LISTA DE VERIFICACIÓN DEL ASISTENTE PERSONAL

**Nombre del Asistente Personal**

Nombre de pila Inicial del segundo nombre Apellido

**Fecha de la orientación**

**Carpeta de legajo (manila)**

\_\_\_\_\_\_ Solicitud

\_\_\_\_\_\_ Forma de pago

\_\_\_\_\_\_ Tarjeta RapidPay

\_\_\_\_\_\_ Lista de referencias

\_\_\_\_\_\_ Cuestionario EEO

\_\_\_\_\_\_ W-4

\_\_\_\_\_\_ Informe de antecedentes

\_\_\_\_\_\_ Autorización para divulgar información

\_\_\_\_\_\_ Empleado BRR

\_\_\_\_\_\_ LS-54 (9/ABR/11)

\_\_\_\_\_\_ Video de seguridad

\_\_\_\_\_\_ Prueba de espalda

\_\_\_\_\_\_ Lista de verificación de la orientación

\_\_\_\_\_\_ Declaración jurada de cumplimiento corporativo

**Legajo de salud (rojo) Carpeta de identificación**

\_\_\_\_\_ Evaluación anual de salud \_\_\_\_\_ 1-9

\_\_\_\_\_ PPD anual (prueba de TB) o rayos X \_\_\_\_\_ Licencia de conducir \_\_\_\_\_ Tarjeta SS

\_\_\_\_\_Título de Registros de vacunación (MMR) \_\_\_\_\_ Pasaporte \_\_\_\_\_ Identificación con foto

\_\_\_\_\_ Certificado de nacimiento

Notas adicionales:

**SOLICITUD DE CDPAS**

Nombre:

Primer Segundo Apellido

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono celular: ( ) casa: ( )

Contacto de emergencia:

Nombre Número

Contacto alternativo Nombre Número

**Domicilio postal**: (**SOLO** si es diferente a la dirección anterior)

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

**Nombre (del empleador/consumidor):**

Teléfono ( ) Relación

**Entiendo que al completar esta solicitud no hay ninguna promesa implícita o explícita de obtención de empleo, para que sea contratado por cualquier empleador de CDPAS o por Western New York Independent Living, Inc. (WNYIL). Si un consumidor elige contratarme después de que se lleve a cabo mi entrevista (por el consumidor/empleador), entonces me convertiré en un empleado del empleador/consumidor y WNYIL/CDPAS.**

**Además, entiendo que Western New York Independent Living, Inc. cumple totalmente con la Ley Federal de Trabajo Libre de Drogas de 1988. Además, entiendo que no puedo trabajar para mi propio cónyuge o menor de 21 años bajo el programa CDPAS y recibir el pago de WNYIL. También entiendo que no puedo vivir con mi empleador/consumidor sin autorización previa.**

**FIRMA DEL ASISTENTE PERSONAL:**

**FECHA:**

CDPA-1/JUL/19

**MÉTODO DE PAGO AUTORIZADO**

**NOMBRE EN LETRA IMPRENTA FECHA**

**FIRMA**

**OPCIONES DE DEPÓSITO DIRECTO: Por favor marque la Opción 1 o la Opción 2:**

**1.** □ **Su cuenta de depósito directo**

Tipo de cuenta (marque la casilla que corresponda): Cuenta corriente □  
Caja de ahorro □

\*\*(Se puede proporcionar un cheque anulado o un extracto bancario de depósito directo)

Nombre del banco:

Código de identificación (siempre tiene 9 dígitos)

Número de cuenta (El número de dígitos varía según el banco)

**2.** □ **Tarjeta RapidPay emitida a través de WNYIL**

Su pago se depositará automáticamente en esta tarjeta prepaga cada día de pago. Y se le enviará un recibo de pago.

