в пользу меня как потребителя/работодателя. |  |

2.

|  |  |
| --- | --- |
| 21. Я понимаю, что мой личный помощник имеет право на вежливое и уважительное отношение со стороны меня, потребителя/работодателя, и членов моей семьи.**ПРОГРАММА TAKING CONTROL — CDPAS****Роли и обязанности потребителей****Контрольный список при регистрации** |  |
| 22. Я понимаю, что если в какое-либо время рабочая среда станет небезопасной либо для моего личного помощника, либо для меня, потребителя/работодателя, я должен(-на) буду немедленно **сообщить** об этом в **WNYIL**. |  |
| 23. Я понимаю, что мои личные помощники будут оказывать услуги мне, потребителю/работодателю, **только в моем присутствии**, за исключением тех случаев, когда мой План ухода позволяет им выполнять небольшие поручения, делать покупки или стирку для меня. |  |
| 24. Я понимаю, что у меня должен быть резервный план действий на случай, когда мои личные помощники не смогут работать. |  |
| 25. Меня проинструктировали о том, как сообщать о любых происшествиях или инцидентах, происходящих, когда мой личный помощник работает на меня в течение двадцати четырех (24) часов. |  |
| 26. Я получил(а) незаполненную форму заявления о несчастном случае/инциденте. |  |
| 27. Я получил(а) незаполненную форму заявления о прекращении работы/отставке. |  |
| 28. Я понимаю, что буду уведомлять WNYIL CDPAS всякий раз, когда меняю страховые планы, номера телефонов, адреса или когда меня кладут в больницу и/или выписывают из нее. |  |
| 29. За месяц до того, как мне исполнится 65 лет, я дам об этом знать команде WNYIL CDPAS, потому что мне, возможно, придется перейти в LTMC-Long Term Managed Care Company, чтобы продолжить свои услуги помощника. |  |
| 30. Ни в коем случае ЛП не может быть прямым представителем потребителя/работодателя, для которого он является сопровождающим. Направляющий представитель не может работать на потребителя/работодателя, которого он представляет. |  |

Вышеуказанные заявления были рассмотрены со мной одним из сотрудников программы Taking Control.

 Дата:

Потребитель/работодатель

 Дата:

Сотрудник программы Taking Control

WNYIL/2018 :JAC 2/2018

3

**\*\*\* ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧИТАЙТЕ \*\*\***

**Чтобы обеспечить непрерывное бесперебойное обслуживание, вы должны немедленно сообщить нам о следующих изменениях:**

Любое изменение адреса

Любое изменение номера телефона

Когда вы госпитализированы и выписаны из больницы или реабилитационного центра

Если вы или ваш ЛП попали в аварию/если с вами произошел несчастный случай

Когда вы нанимаете нового ЛП и когда вы прекращаете сотрудничество с ЛП

**Чтобы убедиться, что ваш личный помощник может начать работу в тот день, когда он вам нужен, ДОЛЖНО произойти следующее:**

ЛП ДОЛЖЕН ПОЗВОНИТЬ НАСЧЕТ **ДНЯ ВСТРЕЧИ и времени для инструктажа**

**В округе Эри звоните по номеру 716-836-0105, ДОБ. 112 ИЛИ 502**

**В округе Ниагара звоните по номеру 716-284-4131, доб. 215,**

**В округах Орлеан, Дженеси и Вайоминг звоните по номеру 585-815-8501, доб. 403**

**В округе Франклин звоните по номеру (518) 483-2151**

**В округе Св. Лаврентия звоните по номеру (315) 764-9442**

**В округе Шаотакуа звоните по номеру (716) 661-3014**

**Для того, чтобы провести инструктаж для ЛП, ПОМОЩНИК ДОЛЖЕН БЫТЬ в офисе для инструктажа за десять минут до назначенного времени.**

**НУЖНО ИМЕТЬ ПРИ СЕБЕ 2 ФОРМЫ ИДЕНТИФИКАЦИИ (УДОСТОВЕРЕНИЕ ЛИЧНОСТИ С ФОТО И КАРТУ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИЛИ ПАСПОРТ ГРАЖДАНИНА США).**

**Справку о вакцинации против кори, свинки и краснухи, если доступно.**

**БЕЗ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ЗАПИСИ ПРИЕМ НЕВОЗМОЖЕН.**

**\*\*\* МЫ ПРОТИВ ЗАПАХОВ \*\*\***

**Это означает, что люди с ограниченными возможностями, которые приходят в офис, имеют серьезные аллергические реакции на различные виды ароматических веществ. В целях обеспечения безопасности людей, которых мы обслуживаем, мы просим всех, кто входит в наши офисы с ароматическим веществом на себе, покинуть помещение и перенести встречу.**

**ПОЖАЛУЙСТА, НЕ ВХОДИТЕ В ЗДАНИЕ, ЕСЛИ ВАС СОПРОВОЖДАЕТ РЕЗКИЙ ЗАПАХ.**

**СОГЛАШЕНИЕ ОБ УЧАСТИИ В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ**

**Веб-сайт: www.wnyil.org**

Программа личного помощника, ориентированного на потребителя, предназначена для того, чтобы максимально расширить возможности людей с ограниченными возможностями управлять своей жизнью и способствовать полному включению в сообщество. Как участник этого уникального проекта, вы соглашаетесь принять на себя значительную ответственность за управление потребностями своих личных помощников.

WNYIL предлагает эту программу получателям услуг Medicaid через Департамент социальных служб округа Эри. В этом соглашении изложены обязанности как WNYIL, так и потребителя.

Для участия в Программе личной помощи, ориентированной на потребителя, лицо должно быть самостоятельным. «Самостоятельный» означает способный делать выбор в отношении ухода за собой и действий, понимать влияние выбора и брать на себя ответственность за результаты выбора. Если потребитель не является самостоятельным, то его представитель, желающий взять на себя обязанности по программе, может зарегистрировать его.

Для участия в Программе личной помощи, ориентированной на потребителя, это лицо (или лицо, оказывающее поддержку) должно дать свое согласие и выполнять следующие обязанности, требуемые WNYIL и Департаментом здравоохранения штата Нью-Йорк.

**ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПОТРЕБИТЕЛЯ/РАБОТОДАТЕЛЯ или ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

Я понимаю, что мои обязанности в Программе личной помощи, ориентированной на потребителя, требуют от меня:

принимать на работу, проводить собеседования, проверять, выбирать, обучать, планировать и контролировать личного помощника (личных помощников) по моему выбору. Я также несу ответственность за увольнение моих ЛП в случае необходимости;

нанимать достаточное количество ЛП для резервного покрытия, чтобы обеспечить выполнение работ в любое время. Резервные работники (второстепенные сотрудники) должны получить разрешение на работу от WNYIL до момента предоставления услуг.

**WNYIL/CA**

**:EC 08/08**

Получите как минимум одну (1) рекомендацию с предыдущего места работы и (1) личную рекомендацию.

Потребитель/работодатель или представитель и ЛП несут ответственность за подписание Соглашения о персональном помощнике, в котором четко указаны необходимые обязанности.

Участник несет ответственность за составление графика работы своих ЛП для удовлетворения своих потребностей в рамках плана по уходу в установленные часы, определенные Департаментом социальных служб округа Эри, отделением PCA. WNYIL уполномочен оплачивать только согласованные часы работы. ЛЮБЫЕ рабочие часы, отработанные сверх утвержденного количества, должны оплачиваться участником лично.

Убедитесь, что ЛП встретился с персоналом CDPAP, чтобы заполнить все необходимые документы по трудоустройству и получить официальную дату начала работы.

Текущая дополнительная документация включает в себя:

\* Потребитель/работодатель или представитель должны ознакомиться с табелем учета рабочего времени перед тем, как подписать и поставить дату.

\* Ежегодные заявления на отпуск/больничные листы должны быть утверждены и подписаны потребителем/работодателем или представителем, а затем отправлены по почте или доставлены лично в WNYIL.

Ответственность за отслеживание времени отпуска и больничных листов лежит на ЛП (если применимо).

ЛП должны соответствовать всем требованиям здоровья, изложенным в руководствах штата.

(Например, ежегодный анализ на туберкулез, медосмотр и т. д.).