**\*\*\*\* Su primer cheque de pago se le enviará por correo o puede recogerlo de 11:00 a. m. a 4:45 p. m. los días de pago**

**Información de referencia del Asistente Personal**

**NOMBRE: FECHA:**

Enumere tres referencias confiables y verificables, junto con su dirección o número(s) de teléfono

**Referencia n.° 1 (Empleador anterior/actual)**

Nombre:

Dirección:

Ciudad, Estado

y Código postal:

Número de teléfono ( ) Numero de celular ( )

**Referencia n.° 2 (Personal)**

Nombre:

Dirección:

Ciudad, Estado

y Código postal:

Número de teléfono ( ) Numero de celular ( )

**Referencia n.° 3 (Personal)**

Nombre:

Dirección:

Ciudad, Estado

y Código postal:

Número de teléfono ( ) Numero de celular ( )

CDPA-1/JUL/19

**CUESTIONARIO DE LA EEOC DEL ASISTENTE PERSONAL**

**Nombre del** **ASISTENTE** **PERSONAL:**

**Dirección:**

**Ciudad: Estado: Código postal:**

**Teléfono:**

**¿Cuál es su género** ***(marque uno)*?**Masculino □ Femenino □

**¿Cuál es su origen étnico/raza** ***(marque uno)*?**

Blanco □Negro/Afroamericano □Hispano o Latino □Asiático □

Nativo de Alaska/Indio Americano □Nativo de Hawái/Otro Isleño del Pacífico □

Dos o más razas □Otros □

**¿Tiene una discapacidad de EEO (marque una)?** Física **□**

Audición □ Mental Emocional □ Cognitiva □ Múltiple □

Visual □ No tiene discapacidad □

**¿Cuál considera su idioma principal?**

**¿Es usted un veterano de los Estados Unidos (marque uno)?** Sí □ No□

**En caso afirmativo, marque uno de los siguientes:** Veterano discapacitado □ Fuerzas Armadas □

Medalla de Veterano □ Otro veterano protegido □ Veterano de la era de Vietnam □

*(Esta información es necesaria para las normas federales de informes de empleo. Gracias por su tiempo).*

CDPA-1/JUL/19

**Formulario W-4 (2019)**

**Acontecimientos futuros**. Para obtener la información más reciente sobre cualquier acontecimiento futuro relacionado con el Formulario W-4, como la legislación promulgada después de su publicación, visite www.irs.gov/FormW4.

**Propósito**. Complete el Formulario W-4 para que su empleador pueda retener el impuesto federal sobre la renta correcto de su paga. Considere completar un nuevo Formulario W-4 cada año y cuando cambie su situación personal o financiera.

**Exención de retención**. Puede reclamar la exención de retención para 2019 si se aplican los dos siguientes casos.

• Para 2018, tenía derecho a un reembolso de todos los impuestos federales sobre la renta retenidos porque no tenía responsabilidad fiscal, y

• Para 2019 espera un reembolso de todos los impuestos federales sobre la renta retenidos porque espera no tener responsabilidad fiscal.

Si está exento, complete solo las líneas 1, 2, 3, 4 y 7 y firme el formulario para validarlo. Su exención para 2019 vence el 17 de febrero de 2020. Ver Pub. 505, Retención de impuestos e impuesto estimado, para obtener más información sobre si califica para la exención de retención.

**Instrucciones generales**

Si no está exento, siga el resto de estas instrucciones para determinar la cantidad de deducción fiscal que debe reclamar para la retención para 2019 y cualquier monto adicional de impuestos que haya retenido. Para los salarios regulares, la retención debe basarse en las deducciones que usted solicitó y no puede ser una cantidad fija o un porcentaje de los salarios.

También puede usar la calculadora en ***www.irs.gov/W4App*** para determinar su retención de impuestos con mayor precisión. Considere usar esta calculadora si tiene una situación fiscal más complicada, como si tiene un cónyuge que trabaja, más de un trabajo o una gran cantidad de ingresos no salariales que no están sujetos a retenciones fuera de su trabajo. Después de que su Formulario W-4 entre en vigencia, también puede usar esta calculadora para ver cómo la cantidad de impuestos que ha retenido se compara con su impuesto total proyectado para 2019. Si usa la calculadora, no necesita completar ninguna de las hojas de trabajo para el Formulario W-4.

Tenga en cuenta que si se le retiene demasiados impuestos, recibirá un reembolso cuando presente su declaración de impuestos. Si se le retienen muy pocos impuestos, deberá pagar impuestos cuando presente su declaración de impuestos, y es posible que deba una multa.

**Declarantes con múltiples trabajos o cónyuges que trabajan**. Si tiene más de un trabajo a la vez, o si está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también está trabajando, lea todas las instrucciones, incluidas las instrucciones para la Hoja de trabajo de Doble salario/Trabajos múltiples antes de comenzar.