Потребитель/работодатель или представитель должен немедленно уведомить CDPAP о прекращении работы или отставке ЛП.

Потребитель/работодатель или представитель соглашается не совершать никаких мошеннических действий при использовании программы, включая, помимо прочего, мошенничество с Medicaid.

**ОТВЕТСТВЕННОСТЬ WNYIL/CDPAP**

1. WNYIL/CDPAP является посредником в обработке требований Medicaid. Персонал WNYIL выставит счет Medicaid за утвержденные часы работы, указанные в табеле учета рабочего времени ЛП и отчетах о вызовах после оплаты труда ЛП.

2. WNYIL/CDPAP будет хранить конфиденциальные личные дела на всех нанятых ЛП.

2.

3. WNYIL/CDPAP будет выступать в качестве работодателя, обеспечивающего страховые компенсации работникам, страхование по нетрудоспособности и безработице. WNYIL/CDPAP обработает платежную ведомость, включая удержания для федерального, государственного, местного подоходного налога и социального обеспечения.

4. WNYIL/CDPAP несет ответственность за выплату ежегодных отпускных и оплату больничного листа ЛП, а также за периодическое обновление статуса сотрудника.

5. WNYIL/CDPAP будет контролировать способность потребителя выполнять свои обязанности в соответствии с письменным соглашением.

6. WNYIL/CDPAP будет вести все соответствующие записи о потребителях в соответствии с правилами штата.

3

Я ПРОЧИТАЛ(А) СОГЛАШЕНИЕ О ПРОГРАММЕ ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА ПОТРЕБИТЕЛЯ ЛИЧНОЙ ПОМОЩИ И СОГЛАШАЮСЬ СЛЕДОВАТЬ УСТАНОВЛЕННЫМ ПРАВИЛАМ.

Я ПОНИМАЮ, ЧТО WNYIL/CDPAP СОХРАНЯЕТ ЗА СОБОЙ ПРАВО ОПРЕДЕЛЯТЬ, УДОВЛЕТВОРЯЕТ ЛИ ПОТРЕБИТЕЛЬ/РАБОТОДАТЕЛЬ ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ МИНИМАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ САМОПРАВЛЕНИЯ.

Я ПОНИМАЮ, ЧТО WNYIL/CDPAP МОЖЕТ ПРЕДОСТАВИТЬ ПОМОЩЬ С ПОДБОРОМ КАДРОВ **В КАЧЕСТВЕ ОДОЛЖЕНИЯ**, НО WNYIL/CDPAP **НЕ** НЕСЕТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОМОЩНИКОВ ПОТРЕБИТЕЛЯМ/РАБОТОДАТЕЛЯМ.

КООРДИНАТОР CDPAP ПРОИНСТРУКТИРОВАЛ МЕНЯ О ПРОЦЕССАХ УСТРОЙСТВА НА РАБОТУ И УВОЛЬНЕНИЯ, ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРВЬЮ И ОЦЕНКИ ЛИЧНОГО УХОДА, И Я УВЕРЕН(А), ЧТО МОГУ ВЫПОЛНЯТЬ НЕОБХОДИМЫЕ ОБЯЗАННОСТИ.

Подпись потребителя/работодателя: Дата:

Подпись представителя/самостоятельной стороны: Дата:

*[подпись]*

Директор программы Taking Control: Дата:

4.

СВИДЕТЕЛЬСТВО

WESTERN NEW YORK INDEPENDENT LIVING, INC.

ОТНОСИТЕЛЬНО

ПРОГРАММЫ ЛИЧНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ

Настоящее Свидетельство подтверждает, что я получил(а), рассмотрел(а) и понимаю все перечисленные ниже документы, которые были предоставлены мне компанией Western New York Independent Living, Inc. (WNYIL) в связи с моим согласием на участие в Программе личной помощи для потребителей:

1. соглашение об участии в Программе личной помощи для потребителей;

2. целевые действия независимого плана жизни;

3. независимый план жизни;

4. контрольный список при регистрации;

5. отказ от ответственности перед потенциальными поставщиками;

6. индивидуальное разрешение на обмен, использование и раскрытие защищенной медицинской информации;

7. уведомление о конфиденциальности (краткое);

8. права потребителей;

9. подтверждение соответствия требованиям WNYIL, Inc. Политика и процедуры корпоративного плана соответствия и Кодекса поведения.

Я соглашаюсь хранить копии предоставленных мне вышеуказанных документов в надежном месте и предоставлять их по запросу сотрудников WNYIL.

Я понимаю, что должен(-на) соблюдать правила и другие обязательства, изложенные в вышеприведенных документах, и что мое невыполнение может привести к увольнению из CDPAP.

Подпись потребителя/работодателя Дата

**ИЛИ**

Назначенный представитель Дата

**ИЛИ**

Опекун Дата

Подпись представителя WNYIL Дата

Il2017-11-12

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

**ПРАВА ПОТРЕБИТЕЛЯ**

**Конфиденциальность**

Каждый потребитель и/или законный опекун потребителя имеет право просматривать свою собственную документацию об обслуживании потребителей (CSR). Потребитель и/или законный опекун потребителя может разрешить использование информации в своем личном деле. Это разрешение должно быть предоставлено в письменной форме. Доступ к CSR при необходимости должен быть предоставлен Главному исполнительному директору (CEO), Главному операционному директору (COO), Программным директорам, Координаторам делопроизводства, Главному сотруднику по кадрам и соответствию (CHRCO), Группе внутреннего аудита, Поставщику прямых услуг и Программному комитету Совета директоров WNYIL. Требования Закона о мобильности медицинского страхования (HIPAA) охватывают многие из услуг, предоставляемых WNYIL. Чтобы обеспечить соответствие требованиям HIPAA, в конкретном письменном запросе потребитель и/или законный опекун потребителя должен определить, какая информация может быть передана и кому, то есть общая информация и/или информация, связанная с ВИЧ. **Никакая информация** не будет разглашаться без письменного разрешения потребителя и/или законного опекуна потребителя.

Потребителям и/или законному опекуну потребителя будет предоставлена формализованная апелляционная процедура в письменном виде для устранения любых неудовлетворительных ситуаций.

Личные дела потребителей, хранящиеся в WNYIL, подлежат рассмотрению соответствующими источниками финансирования, и их дела могут быть вызваны в суд. Закон не защищает права на конфиденциальность, если существует угроза безопасности себе или других. Личное дело потребителя ведется Программным комитетом Совета директоров WNYIL, потребителем и/или законным опекуном потребителя и подлежит проверке качества с их стороны.

**Процесс обращения потребителей**

Наша политика заключается в предоставлении эффективных и приемлемых средств для потребителей и/или законного опекуна потребителя, чтобы они сообщали о проблемах и жалобах, касающихся получения услуг соответствующими лицами. Потребителям и/или законному опекуну потребителя предлагается неофициально разрешать жалобы путем переговоров с истцами и/или с использованием ресурсов руководителей программы, главного операционного директора и/или генерального директора. Во время этого процесса потребитель и/или законный опекун потребителя имеют доступ к своему личному

делу. Если это не исправит ситуацию, любой потребитель и/или законный опекун потребителя может подать жалобу следующим образом:

**Шаг I.** Незамедлительно подайте письменное заявление о жалобе генеральному директору, включая записи о любых неформальных встречах и обсуждениях. Генеральный директор обязан ответить на жалобу в течение 5 рабочих дней. Если генеральному директору требуется дополнительная информация, встреча будет назначена не позднее, чем через 3 рабочих дня с момента подачи жалобы генеральному директору. Генеральный директор затем вынесет решение. Письменные сведения об этой жалобе и решении должны быть сохранены и помещены в личное дело потребителя.

Если генеральный директор не отвечает на жалобу, Потребитель и/или законный опекун потребителя считают, что решение является неприемлемым, или решение было достигнуто, но не соблюдается, он/она может перейти к шагу II. Если жалоба направлена генеральному директору, процесс начнется с шага II.

**Шаг II.** Незамедлительно подайте письменное заявление о жалобе в Программный комитет Совета директоров WNYIL, включая документацию о любых заседаниях или обсуждениях. Программный комитет обязан ответить на жалобу в течение 10 рабочих дней. Если Программному комитету требуется дополнительная информация, будет назначено собрание не позднее, чем через 8 рабочих дней с момента подачи жалобы в Программный комитет. Затем Программный комитет должен вынести решение. Письменные сведения об этой жалобе и решении должны быть сохранены и помещены в личное дело потребителя.