**Ingresos no salariales.** Si tiene una gran cantidad de ingresos no salariales no sujetos a retención, como intereses o dividendos, considere realizar pagos de impuestos estimados utilizando el Formulario 1040-ES, Impuesto estimado para individuos. De lo contrario, podría deber impuestos adicionales. O bien, puede usar la Hoja de trabajo de deducciones, ajustes e ingresos adicionales en la página 3 o la calculadora en www.irs.gov/W4App para asegurarse de que tenga suficientes impuestos retenidos de su cheque de pago. Si tiene ingresos de pensión o anualidad, vea la Pub. 505 o use la calculadora en www.irs.gov/W4App para averiguar si debe ajustar su retención en el Formulario W-4 o W-4P.

Extranjero no residente. Si es un extranjero no residente, consulte el Aviso 1392, Instrucciones complementarias del Formulario W-4 para Extranjeros no residentes, antes de completar este formulario.

**Instrucciones específicas**

**Hoja de trabajo de deducciones personales**

Complete esta hoja de trabajo en la página 3 primero para determinar la cantidad de deducciones por retención a reclamar.

**Línea C.** ***Jefe de familia, tenga en cuenta:*** en general, puede reclamar el estado civil del jefe de familia en su declaración de impuestos solo si no está casado y paga más del 50 % de los costos de mantener un hogar para usted y un individuo calificado. Ver Pub. 501 para obtener más información sobre el estado civil.

**Línea E. Crédito tributario por hijos.** Cuando presente su declaración de impuestos, puede ser elegible para reclamar un crédito tributario por hijos para cada uno de sus hijos elegibles. Para calificar, el niño debe ser menor de 17 años al 31 de diciembre, debe estar a su cargo y vivir con usted durante más de la mitad del año y debe tener un número de seguro social válido. Para obtener más información sobre este crédito, vea la Pub. 972, Crédito tributario por hijos. Para reducir el impuesto retenido de su pago teniendo en cuenta este crédito, siga las instrucciones en la línea E de la hoja de trabajo. En la hoja de trabajo se le preguntará sobre sus ingresos totales. Para este propósito, el ingreso total incluye todos sus salarios y otros ingresos, incluidos los ingresos obtenidos por un cónyuge si presenta una declaración conjunta.

**Línea F. Crédito para otros dependientes.** Cuando presente su declaración de impuestos, puede ser elegible para reclamar un crédito para otros dependientes para los cuales no se puede reclamar un crédito tributario por hijos, como un hijo calificado que no cumple con el requisito de edad o número de seguro social para el crédito fiscal por hijo, o un pariente calificado. Para obtener más información sobre este crédito, vea la Pub. 972. Para reducir el impuesto retenido de su pago teniendo en cuenta este crédito, siga las instrucciones en la línea F de la hoja de trabajo. En la hoja de trabajo, se le preguntará sobre sus ingresos totales. Para este propósito, total

**Separe aquí y entregue el Formulario W-4 a su empleador. Guarde la(s) hoja(s) de trabajo para sus registros.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Formulario **W-4**  Departamento del Servicio de Impuestos Internos del Tesoro | **Certificado de descuento por retención del empleado**  **► Su derecho a reclamar un cierto número de deducciones o exenciones de retención está sujeto a revisión por parte del IRS. Se le puede solicitar a su empleador que envíe una copia de este formulario al IRS.** | | | | | | | OMB NO. 1545-0074  **2019** | | |
| 1. Su nombre y la inicial del segundo nombre | | Apellido | | | 2 Su número de seguridad social | | | | | |
| Domicilio (número y calle o ruta rural) | | | **3** □Soltero □ Casado □Casado, pero retener a una tasa única más alta.  **Nota**: si es casado y presenta una declaración por separado, marque "Casado, pero retener a una tasa única más alta". | | | | | | | |
| Ciudad o pueblo, estado y código postal | | | **4 Si su apellido difiere del que aparece en su tarjeta de seguro social, marque aquí. Debe llamar al 800-772-1213 para obtener una tarjeta de reemplazo.**  ► □ | | | | | | | |
| 5 Número total de deducciones que solicita (de la hoja de trabajo correspondiente en las páginas siguientes) | | | | | | | | | **5** |  |
| 6 Cantidad adicional, si corresponde, que desea retener de cada cheque de pago | | | | | | | | | **6** | USD |
| 7 Reclamo exención de retención para 2019, y certifico que cumplo con las **dos** condiciones siguientes para la exención.  ● El año pasado tuve derecho a un reembolso de **todos** los impuestos federales retenidos porque **no** tuve obligación tributaria, **y**  ● Este año espero un reembolso de **todos** los impuestos federales sobre la renta retenidos porque espero no tener responsabilidad fiscal. | | | | | | | | |  | |
| Si cumple ambas condiciones, escriba "Exento" aquí ► | | | | | **7** |  | | | | |
| Bajo pena de perjurio, declaro que he examinado este certificado y, según mi leal saber y entender, es verdadero, correcto y completo.  **Firma del empleado**  (Este formulario no es válido a menos que lo firme). ► Fecha ► | | | | | | | | | | |
| 8 Nombre y dirección del empleador (Empleador. Complete las casillas 8 y 10 si envía al IRS y complete las casillas 8, 9 y 10 si envía al Directorio Estatal de Nuevas Contrataciones). | | | | 9 Primera fecha de empleo | | | 10 Número de identificación del empleador (EIN) | | | |