Во всех случаях решение Программного комитета является обязательным. Если Программный комитет не отвечает на жалобу, Потребитель и/или законный опекун потребителя будут считать, что решение неприемлемо, или если решение было достигнуто, но не соблюдается, он/она может связаться со следующими лицами:

• Служба профессиональной поддержки и непрерывного образования для взрослых штата Нью-Йорк (ACCES-VR), 1 Commerce Plaza, Room 1607, 99 Washington Ave., Albany, NY 12234, тел.: (800) 222-5627 (голос) или телетайп: 7-1-1 для выхода на коммутатор Нью-Йорка и далее номер (800) 222-5627 (голос).

• Если вы получаете услуги через Регион 1 Регионального бюро по проблемам развития (DDRO), пожалуйста, свяжитесь с отделом обеспечения качества по телефону (716) 674-6300 или с комиссаром Управления по делам инвалидов

штата Нью-Йорк по телефону (518) 473-1997 (голос) или телетайп: 7-1-1 для выхода на коммутатор Нью-Йорка и далее номер (518) 473-1997.

• Если вы получаете услуги через Управление психического здоровья штата Нью-Йорк (NYSOMH), пожалуйста, свяжитесь с Центром юстиции штата Нью-Йорк по защите людей с особыми потребностями, 161 Delaware Avenue, Delmar, New York 12054-1310, по телефону (518) 549-0200 (голос) или телетайп: 7-1-1 для выхода на коммутатор Нью-Йорка и далее номер (518) 549-0200. Сообщить о злоупотреблениях можно по телефону (855) 373-2122 (24 часа в сутки, 7 дней в неделю) или телетайп: 7-1-1 для выхода на коммутатор Нью-Йорка и далее номер (855) 373-2122.

• У вас есть право обратиться в Программу поддержки клиентов, которая предназначена для помощи тем, кто подает заявку или получает услуги от Независимых Центров Жизни, финансируемых из федерального бюджета. CAP также обслуживает заявителей и клиентов ACCES-VR и Комиссии штата Нью-Йорк для слепых. Обращение в CAP для обслуживания не является формальной частью какого-либо процесса рассмотрения жалоб ILC. CAP подчиняется исключительно компании Disability Rights New York (DRNY). Если у вас есть вопросы, сомнения или возникли споры относительно этого ILC, пожалуйста, не стесняйтесь обращаться к DRNY за помощью: Disability Rights New York, 725 Broadway, Suite 450, Albany, NY 12207 (осн.) (518) 432-7861 (беспл.) (800) 993-8982 (телетайп) (518) 512-3448 (электронная почта) mail@DRNY.org.

Кроме того, WNYIL имеет программу обеспечения соответствия, обеспечивающую соответствие Агентства всем применимым законам и нормативным актам и принятие всех разумных мер для борьбы с мошенничеством, растратами или злоупотреблением во всех своих программах. О подозрении в мошенничестве, растратах или злоупотреблении в любой из программ, контролируемых WNYIL, следует сообщать: Главному специалисту WNYIL по персоналу и соответствию Тине Браун, 3108 Main Street, Buffalo, NY 14214, tbrown@wnyil.org, Местный тел.: (716)-836-0822, доб. 102, или по номеру телефона для бесплатных звонков 1-866-576-8042.

Western New York Independent Living, Inc. входит в семейство агентств Western New York Independent Living, Inc.

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

Подписывая эту форму, я подтверждаю, что как потребитель WNYIL был полностью уведомлен о следующем:

• мои права и обязанности как потребителя;

• мое право на конфиденциальность;

• внутренняя процедура и процесс подачи жалобы в агентство;

• к кому обращаться, если я недоволен разрешением моей жалобы.

Отношения: \_\_\_\_\_ Потребитель \_\_\_\_\_ Родитель

 \_\_\_\_\_ Опекун \_\_\_\_\_ Назначенный представитель

Имя потребителя (печатными буквами):

SSN (последние 4 цифры) \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Имя печатными буквами, если это родитель/опекун/назначенный представитель:

Подпись: Дата:

**СПРАВКА № \_\_\_\_\_\_\_\_**

**WNYIL, INC. ОТЧЕТ ОБ ИНЦИДЕНТЕ**

Этот отчет должен быть оформлен в течение 24 часов после Инцидента вовлеченным лицом или свидетелем Инцидента. Если задействовано более одного человека, для каждого вовлеченного лица должен быть составлен отдельный отчет. Заполненная форма должна быть немедленно сдана руководителю сотрудника, который затем направит ее координатору по персоналу.

|  |
| --- |
| 1. Имя участника инцидента: |
| 2. Адрес участника инцидента: |
| 3. Номер телефона участника инцидента: |
| 4. Отношение к WNYIL: □ Сотрудник □ Доброволец/стажер □ Потребитель □ Посетитель |
| 5. Руководитель участника инцидента: |
| 6. Дата инцидента: | Время инцидента: ДО ПОЛУДНЯ ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ |
| 7. Начало смены: ДО ПОЛУДНЯ ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ | Конец смены: ДО ПОЛУДНЯ ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ |
| 8. Имя, адрес и номер телефона свидетеля/свидетелей (если есть) |
| 9. Тип инцидента: □ Злоупотребление/халатность □Нападение/драка □Сгибание □ Падение/скольжение □ Болезнь □ Подъем тяжести □ Дорожная авария □ Кража □Другое:  |
| 10. Укажите затронутые части тела: |
| 11. Место или адрес инцидента: |
| 12. Опишите инцидент подробно: (укажите все инструменты, оборудование, материалы и т. д., которые были вовлечены в инцидент) |
| 13. Связывались ли с EMS? □ Да □ Нет □ Не применимо |
| 14. Было ли подано заявление в полицию? □ Да □ Нет □ Не применимо |
| 15. Поступил ли участник инцидента на лечение? □ Да □ Нет □ НеизвестноЕсли да, то название/адрес поставщика услуг: |
| 16. Корректирующее действие: |
| 17. Дата плана корректирующих действий: |
| 18. Подпись вовлеченного лица: Дата подписания: |
| 19. Подпись руководителя: Дата проверки отчета: |
| 20. Подпись генерального директора: Дата проверки отчета: |

|  |
| --- |
| **Только для внутреннего пользования:** |
| Категория инцидента: □ Сотрудник □ Личный помощник □ Волонтер/стажер □ Учреждение □ Потребитель □ Транспорт □ Посетитель |
| Дата получения формы офисом: |
| Офисные заметки: |
| Дата получения формы отделом кадров: |
| Заметки отдела кадров: |
| □ Программный комитет □ Отдел кадров □ Корпоративное соответствие |
| Обращение в Координационное агентство по уходу □ Да □ Нет □ Не применимо |
| Если да, дата контакта: |
| Координационное агентство по уходу, контактная информация: |
| Предыстория инцидентов: □ Да □ Нет □ Не применимо |
| Если да, укажите дату и предоставьте описание инцидента: |
| Номер социального обеспечения: |
| Средняя недельная заработная плата: |
| Должность: |
| Должностные обязанности: |
| Дата приема на работу: |
| Типичные рабочие дни: □ ВС □ПН □ВТ □СР □ЧТ □ПТ □СБ |
| Потерянное рабочее время: □ □ Да □ Нет □ Не применимо |
| Если да, последний рабочий день: |
| Первый запланированный день без работы: |
| Если применимо, дата возвращения на работу: |

2019-01

**СПРАВКА № \_\_\_\_\_\_\_\_**

**WNYIL, INC. ОТЧЕТ ОБ ИНЦИДЕНТЕ**

Этот отчет **должен** быть оформлен в течение **24 часов** после инцидента вовлеченным лицом или свидетелем инцидента. Если задействовано более одного человека, для каждого вовлеченного лица должен быть составлен отдельный отчет. Заполненная форма должна быть немедленно сдана руководителю сотрудника, который затем направит ее координатору по персоналу.

|  |
| --- |
| 1. Имя участника инцидента: |
| 2. Адрес участника инцидента: |
| 3. Дата инцидента: | Время инцидента: ПОЛУДНЯ ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ |
| 4. Начало смены: ДО ПОЛУДНЯ ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ | Конец смены: ДО ПОЛУДНЯ ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ |
| 5. Отношение к WNYIL: □ Сотрудник □ Доброволец/стажер □ Потребитель □ Посетитель |
| 6. Адрес участника инцидента: |
| 7. Номер телефона участника инцидента: |
| 8. Имя свидетеля/свидетелей (если есть): |
| 9. Адрес и телефон свидетеля/свидетелей: |
| 10. Тип инцидента: □ Злоупотребление/халатность □Нападение/драка □ Сгибание □ Падение/скольжение □ Болезнь □ Подъем тяжести □ Дорожная авария □ Кража □ Другое: |
| 11. Затронутые части тела: □ Голова □ Лицо □ Глаза (Л или П) □ Туловище/спина □ Шея □ Кисть руки (Л или П) □ Пальцы □ Колено (Л или П) □ Лодыжка (Л или П) □ Рука (Л или П) □ Плечо (Л или П) □ Стопа (Л или П) □ Бедро (Л или П) □ Другое (указать) □ Не применимо |
| 12. Место или адрес инцидента: |
| 13. Опишите инцидент подробно: (укажите все инструменты, оборудование, материалы и т. д., которые были вовлечены в инцидент) |

|  |
| --- |
| 14. Связывались ли с EMS? □ Да □ Нет □ Не применимо |
| 15. Было ли подано заявление в полицию? □ Да □ Нет □ Не применимо |
| 16. Имя и адрес поставщика услуг: |
| 17. Корректирующее действие: |
| 18. Дата плана корректирующих действий: |
| 19. Подпись вовлеченного лица: Дата подписания: |
| 20. Подпись руководителя: Дата проверки отчета: |
| 21. Подпись генерального директора: Дата проверки отчета: |
| **Только для внутреннего пользования:** |
| Категория инцидента: □ Сотрудник □ Личный помощник □ Волонтер/стажер □ Учреждение □ Потребитель □ Транспорт □ Посетитель |
| Дата получения формы офисом: |
| Офисные заметки: |
| Дата получения формы отделом кадров: |
| Заметки отдела кадров: |
| □ Программный комитет □ Отдел кадров □ Корпоративное соответствие |
| Обращение в Координационное агентство по уходу □ Да □ Нет □ Не применимо |
| Если да, дата контакта: |
| Координационное агентство по уходу, контактная информация: |
| Предыстория инцидентов: □ Да □ Нет □ Не применимо |
| Если да, укажите дату и предоставьте описание инцидента: |

Циркуляр о круглосуточном уходе и продолжительности смен

Личный помощник не должен работать непрерывно в течение 24 или более часов.

Причины, по которым продолжительность смены личного помощника не должна длиться 24 или более часов:

В данном разделе указано, что в случае необходимости предоставления ухода в течение 19 или более часов, уход должен осуществляться несколькими людьми. Продолжительность непрерывного сна личного помощника, проживающего по месту предоставления ухода, в течение суток не может составлять 5 часов по причине уровня потребности потребителя. Таким образом, вариант предоставления ухода с проживанием по месту работы одним личным помощником не отвечает требованиям. Из этого следует, что продолжительность работы в определенный день не должна превышать 19 часов. Цель регулирования продолжительности дежурства в зависимости от уровня ухода за больным — рабочая смена, длящаяся не более 16 часов.

Регламент CDPAP 505.28 (4) гласит:

(4) «постоянная личная помощь, учитывающая потребности потребителя» означает предоставление непрерывного ухода в зависимости от потребностей потребителя более чем одним личным помощником на протяжении более 16 часов в течение одного календарного дня. На протяжении этого календарного дня данный потребитель по состоянию своего здоровья нуждается в следующих видах помощи: помощь в пользовании туалетом, помощь при ходьбе, перемещении, переворачивании и позиционировании, кормлении, помощь по дому или квалифицированный сестринский уход. При этом он нуждается в помощи с такой частотой, что личный ассистент, осуществляющий уход с учетом потребностей потребителя и работающий круглосуточно на регулярной основе, вряд ли сможет иметь пять часов непрерывного сна в сутки в течение восьмичасового периода, предназначенного для сна помощника.

Дополнительно:

В 2006 году в меморандуме местной комиссии (LCM) вопрос звучал так: «Может ли один человек обеспечить круглосуточный непрерывный уход?». Ответ был: «Нет. Один человек не может предоставлять круглосуточный непрерывный уход ... Круглосуточный личный уход включает в себя непрерывный уход (в две или несколько смен), предоставляемый более чем одним помощником, как указано в кодексе, правилах и положениях штата Нью-Йорк 18 NYCRR 505.14 (a) (3).

Это необходимо для обеспечения здоровья и благополучия потребителя, чьи потребности в уходе удовлетворяются с помощью данного типа услуг. Неразумно полагать, что один человек может обеспечивать потребителю безопасную и отвечающую требованиям помощь круглосуточно без сна или что один человек может обеспечивать значительный объем ухода 7 дней в неделю.»

Резюме:

Продленная рабочая смена личного помощника не должна превышать 16 часов, если только непредвиденная ситуация не требует присутствия ЛП в течение более продолжительного периода времени. Погодные явления, болезнь ЛП или неожиданные вызовы и другие разовые ситуации могут потребовать от ЛП продления запланированной смены. В противном случае потребитель должен нанять достаточное количество личных помощников в соответствии с количеством часов, которые они имеют право работать. Если потребитель не может найти необходимое количество личных помощников, которые могли бы безопасно работать в течение необходимого количества часов, потребитель должен обратиться в Организацию управляемого медицинского обслуживания, чтобы определить соответствующий уровень ухода или уровень обслуживания.

**WESTERN NEW YORK INDEPENDENT LIVING, INC.**

**ПЛАН КОРПОРАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ**

**2008-2009**

**(исправлено 6/2019)**

**РУКОВОДИТЕЛЬ ОТДЕЛА КАДРОВ И СПЕЦИАЛИСТ ПО ПРАВОВЫМ ВОПРОСАМ**

Тина Браун

(716) 836-0822, доб. 102

tbrown@wnyil.org

Настоящий документ является сокращенной версией полного плана корпоративного регулирования Western New Independent Living. Он был оптимизирован, и основное внимание в документе было уделено потребителям и личным помощникам, участвующим в контроле Программы личной помощи с учетом потребностей потребителя (CDPAP). Цель состоит в том, чтобы помочь вам понять права и обязанности WNYIL и свои права и обязанности как лица, получающего льготы или выплаты по программам/услугам, финансируемым штатом Нью-Йорк и федеральными фондами Medicaid. Полную бумажную версию Плана можно получить в любом из наших офисов. Кроме того, полная версия Плана регулирования Агентства представлена на сайте www.wnyil.org.

**I. КОНЦЕПЦИЯ И МИССИЯ WESTERN NEW YORK INDEPENDENT LIVING, INC. (WNYIL Inc.)**

**A. Изложение концепции**

Группа агентств Western New York Independent Living, Inc. способствует системным и индивидуальным изменениям, ведущим к улучшению качества жизни людей с ограниченными возможностями, уважает разнообразие и предлагает выбор и альтернативу независимой жизни в наших обществах.

**B. Миссия**

Группа агентств Western New York Independent Living, Inc. является многокультурной организацией по защите гражданских прав простых людей, которая предоставляет полный спектр помощи, программ и услуг для повышения качества жизни всех людей с ограниченными возможностями. Совет директоров WNYIL Inc. и советы по вопросам психического здоровья, независимой жизни округа Ниагара и независимой жизни региона Дженеси, их персонал и волонтеры, большинство из которых являются людьми с

ограниченными возможностями, управляют профессиональными и эффективными организациями, создавая возможности для выбора, независимость и участие в жизни сообщества. Устраняя физические и поведенческие барьеры и облегчая доступ к транспорту и связи в нашем сообществе, WNYIL Inc. помогает людям с ограниченными возможностями реализовать свой жизненный выбор с помощью предоставления информации и рекомендаций, самостоятельных жизненных навыков, индивидуальной и системной правовой помощи, равного консультирования, программ расширения прав и возможностей на получение правовой защиты, самозащиты, развития лидерских качеств, поддержки семьи, получения образования и партнерства в сообществе.