Para ver la Ley de privacidad y el Aviso de la Ley de reducción de trámites, consulte la página 4. Cat. No. 10220Q Formulario **W-4** (2019)

Formulario W-4 (2019) Página 2

Los ingresos incluyen todos sus salarios y otros ingresos, incluidos los ingresos obtenidos por un cónyuge si presenta una declaración conjunta.

**Línea G. Otros créditos**. Es posible que pueda reducir el impuesto retenido de su cheque de pago si espera reclamar otros créditos fiscales, como los créditos fiscales para educación (ver Pub. 970). Si lo hace, su cheque de pago será mayor, pero el monto de cualquier reembolso que reciba cuando presente su declaración de impuestos será menor. Siga las instrucciones para la Hoja de trabajo 1 a 6 en la Pub. 505 si desea reducir su retención para tener en cuenta estos créditos. Ingrese "-0-" en las líneas E y F si usa la Hoja de trabajo 1 a 6.

**Hoja de trabajo de deducciones, ajustes e ingresos adicionales**

Complete esta hoja de trabajo para determinar si puede reducir el impuesto retenido de su cheque de pago para contabilizar sus deducciones detalladas y otros ajustes a los ingresos, como las contribuciones de IRA. Si lo hace, su reembolso al final del año será menor, pero su cheque de pago será mayor. No está obligado a completar esta hoja de trabajo ni a reducir su retención si no desea hacerlo.

También puede usar esta hoja de trabajo para calcular cuánto aumentar el impuesto retenido de su cheque de pago si tiene una gran cantidad de ingresos no salariales no sujetos a retención, como intereses o dividendos.

Otra opción es tener en cuenta estos artículos y hacer que su retención sea más precisa mediante el uso de la calculadora en *www.irs.gov/W4App*. Si usa la calculadora, no necesita completar ninguna de las hojas de trabajo para el Formulario W-4.

**Hoja de trabajo de doble salario/Trabajos múltiples**

Complete esta hoja de trabajo si tiene más de un trabajo a la vez o si está casado y presenta una declaración conjunta y tiene un cónyuge que trabaja. Si no completa esta hoja de trabajo, es posible que le retengan muy pocos impuestos. De ser así, deberá pagar impuestos cuando presente su declaración de impuestos y podría estar sujeto a una multa.

Calcule el número total de deducciones que tiene derecho a reclamar y cualquier cantidad adicional de impuestos a retener en todos los trabajos utilizando hojas de trabajo de solo un Formulario W-4. Reclame todas las deducciones en el formulario W-4 que usted o su cónyuge presenten para el trabajo mejor pagado de su familia y reclame cero deducciones en los formularios W-4 presentados para todos los demás trabajos. Por ejemplo, si gana USD 60.000 por año y su cónyuge gana USD 20.000, debe completar las hojas de trabajo para determinar qué ingresar en las líneas 5 y 6 de su Formulario W-4, y su cónyuge debe ingresar cero ("-0-") en las líneas 5 y 6 de su Formulario W-4. Ver Pub. 505 para obtener más detalles.

Otra opción es utilizar la calculadora en *www.irs.gov/W4App* para que su retención sea más precisa.

**Consejo**: si tiene un cónyuge que trabaja y sus ingresos son similares, puede marcar la casilla "Casado, pero retener a una tasa única más alta" en lugar de utilizar esta hoja de trabajo. Si elige esta opción, cada cónyuge debe completar la Hoja de trabajo de deducciones personales y marcar la casilla "Casado, pero retener a una tasa única más alta" en el Formulario W-4, pero solo un cónyuge debe reclamar las deducciones para créditos o completar la Hoja de trabajo de deducciones, ajustes e ingresos adicionales.