**C. Подтверждение равного доступа**

Western New York Independent Living, Inc. обеспечивает равный доступ для всех лиц независимо от их значительной утраты способности как в общении, так и в физическом доступе к услугам, программам, мероприятиям, ресурсам и средствам WNYIL Inc., как из государственных, так и из частных источников.

**D. Заявление о самостоятельном управлении**

Western New York Independent Living, Inc. должна помогать лицам с ограниченными возможностями пользоваться большей свободой и самостоятельно контролировать свою собственную жизнь. Поэтому, когда это возможно, лица, получающие обслуживание, должны оказывать содействие в определении необходимых услуг и предоставлении этих услуг.

Самостоятельное управление потребителей будет поощряться следующим образом:

1. Разработка собственных целей.

2. Руководство предоставлением услуг с использованием собственных возможностей.

3. В любой момент потребители должны самостоятельно защищать свои права.

4. Сотрудники WNYIL Inc. не навязывают свои суждения потребителю.

**E. Декларация равных ассоциаций**

Western New York Independent Living, Inc. будет поддерживать и содействовать разработке равных ролевых моделей и взаимоотношений в них при предоставлении обслуживания лицам с ограниченными возможностями. Это амбициозное стремление будет реализовываться посредством членства в Совете директоров, найма добровольцев, а также продвижения и набора персонала в целях обеспечения WNYIL, Inc. необходимого равного руководства для всех видов деятельности WNYIL, Inc.

**II. ЦЕЛЬ ПЛАНА КОРПОРАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ**

**A. Вступление**

Целью данного Плана корпоративного регулирования является обеспечение сохранения компанией WNYIL Inc. своей положительной репутации и влияния в сообществе посредством улучшения жизни людей в наших сообществах с ограниченными возможностями и предоставлении лучшего доступа и экономически эффективных, качественных услуг в соответствии с видением и миссией WNYIL Inc., как указано выше или иным образом предписано Советом директоров WNYIL Inc.

WNYIL Inc. обязывает всех, кто связан с организацией, соответствовать самым высоким стандартам. Для достижения этих целей WNYIL Inc. разработала настоящий План корпоративного регулирования.

**B. Миссия**

Руководитель отдела кадров и специалист по правовым вопросам (CHRCO) WNYIL Inc. будет выполнять эту задачу, помогая и консультируя сотрудников, потребителей, агентов и представителей WNYIL Inc., а также помогать обеспечивать соответствие WNYIL Inc. применимым федеральным, государственным и местным законам. В этом качестве CHRCO стремится предоставить четкие руководящие принципы для обучения сотрудников, потребителей, агентов и представителей в отношении применимых законов, нормативных актов, политик и процедур, касающихся соответствия нормам и стандартам.

CHRCO будет стремиться:

1. Продвигать культуру поощрения сотрудников, агентов, потребителей и представителей за добросовестное выполнение своей работы в соответствии со всеми применимыми законами, правилами, политиками и процедурами WNYIL Inc., а также сообщать о случаях несоблюдения CHRCO;

2. Информировать должностных лиц, директоров, членов совета, сотрудников, агентов, потребителей и представителей WNYIL Inc. о юридических рисках определенных методов ведения бизнеса;

3. Поощрять обращение менеджеров WNYIL Inc. за соответствующим советом в отношении деловой практики и осуществление этой деятельности в соответствии с требованиями законодательства и этическими нормами поведения для сотрудников WNYIL Inc. и обеспечивать соблюдение Федеральных директив по назначению наказаний.

Соблюдение корпоративных норм и стандартов — это партнерство, помогающее определить области нормативного риска и снизить риск их несоблюдения. Сотрудники WNYIL Inc. должны быть преданы корпорации и действовать добросовестно, лояльно и осмотрительно в целях обеспечения высоких стандартов творческого лидерства и фискальной ответственности за сотрудничество и взаимодействие с другими людьми, разделяющими ценности WNYIL Inc., при предоставлении программ и услуг людям с ограниченными возможностями, при защите интересов людей, и должны способствовать сохранению и укреплению независимой жизни.

**III. ПЛАН КОРПОРАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ WNYIL**

**Основные элементы**

План корпоративного регулирования должен включать следующие восемь основных элементов, которые требуют OMIG и OIG:

**A. ЭЛЕМЕНТ № 1: СЛУЖЕБНЫЕ ИНСТРУКЦИИ И ПИСЬМЕННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ**

Настоящий документ, в том числе Приложения A, B и C, а также Руководство по ведомственному надзору WNYIL, должен служить в качестве служебных инструкций и письменных процедур WNYIL.

**B. ЭЛЕМЕНТ № 2: НАЗНАЧЕННЫЙ СОТРУДНИК, ОТВЕТСТВЕННЫЙ ЗА СОБЛЮДЕНИЕ ПЛАНА И ВСЕХ ЕГО ЭЛЕМЕНТОВ**

**1. Ответственный сотрудник**

WNYIL Inc. назначила Тину Браун руководителем отдела кадров и специалистом по правовым вопросам (CHRCO). CHRCO подчиняется непосредственно генеральному директору и подотчетен совету директоров. Этот человек несет ответственность за общую реализацию и функционирование плана корпоративного регулирования.

**2. Другие ответственные лица**

1. Комитет по корпоративному регулированию: Комитет по корпоративному регулированию возглавляет CHRCO. Он состоит из членов совета директоров, отдельных лиц из сообщества, генерального директора WNYIL и отдельных членов группы комплаенс-аудита.

2. Группа комплаенс-аудита: Группа комплаенс-аудита несет ответственность за оказание помощи CHRCO в реализации процесса внутреннего аудита. Она будет отвечать за проверку и обновление протоколов аудита, чтобы гарантировать, что аудиты проводятся единообразно и в соответствии со стандартами, установленными WNYIL Inc. и источниками финансирования.

3. Законный представитель: При разработке и реализации Плана регулирования CHRCO должен сотрудничать с внешними юрисконсультами.

**C. ЭЛЕМЕНТ 3: ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ДЛЯ ИНФОРМИРОВАНИЯ СОТРУДНИКОВ И ДРУГИХ ЛИЦ ОБ ИХ ОБЯЗАННОСТЯХ**

CHRCO должен нести общую ответственность за надзор за разработкой и внедрением образовательных, обучающих и коммуникационных программ для обеспечения соответствия Плану корпоративного регулирования со стороны директоров, должностных лиц, членов совета, сотрудников, потребителей, агентов и представителей WNYIL Inc.

**D. ЭЛЕМЕНТ № 4: ОТЧЕТ О КОРПОРАТИВНОМ РЕГУЛИРОВАНИИ**

Под общим руководством CHRCO WNYIL Inc. и каждый директор департамента должны внедрять процессы, обеспечивающие обучение и предоставление инструкций по политике и процедурам WNYIL Inc. в области этики и соблюдения правовых норм, а также для отчетности и расследования вопросов, касающихся ведения бизнеса.

1. Каждый сотрудник обязан своевременно уведомлять своего руководителя о любых нарушениях или предполагаемых нарушениях норм этики и правового поведения. В качестве альтернативы, сотрудник может следовать процедуре отчетности в соответствии с Частью IX Политики соблюдения законодательства по борьбе с мошенничеством и злоупотреблениями, Раздел C, Участие и отчетность сотрудников.

2. Частные лица должны быть проинформированы о том, что в некоторых случаях непредставление отчета о предполагаемом нарушении само по себе может стать основанием для дисциплинарного или иного взыскания.

3. По бесплатному номеру телефона (866) 576-8042 можно получить совет по определенным политикам и процедурам или сообщить о фактических или предполагаемых нарушениях закона или применимых политик и процедур WNYIL Inc.

4. Никто не может быть подвергнут репрессии за добросовестное сообщение о действиях, которые, по его мнению, нарушают закон или установленные стандарты. Участие в любом акте репрессий за любое добросовестное представление информации влечет за собой дисциплинарное взыскание и/или увольнение.

5. **Организационная отчетность:** CHRCO на регулярной основе отчитывается перед генеральным директором о выполнении Плана корпоративного регулирования, не реже раза в квартал отчитывается перед Комитетом по корпоративному регулированию о мероприятиях, проводимых в соответствии с Планом регулирования, и по мере необходимости сообщает о соблюдении правовых и этических норм.

6. **Участие и отчетность сотрудников:** каждый сотрудник WNYIL Inc. несет ответственность за соблюдение применимых законов и нормативных актов и поддержку усилий WNYIL Inc. по обеспечению соответствия правовым нормам. Все сотрудники обязаны сообщать о своем добросовестном предположении о любом нарушении Плана регулирования или применимого законодательства. В соответствии с обязательствами по расследованию ситуаций, касающихся сотрудников, и принятию необходимых корректирующих действий WNYIL Inc. по требованию сотрудника обязан обеспечить максимально возможную при обстоятельствах, определенных в решении WNYIL Inc., анонимность сотруднику(-ам), предоставляющему(-им) информацию. Такое предоставление информации не должно повлечь за собой репрессивное ужесточение условий найма. Сотрудники обязаны сообщать о своем добросовестном предположении о нарушении Плана регулирования или применимых законов следующим образом:

а. В устной или письменной форме своему директору.

b. Используя горячую линию по вопросам правового регулирования: 1-866-576-8042. Если вы хотите скрыть свой номер, наберите сначала \*67, а затем 1-866-576-8042. Ваш номер не будет идентифицирован нашим определителем вызывающего абонента.

с. Отправив жалобу через веб-страницу **www.wnyil.org/corporatecompliance**.

d. В устной или письменной форме CHRCO WNYIL Inc. в Western New York Independent Living, Inc.:

Тина Браун, CHRCO

WNYIL Inc.

3108 Main Street

Buffalo NY 14214

Телефон: (716) 836-0822 доб. 102

tbrown@wnyil.org

**E. ЭЛЕМЕНТ № 5: ДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПОЛИТИКА ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОБРОСОВЕСТНОГО УЧАСТИЯ**

Сотрудники могут быть привлечены к ответственности за неучастие в усилиях WNYIL Inc. по соблюдению нормативных требований, включая, помимо прочего:

1. Невыполнение работником каких-либо обязательств, требуемых от него в отношении соблюдения программы или применимых законов или нормативных актов;

2. Отказ сообщить соответствующему лицу о предполагаемых нарушениях Плана регулирования, применимых законов или нормативных актов; а также

3. Отказ надзорного или управленческого работника внедрять и поддерживать политики и процедуры, разумно необходимые для обеспечения соблюдения условий программы или применимых законов и нормативных актов.

Дисциплинарная ответственность должна соответствовать существующим политикам и процедурам WNYIL Inc.

**F. ЭЛЕМЕНТ № 6: СИСТЕМА СТАНДАРТНОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ОБЛАСТЕЙ РИСКА НЕСООТВЕТСТВИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ**

**АУДИТ И МОНИТОРИНГ**

CHRCO, консультируясь и работая в тесном сотрудничестве с генеральным директором и ключевыми директорами департаментов, обязан координировать соответствующие внутренние аудиторские проверки и опросы для проверки соблюдения и осведомленности о требованиях Плана корпоративного регулирования и источников финансирования, а также о политиках и процедурах в области этики и соответствия правовым нормам WNYIL Inc.

Проверке Внутренним аудитом подлежит любая деловая активность WNYIL Inc., а также в соответствии с установленными правами на осуществление аудита аффилированные компании, партнерства, совместные предприятия, лицензиаты, подрядчики, поставщики, дистрибьюторы, третьи стороны или другие операции.

**G. ЭЛЕМЕНТ № 7: СИСТЕМА РЕАГИРОВАНИЯ НА КОМПЛАЕНС-РИСКИ**

Целью данной политики является установление процедур, которые будут использоваться Western New York Independent Living, Inc. (WNYIL Inc.) для реагирования на сообщения сотрудников или других лиц о том, что бизнес-единица или отдельные лица, нанятые бизнес-единицей или потребителями, участвующими в программе, участвуют в деятельности, которая может нарушить стандарты, описанные в Плане корпоративного регулирования, и которые могут противоречить применимым законам или правилам Medicaid или о том, что такие лица или подразделения могут подавать претензии способом, который не соответствует требованиям программы Medicaid.

1. Расследование

а. Цель расследования:

Целью расследования должно быть следующее:

1. Определение тех ситуаций, в которых законы, правила и стандарты программы Medicaid могут не соблюдаться.

2. Выявление лиц, которые могли сознательно или по неосторожности стать причиной подачи или обработки претензий в манере, нарушающей законы, правила или стандарты Medicaid.

3. Содействие исправлению любых практик, не соответствующих законам, правилам и стандартам Medicaid.

4. Реализация этих процедур, необходимых для обеспечения соблюдения правовых норм в будущем.

5. Защита WNYIL Inc. в случае гражданских или уголовно-исполнительных действий.

6. Сохранение и защита активов WNYIL Inc.

b. Контроль расследований:

Все отчеты, полученные сотрудниками Агентства, должны быть направлены CHRCO WNYIL Inc. CHRCO компании WNYIL Inc. или назначенное им лицо обязано провести соответствующие следственные действия, используя любые внутренние и внешние ресурсы, которые будут сочтены целесообразными.

с. Следственный процесс:

Расследование должно быть начато после получения сообщения с любой жалобой или другой информацией (включая результаты аудита), предполагающей существование модели поведения, нарушающей политику соблюдения законов или применимые законы или правила. При необходимости будет проведено полное расследование и предприняты все соответствующие последующие действия, включая предоставление отчетов сторонним организациям.

**Реакция WNYIL Inc.**

Возможные преступные действия: В случае обнаружения компанией WNYIL Inc. преступных действий со стороны какого-либо сотрудника или подразделения она должна предпринять следующие шаги:

Если преступные действия продолжаются, информация будет предоставлена Генеральному прокурору штата Нью-Йорк.

В случае участия в преступных действиях Medicaid информация будет предоставлена Главному инспектору офиса Medicaid штата Нью-Йорк.

В случае участия в преступных действиях Управления по проблемам людей с нарушениями развития информация будет предоставлена этому Управлению.

В случае участия в преступных действиях Центра правосудия информация будет предоставлена этому Центру.

В случае участия в преступных действиях Департамента образования штата Нью-Йорк информация будет предоставлена ACCES-VR.

При необходимости возможно обращение в другие инстанции.

WNYIL обязан инициировать соответствующие дисциплинарные меры в отношении лица или лиц, поведение которых было преднамеренным, умышленно безразличным или совершено с грубым пренебрежением правил Medicaid и других программных законов и положений. В случае обнаружения намерения потребителей участвовать в преднамеренном, умышленно равнодушном или халатном игнорировании правил Medicaid и программных законов и нормативных актов, они больше не смогут получать услуги от WNYIL.

Другое несоблюдение. Если в ходе расследования будут выявлены проблемы со счетами или другие проблемы, которые не являются результатом преднамеренного, умышленного, безразличного поведения или халатного игнорирования законов и положений соответствующей программы, WNYIL Inc., тем не менее, обязан предпринять следующие шаги:

а. Неправомерные платежи. Если в результате проблемы возникают дублирующие платежи от источника финансирования или платежи за услуги, которые не были выполнены или оказаны, помимо заявленных, он должен:

i. Незамедлительно исправить неверную практику или процедуру.

ii. Рассчитать и вернуть соответствующему государственному органу дублирующие платежи или неправомерные платежи, осуществленные в результате действия или бездействия.

iii. Инициировать дисциплинарные меры, если таковые имеются, которые могут быть уместны с учетом фактов и обстоятельств. Соответствующие дисциплинарные меры могут включать следующие, но не ограничиваются ими: выговор, понижение в должности, отстранение от должности и увольнение.

iv. Оперативно организовать программу обучения в соответствующем бизнес-подразделении, чтобы предотвратить возникновение подобных проблем в будущем.

b. Нет неправомерного платежа. Если проблема приводит или не приводит к излишне уплаченной сумме программой, WNYIL Inc. обязуется:

i. Незамедлительно исправить дефектную практику или процедуру.

ii. Инициировать дисциплинарные меры, если таковые имеются, которые могут быть уместны с учетом фактов и обстоятельств. Соответствующие дисциплинарные меры могут включать, но не ограничиваются следующим: выговор, понижение в должности, отстранение от должности и увольнение.

iii. Оперативно организовать программу обучения в соответствующем бизнес-подразделении, чтобы предотвратить возникновение подобной проблемы в будущем.