**Instrucciones para el empleador**

**Empleados, no completen las casillas 8, 9 o 10. Su empleador completará estas casillas si es necesario.**

**Informes de nuevas contrataciones.** Por ley, los empleadores deben informar a los nuevos empleados a un Directorio Estatal de Nuevas Contrataciones designado. Los empleadores pueden usar el Formulario W-4, casillas 8, 9 y 10 para cumplir con el requisito de informe de nueva contratación para un empleado recién contratado. Un empleado recién contratado es un empleado que no ha sido empleado previamente por el empleador, o que anteriormente estuvo empleado por el empleador pero que ha estado separado de dicho empleo anterior durante al menos 60 días consecutivos. Los empleadores deben comunicarse con el Directorio Estatal de Nuevas Contrataciones apropiado para averiguar cómo presentar una copia del Formulario W-4 completo. Para obtener información y enlaces a cada Directorio Estatal de Nuevas Contrataciones designado (incluidos los territorios de EE. UU.), visite ***www.acf.hhs.gov/css/employers.***

Si un empleador está enviando una copia del Formulario W-4 a un Directorio Estatal de Nuevas Contrataciones designado para cumplir con el requisito de informe de nuevas contrataciones para un empleado recién contratado, complete los recuadros 8, 9 y 10 de la siguiente manera.

**Casilla 8.** Ingrese el nombre y la dirección del empleador. Si el empleador está enviando una copia de este formulario a un Directorio Estatal de Nuevas Contrataciones, ingrese la dirección donde los organismos de protección de la infancia deben enviar las órdenes de retención de ingresos.

**Casilla 9.** Si el empleador envía una copia de este formulario a un Directorio Estatal de Nuevas Contrataciones, ingrese la primera fecha de empleo del empleado, que es la fecha en que el empleado realizó por primera vez los servicios de pago. Si el empleador volvió a contratar al empleado después de que el empleado haya estado separado del servicio del empleador durante al menos 60 días, ingrese la fecha de recontratación.

**Casilla 10**. Ingrese el número de identificación de empleador del empleador (EIN).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\Paula\AppData\Local\Temp\FineReader12.00\media\image1.jpeg | **Departamento de Impuestos y Finanzas**  **Certificado de descuento por retención del empleado**  **Estado de Nueva York • Ciudad de Nueva York \* Yonkers** | | **IT-2104** | | |
| Nombre e inicial del segundo nombre Apellido | | Su número de seguridad social | | | |
| Domicilio permanente *(número y calle o ruta rural)* Número de apartamento | | Soltero o Jefe del grupo familiar □ Casado □  Casado, pero retener a una tasa única más alta. □  **Nota**: si está casado pero está legalmente separado, marque con una X la casilla *Soltero o Jefe de grupo familiar* | | | |
| Ciudad, pueblo u oficina postal Estado Código postal | |
| ¿Es residente de la ciudad de Nueva York? Sí □ No □  ¿Es residente de Yonkers? Sí □ No □  **Complete la hoja de trabajo en la página 3 antes de realizar cualquier entrada.** | | | |  | |
| 1 Número total de deducciones que reclama para el Estado de Nueva York y Yonkers, **si corresponde** *(de la línea 20)* | | | | **1** |  |
| 2 Número total de deducciones para la ciudad de Nueva York *(de la línea 35)* | | | | **2** |  |
|  | | | | | |
| **Use las líneas 3, 4 y 5 a continuación para realizar retenciones adicionales por período de pago bajo un acuerdo especial con su empleador.** | | | | | |
|  | | | | | |
| 3 Monto del estado de Nueva York | | | | **3** |  |
| 4 Monto de la ciudad de Nueva York | | | | **4** |  |
| 5 Monto de Yonkers | | | | **5** |  |

Certifico que tengo derecho a la cantidad de deducción fiscal reclamada en este certificado.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del empleado | Fecha |

**Sanción**: se puede imponer una multa de USD 500 por cualquier declaración falsa que haga que disminuya la cantidad de dinero que retuvo de su salario. También puede estar sujeto a sanciones penales.

**Empleado: separe esta página y entréguesela a su empleador; guarde una copia para sus registros.**

**Empleador: mantenga este certificado con sus registros.**

Marque una X en la casilla A y/o casilla B para indicar por qué está enviando una copia de este formulario al Estado de Nueva York (*consulte las instrucciones*):

A El empleado reclamó más de 14 deducciones de exención para el estado de Nueva York .................. A □

B El empleado es un nuevo empleado o un recontratado... B □Primera fecha en que el empleado realizó los servicios de pago *(mm-dd-aaaa) (ver instr.)*:

¿Los beneficios de seguro de salud para dependientes están disponibles para este empleado? .................Sí □ No □

En caso afirmativo, ingrese la fecha en que califica el empleado (*mm-dd-aaaa*):

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y dirección del empleador (Empleador: complete esta Sección solo si está enviando una copia de este formulario al Departamento de Impuestos del Estado de Nueva York). | Número de identificación de empleado |

**Instrucciones**

**Cambios vigentes para 2019**

El formulario IT-2104 ha sido revisado para el año fiscal 2019. Se permiten deducciones adicionales para los empleados cubiertos de empleadores que eligieron pagar el impuesto a los gastos de compensación del empleador y para los empleados que hicieron contribuciones al Fondo Fiduciario de Regalos Caritativos de Nueva York durante 2018.

La hoja de trabajo en la página 3 y los cuadros que comienzan en la página 4, utilizados para calcular las deducciones fiscales o para ingresar un monto adicional en dólares en las líneas 3, 4 o 5 han sido revisados. Si anteriormente presentó un Formulario IT-2104 y utilizó la hoja de trabajo o los cuadros, debe completar un nuevo Formulario IT-2104 para 2019 y entregárselo a su empleador.

**Quién debe presentar este formulario**

Este certificado, el Formulario IT-2104, lo completa un empleado y se lo entrega al empleador para indicarle al empleador cuánto impuesto del Estado de Nueva York (y la Ciudad de Nueva York y Yonkers) retener del pago del empleado. Cuantas más deducciones se soliciten, menor será la cantidad de impuestos retenidos.

Si no presenta el Formulario IT-2104, su empleador puede usar el mismo número de deducciones que solicitó en el Formulario W-4 federal. Debido a las diferencias en la legislación fiscal, esto puede resultar en la retención de una cantidad incorrecta de impuestos para el Estado de Nueva York, la Ciudad de Nueva York y Yonkers. Complete el Formulario IT-2104 cada año y preséntelo a su empleador si el número de deducciones que puede reclamar

es diferente del Formulario W-4 federal o ha cambiado. Las razones comunes para completar un nuevo Formulario IT-2104 cada año incluyen las siguientes:

• Comenzó un nuevo trabajo.

• Ya no es un dependiente.

• Sus circunstancias individuales pueden haber cambiado (por ejemplo, se casó o tiene un hijo más).

• Se mudó dentro o fuera de Nueva York o Yonkers.

• Usted detalla sus deducciones en su declaración de impuestos sobre la renta personal.

• Reclama deducciones para créditos del estado de Nueva York.

• Debía impuestos o recibió un gran reembolso cuando presentó su declaración de impuestos sobre la renta personal durante el año pasado.

• Su salario ha aumentado y espera ganar USD 107.650 o más durante el año fiscal.

• El ingreso total de usted y su cónyuge ha aumentado a USD 107.650 o más para el año fiscal.

• Tiene significativamente más o menos ingresos de otras fuentes o de otro trabajo.

• Ya no califica para la exención de retención.

Página **2** de 7 IT-2104 (2019)

\* El Servicio de Impuestos Internos le ha informado que tiene derecho a menos deducciones que las reclamadas en su Formulario W-4 federal original, y las deducciones rechazadas fueron reclamadas en su Formulario IT-2104 original.

**Exención de retención**

No puede usar el Formulario IT-2104 para reclamar exención de retención. Para reclamar la exención de la retención del impuesto sobre la renta, **debe** presentar el Formulario IT-2104-E, *Certificado de exención de retención*, a su empleador. Debe presentar un nuevo certificado cada año que califique para la exención. Esta exención de retención está permitida solo si no tuvo ninguna obligación tributaria sobre los ingresos de Nueva York en el año anterior, no espera ninguna en el año actual y es mayor de 65 años, menor de 18 años o estudiante a tiempo completo menor de 25 años. También puede reclamar una exención de retención si es cónyuge de un militar y cumple con las condiciones establecidas en la Ley de Ayuda Civil para Miembros del Servicio, modificada por la Ley de Ayuda Residencial para Cónyuges de Militares. Si usted es un dependiente menor de 18 años o un estudiante de tiempo completo, es posible que deba impuestos si su ingreso es superior a USD 3.100.