**H. ЭЛЕМЕНТ № 8: ПОЛИТИКА ЗАЩИТЫ СОТРУДНИКОВ ОТ ПРЕСЛЕДОВАНИЯ И УГРОЗ ЗА СООБЩЕНИЕ О НЕПРАВОМЕРНЫХ ДЕЙСТВИЯХ**

WNYIL требует, чтобы его директора, должностные лица, сотрудники и волонтеры (каждый из которых является «Неприкосновенным лицом») соблюдали высокие стандарты деловой и личной этики при исполнении своих обязанностей от имени Агентства. От сотрудников и представителей Агентства ожидается, что Неприкосновенные лица будут честно и добросовестно исполнять свои обязанности и соблюдать все применимые законы и правила.

Цели настоящей Политики защиты лиц, совершающих служебные разоблачения, заключаются в поощрении и предоставлении возможности Неприкосновенным лицам, не опасаясь мести, выражать обеспокоенность по поводу предполагаемого неэтичного и/или незаконного поведения или практики на конфиденциальной и, при желании, анонимной основе, чтобы Агентство могло принять меры и скорректировать ненадлежащее поведение и действия.

**Ответственность за передачу информации**

Все Неприкосновенные лица обязаны добросовестно сообщать о любой обеспокоенности, возникающей в связи с фактической или предполагаемой деятельностью, которая может быть незаконной или может нарушать политику Агентства. К такой деятельности относятся, среди прочего, мошенничество, кражи, растраты, нарушения бухгалтерского учета или аудита, взяточничество, откаты и ненадлежащее использование активов Агентства, а также любые нарушения или предполагаемые нарушения высоких деловых и личных этических стандартов в той мере, в какой такие стандарты относятся к Агентству (каждое из которых представляет собой «Ситуацию, вызывающую обеспокоенность») в соответствии с настоящей Политикой защиты лиц, совершающих служебные разоблачения.

**Защита от преследований**

Неприкосновенное лицо, добросовестно сообщающее о Ситуации, вызывающей обеспокоенность, не должно из-за такого сообщения подвергаться угрозам, преследованию, мести, дискриминации или неблагоприятным последствиям на работе. Информация, содержащаяся в данном документе, не подразумевает предоставление любому Неприкосновенному лицу каких-либо дополнительных прав или оснований для действий, кроме тех, которые предусмотрены законом.

**Уведомление о Ситуациях, вызывающих беспокойство**

В случае возникновения какой-либо Ситуации, вызывающей обеспокоенность, необходимо в кратчайшие сроки проинформировать Председателя Комитета по регулированию Агентства («CHRCO»). Любой вопрос, касающийся объема и содержания, толкования или действия

настоящей Политики защиты уведомляющих о подозрениях в совершении неправомерного действия, также должен направляться CHRCO.

**Специалист по правовым вопросам**

CHRCO отвечает за расследование и решение всех заявленных проблем и информирует Комитет по регулированию обо всех заявленных поводах для беспокойства. CHRCO или его уполномоченные лица должны отчитываться перед Советом директоров на каждом плановом заседании Правления о деятельности по регулированию.

**Расследования**

CHRCO может делегировать ответственность за расследование ситуации, вызывающей обеспокоенность, будь то проблема бухгалтерского учета или иная ситуация, одному или нескольким сотрудникам Агентства или любому другому лицу, включая лиц, не нанятых агентством, выбранных CHRCO; при условии, что CHRCO не может делегировать такую ответственность работнику или другому лицу, фигурирующему в сообщении о проблеме, или таким образом, что это может поставить под угрозу либо личность сотрудника, который сообщил о проблеме анонимно, либо конфиденциальность жалобы или последующее расследование. Сотрудники и потребители должны сотрудничать со следствием.

**Добросовестность действий**

Любое лицо, сообщающее о Ситуации, вызывающей обеспокоенность, должно действовать добросовестно и иметь разумные основания полагать, что раскрытая информация может указывать на нарушение закона и/или этических норм. Любые обвинения, которые окажутся злоумышленными или заведомо ложными, будут рассматриваться как серьезное дисциплинарное нарушение.

**Конфиденциальность**

Агентство серьезно относится к своей ответственности за обеспечение соблюдения настоящей Политики защиты уведомляющих о подозрениях в совершении неправомерного действия, и поэтому рекомендует любому лицу, сообщившему о проблеме, указывать свои личные данные, чтобы облегчить любое последующее расследование. Несмотря на вышесказанное, сообщая о проблеме, неприкосновенное лицо может потребовать, чтобы такой отчет был конфиденциальным (включая разумные меры Агентства по обеспечению анонимности личности сообщающего лица). О ситуациях, вызывающих обеспокоенность, также можно сообщать анонимно. Сообщения о ситуациях, вызывающих обеспокоенность, будут храниться максимально конфиденциально в соответствии с необходимостью проведения адекватного расследования.

**Обработка зарегистрированных сообщений с информацией о ситуациях, вызывающих обеспокоенность**

CHRCO обязан подтверждать получение каждого сообщения с информацией о ситуации, вызывающей обеспокоенность, в течение пяти рабочих дней, но только если будет указана личная информация сообщающего лица или обратный адрес. Все сообщения подлежат оперативному расследованию. Определение масштаба любого расследования находится на усмотрении Комитета по регулированию. Соответствующие корректирующие действия будут предприняты в случае их обоснованности расследованием.

**Документация**

Комитет по регулированию обязан хранить на основе строгой конфиденциальности в течение семи лет (или иным образом, как того требует политика хранения документации Агентства) все записи, касающиеся любой ситуации, вызывающей обеспокоенность, а также расследования и

ее разрешения. Все такие записи являются конфиденциальными для Агентства. Данные записи считаются «особыми» и не подлежат разглашению.

**НЕКОТОРЫЕ ФЕДЕРАЛЬНЫЕ И ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ЗАКОНЫ**

**I. МОШЕННИЧЕСТВО И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ЗАКОНАМИ**

**A. Федеральные законы**

**Закон о неправомерных претензиях (31 USC §§3729-3733)**

Закон о неправомерных претензиях («FCA») в соответствующей части предусматривает следующее:

Любое лицо, которое (1) сознательно представляет или заставляет быть представленным должностному лицу или сотруднику правительства Соединенных Штатов ... ложное или мошенническое требование об оплате или подтверждении; (2) сознательно создает, использует или вызывает создание или использование ложного сообщения или заявления с целью получения ложного или мошеннического требования, оплаченного или одобренного Правительством; (3) совершает мошенничество с целью обмана правительства путем получения ложного или мошеннического требования, оплаченного или одобренного правительством ... или (7) сознательно создает, использует или мотивирует, чтобы сделать или использовать ложное сообщение или заявление, чтобы скрыть, избежать или уменьшить обязательство по выплате или передаче денег или имущества правительству, несет ответственность перед правительством Соединенных Штатов в виде административного штрафа в сумме от 10 781,40$, но не более 21 562,80$ плюс 3-кратный размер ущерба, причиненного правительству в результате действия данного лица.

Для целей данного раздела термины «знать» и «сознательно» означают, что лицо (1) имеет фактическое знание информации, (2) действует с обдуманным непринятием во внимание истинности или ложности информации; или (3) действует с опрометчивым пренебрежением в отношении правдивости или ложности информации, при этом не требуется никаких доказательств конкретного намерения обмануть (31 USC §3729).

Закон о неправомерных претензиях налагает ответственность на любое лицо, подающее претензию в федеральное правительство, которая, как он или она знает (или должен знать), является неправомерной. Закон о неправомерных претензиях также налагает ответственность на лицо, сознательно представляющее фальшивую информацию для получения платежей от правительства. Третья область ответственности включает те случаи, когда кто-либо получает деньги от федерального правительства, на которые он не имеет права, и использует ложные заявления или записи, чтобы удержать деньги. FCA предусматривает, что частные стороны могут подать иск от имени Соединенных Штатов. Такое лицо, известное как «заявитель qui tam», может получить вознаграждение в виде части взыскания, наложенного на виновную сторону, от иска или урегулирования FCA.