**Deducciones fiscales**

No puede reclamar una deducción fiscal para usted ni para su cónyuge. Reclame el número de deducciones fiscales que calcula en la Parte 1 y la Parte 5 de la hoja de trabajo en la página 3. Si desea que se retengan más impuestos, puede reclamar menos descuentos. **Si reclama más de 14 deducciones**, su empleador debe enviar una copia de su **Formulario IT-2104** al Departamento de Impuestos del Estado de Nueva York. Luego se le puede pedir que verifique sus deducciones. Si llega a deducciones negativas (menos de cero) en las líneas 1 o 2 y su empleador no puede acomodar deducciones negativas, ingrese 0 y vea la *cantidad adicional de dólares a* continuación.

**Ingresos de fuentes distintas a los salarios**: si tiene más de USD 1.000 de ingresos de fuentes distintas a salarios (como intereses, dividendos o pensión alimenticia que recibe), reduzca el número de deducciones reclamadas en la línea 1 y la línea 2 (si corresponde) del certificado IT-2104 en uno por cada USD 1.000 de ingresos no salariales. Si llega a las deducciones negativas (menos de cero), vea las *deducciones fiscales más* arriba. También puede considerar realizar pagos de impuestos estimados, especialmente si tiene montos significativos de ingresos no salariales. El impuesto estimado requiere que el empleado realice los pagos directamente al Departamento de Impuestos trimestralmente. Para obtener más información, consulte las instrucciones del Formulario IT-2105, *Comprobante de pago de impuestos estimado para individuos*, o consulte la sección *¿Necesita ayuda?* en la página 6.

**Otros créditos** (hoja de trabajo, línea 14): si será elegible para reclamar cualquier crédito que no sea el que figura en la hoja de trabajo, como un crédito fiscal de inversión, puede reclamar deducciones adicionales.

Encuentre su estado civil y su ingreso bruto ajustado para Nueva York (NYAGI) en el cuadro a continuación, y divida el monto de crédito esperado por el número indicado. Ingrese el resultado (redondeado al número entero más cercano) en la línea 14.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Soltero y NYAGI es:** | **jefe del grupo familiar y NYAGI es:** | **Casado y NYAGI es:** | **Divida el monto del crédito esperado por:** |
| Inferior a USD 215.400 | Inferior a  USD 269.300 | Inferior a USD 323.200 | 66 |
| Entre USD 215.400 y USD 1.077.550 | Entre USD 269.300 y USD 1.616.450 | Entre USD 323.200 y USD 2.155.350 | 68 |
| Superior a  USD 1.077.550 | Superior a  USD 1.616.450 | Superior a  USD 2.155.350 | 88 |

**Ejemplo**: *está casado y espera que su ingreso bruto ajustado de Nueva York sea inferior a USD 323.200. Además, espera recibir un flujo de crédito fiscal de inversión de la corporación S de la cual es accionista. El crédito fiscal de inversión será de USD 160. Divida el crédito esperado por 66. 160/66 = 2,4242. El margen de retención adicional sería 2. Ingrese 2 en la línea 14.*

**Parejas casadas con ambos cónyuges trabajando**: si usted y su cónyuge trabajan, cada uno debe presentar un certificado IT-2104 por separado con sus respectivos empleadores. Su retención coincidirá mejor con su impuesto total si el cónyuge con mayores salarios reclama todas las deducciones de la pareja y el cónyuge con menores salarios reclama cero deducciones. No reclame más deducciones totales de las que tiene derecho. Si su salario combinado es:

• **menor a** USD 107.650, cada uno debe marcar una **X** en la casilla *Casado, pero retener a una tasa única más alta* en el frente del certificado, y dividir el número total de deducciones que calcula en la línea 20 y la línea 35 (si corresponde) entre usted y su cónyuge que trabaja.

• USD 107.650 o más, use el cuadro(s) en la Parte 6 e ingrese el monto de retención adicional en dólares en la línea 3.