Меры административной защиты от неправомерных претензий (31 USC Глава 38. §§3801-3812)

Этот закон допускает административные взыскания федеральными агентствами. Если лицо предъявляет претензию, которая, как известно, является ложной или содержит ложную информацию, или опускает существенную информацию, то агентство, получающее претензию, может наложить штраф в размере до 5000 $ за каждую претензию плюс сумму, равную двойной сумме требования.

**B. Законы штата Нью-Йорк**

**Закон о неправомерных претензиях штата Нью-Йорк (Закон о финансировании на уровне штата, §§187-194)**

Закон штата Нью-Йорк о неправомерных требованиях аналогичен федеральному закону о ложных требованиях. Он налагает штрафы и взыскания на физических и юридических лиц, которые подают ложные или мошеннические требования о выплате от любого штата или местного правительства, включая программы здравоохранения, такие как Medicaid. Штраф за подачу ложной претензии составляет от 10 781,40 $ до 21 562,80 $ за претензию, а возмещаемый ущерб в два-три раза превышает сумму неправомерно полученной суммы. Кроме того, сторона, которая подает неправомерную претензию, возможно, должна будет оплатить судебные издержки правительства. Частные лица могут подавать иски в суд штата от имени сторон штата или местных органов власти. Если в результате судебного разбирательства сторона, подавшая ложное требование, получит предписание вернуть средства правительству, лицо, инициировавшее дело, сможет получить 25-30% этой суммы, если правительство не участвовало в судебном процессе, или 15-25%, если правительство участвовало.

**Закон о предоставлении социальных услуг §145-b: Ложные заявления**

Нарушением этого закона является намеренное получение или попытка получения оплаты за товары или услуги, предоставляемые в рамках любой программы предоставления социальных услуг, включая Medicaid, путем использования ложного заявления, преднамеренного сокрытия или другой мошеннической схемы или другого способа. Штат, местные районные социальные службы и министерство здравоохранения могут взыскать неправильно уплаченные суммы и наложить штрафы и пени.

**Закон о предоставлении социальных услуг §145-c: Санкции**

Закон предусматривает санкции, которые налагаются на лицо, подающее заявку или получающее государственную помощь, включая Medicaid, путем преднамеренного ложного или вводящего в заблуждение заявления.

**Закон о предоставлении социальных услуг §145: Штрафы**

Любое лицо, подающее ложные заявления или намеренно скрывающее существенную информацию для получения государственной помощи, включая Medicaid, является виновным в совершении правонарушения.

**Закон о предоставлении социальных услуг §366-b: Штрафы за мошеннические действия**

Любое лицо, которое получает или пытается получить для себя или других лиц медицинскую помощь посредством ложного заявления, сокрытия существенных фактов, подмены или других мошеннических действий, является виновным в совершении правонарушения.

Любое лицо, которое с целью обмана представляет для оплаты любую ложную или мошенническую претензию в отношении предоставления услуг, сознательно представляет ложную информацию для получения большей компенсации по программе Medicaid или сознательно представляет ложную информацию для получения разрешения на предоставление товаров или услуг, является виновным в совершении правонарушения.

**Уголовное право, Статья 155, Незаконное присвоение имущества**

Незаконное присвоение имущества совершается лицом, которое, имея намерение лишить другого его имущества, получает, забирает или удерживает имущество посредством ухищрения, растраты, лживого притворства, ложного обещания, в том числе схемы обмана или другого подобного поведения. Незаконное присвоение имущества было изменено в некоторых случаях мошенничества с Medicaid.

**Уголовное право, Статья 175, Ложные письменные заявления**

Этот закон устанавливает уголовное наказание за фальсификацию деловой документации и предоставление поддельных документов государственному органу.

**Уголовный закон, Статья 176, Страховое мошенничество**

Этот закон устанавливает уголовное наказание за мошенничество при страховании, включая ложные требования к Medicaid и другим медицинским страховым компаниям.

**Уголовный закон, Статья 177, Мошенничество в сфере оказания медицинских услуг**

Этот закон устанавливает уголовную ответственность за мошеннические требования по оплате медицинского страхования, включая Medicaid.

**II. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ЗАЩИТЫ ЛИЦ, СОВЕРШАЮЩИХ СЛУЖЕБНЫЕ РАЗОБЛАЧЕНИЯ**

**Федеральный закон о неправомерных претензиях (31 USC §3730 (h)**

FCA предоставляет защиту заявителям, сообщившим о преступлении (qui tam), которых увольняют, понижают в должности, отстраняют от работы, угрожают, преследуют или каким-либо иным образом подвергают дискриминации на работе в результате их действия в рамках FCA. Средства правовой защиты включают: восстановление с аналогичным стажем работы, который был бы у заявителя qui tam, если бы не дискриминация, двукратную сумму любой просроченной выплаты, проценты за любую просроченную выплату и компенсацию за любой особый ущерб, понесенный в результате дискриминации, включая судебные издержки и разумные гонорары адвоката.

**Закон о неправомерных претензиях штата Нью-Йорк (Закон о финансировании на уровне штата §191)**

Закон о неправомерных претензиях также обеспечивает защиту заявителям qui tam, которых увольняют, понижают в должности, отстраняют от должности, угрожают, преследуют или каким-либо иным образом подвергают дискриминации на работе по причине их действия в соответствии с Законом. Средства правовой защиты включают: восстановление с аналогичным стажем работы, который был бы у заявителя qui tam, если бы не дискриминация, двукратную сумму любой просроченной выплаты, проценты за любую просроченную выплату и компенсацию за любой особый ущерб, понесенный в результате дискриминации, включая судебные издержки и разумные гонорары адвоката.

**Трудовое законодательство штата Нью-Йорк §740**

Работодатель не вправе предпринимать какие-либо ответные действия в отношении сотрудника, если тот раскрывает информацию о политике, практике или действиях работодателя регулирующему, правоохранительному или иному аналогичному агентству или государственному должностному лицу. Защищенные разоблачения — это разоблачения, которые утверждают, что работодатель нарушает закон, что создает существенную и конкретную опасность для здоровья и безопасности населения, или представляет собой мошенничество в сфере здравоохранения в соответствии с Уголовным законом §177 (умышленное, с намерением обмануть, выставление требования на оплату, которое намеренно содержит ложную информацию или упущения). Разоблачение сотрудника защищено только в том случае, если сотрудник сначала поднял вопрос перед руководителем и предоставил работодателю разумную возможность исправить предполагаемое нарушение. Если работодатель предпринимает ответные меры против сотрудника, то тот может обратиться в суд штата с требованием восстановления на прежней или аналогичной должности, возврата любой потерянной заработной платы и пособий, а также возмещения гонораров адвоката. Если работодатель является поставщиком медицинских услуг и суд считает, что ответные действия работодателя были недобросовестными, он может наложить на работодателя административное взыскание в размере 10 000$.

**Трудовое законодательство штата Нью-Йорк §741**

Работодатель в сфере здравоохранения не должен предпринимать какие-либо ответные меры в отношении сотрудника, если тот раскрывает определенную информацию о политике, практике или действиях работодателя регулирующему, правоохранительному или иному аналогичному агентству или государственному должностному лицу. Защищенные разоблачения — это разоблачения, утверждающие на принципе добросовестности, что сотрудник считает качество

обслуживания пациентов ненадлежащим. Раскрытие информации работодателем защищено только в том случае, если работник сначала поставил вопрос перед руководителем и предоставил работодателю разумную возможность исправить предполагаемое нарушение, если только общественности или пациенту не угрожает опасность, а работник добросовестно полагает, что информирование руководителя не приведет к корректирующим действиям. Если работодатель предпринимает ответные меры против сотрудника, то тот может обратиться в суд штата с требованием восстановления на прежней или аналогичной должности, возврата любой потерянной заработной платы и пособий, а также возмещения гонораров адвоката. Если работодатель является поставщиком медицинских услуг и суд посчитает, что ответные действия работодателя были злонамеренными, он может наложить на работодателя административное взыскание в размере 10 000 $.