**Contribuyentes con más de un trabajo**: si tiene más de un trabajo, presente un certificado IT-2104 por separado con cada uno de sus empleadores. Asegúrese de reclamar solo el número total de deducciones a las que tiene derecho. Su retención coincidirá mejor con su impuesto total si reclama todas sus deducciones en el trabajo con mejor pago y cero deducciones en el trabajo que paga menos. Además, para asegurarse de que tiene suficiente retención de impuestos, si usted es un contribuyente individual o jefe del grupo familiar con dos o más trabajos, y sus salarios combinados de todos los trabajos son inferiores a USD 107.650, reduzca el número de deducciones en siete en la línea 1 y la línea 2 (si corresponde) en el certificado que presenta con el empleador que mejor paga su trabajo. Si llega a las deducciones negativas (menos de cero), vea la sección *Deducción fiscal más* arriba.

Si usted es un contribuyente individual o es el jefe del grupo familiar, y su salario combinado de todos sus trabajos está entre USD 107.650 y USD 2.263.265, use el cuadro(s) en la Parte 7 e ingrese el monto de retención adicional en dólares del cuadro en la línea 3.

Si usted es un contribuyente casado, y su salario combinado de todos sus trabajos es de USD 107.650 o más, use la(s) tabla(s) en la Parte 6 e ingrese el monto de retención adicional en dólares de la tabla en la línea 3 (Sustituya las palabras *Trabajo mejor remunerado por Salarios más altos* en la tabla).

**Dependientes**: si usted es dependiente de otro contribuyente y espera que sus ingresos superen los USD 3.100, debe reducir sus deducción fiscal en uno por cada USD 1.000 de ingresos superiores a USD 2.500. Esto asegurará que su empleador retenga suficientes impuestos.

Seguir las instrucciones anteriores ayudará a garantizar que no deba impuestos adicionales cuando presente su declaración.

**Jefes de hogar con un solo trabajo**: si va a utilizar el estado civil de jefe del grupo familiar en su declaración de impuestos estatal, marque la casilla de *Soltero o Jefe de grupo familiar* en el frente del certificado. Si solo tiene un trabajo, también puede solicitar dos deducciones fiscales adicionales en la línea 15.

**Monto(s) adicional(es) en dólares**

Puede solicitar a su empleador que retenga un monto adicional en dólares en cada período de pago completando las líneas 3, 4 y 5 en el Formulario IT-2104. En la mayoría de los casos, si calcula un número negativo de deducciones y su empleador no puede acomodar un número negativo, por cada deducción negativa reclamada debe retener USD 1,85 adicionales de impuestos por semana para la retención del Estado de Nueva York en la línea 3 y USD 0,80 adicionales de impuestos por semana para la retención de la ciudad de Nueva York en la línea 4. Los residentes de Yonkers deben usar el 16,75 % (0,1675) del monto del Estado de Nueva York para retenciones adicionales para Yonkers en la línea 5.

**Nota:** si está solicitando a su empleador que retenga un monto adicional en dólares en las líneas 3, 4 o 5 de este certificado de deducción, el monto adicional en dólares, según lo determinado por estas instrucciones o mediante el/los cuadro(s) en la Parte 6 o Parte 7, es exacto para una nómina semanal. Por lo tanto, si no se le paga semanalmente, deberá ajustar los montos en dólares que calcula. Por ejemplo, si le pagan quincenalmente, debe duplicar la cantidad de dólares calculada.

**Evitar las deducciones insuficientes**

El Formulario IT-2104, junto con las tablas de retención de su empleador, está diseñado para garantizar que la cantidad correcta de impuestos sea retenida de su pago. Si no se le retienen impuestos suficientes durante todo el año, es posible que deba una gran obligación tributaria cuando presente su declaración. El Departamento de Impuestos debe evaluar los intereses y puede imponer sanciones en ciertas situaciones además de la obligación tributaria. Incluso si no presenta una declaración, podemos determinar que debe el impuesto sobre la renta de las personas físicas, y podemos evaluar los intereses y las multas sobre la cantidad de impuestos que debería haber pagado durante el año.

**Empleadores**

**Casilla A**: si debe enviar una copia del Formulario IT-2104 de un empleado al Departamento de Impuestos porque el empleado solicitó más de 14 deducciones, marque una **X** en la casilla A y envíe una copia del Formulario IT-2104 a: **Departamento de Impuestos del Estado de Nueva York, Administrador de Auditoría de Impuestos sobre la Renta, Coordinador del Certificado de Retención, W A Harriman Campus, Albany NY 12227-0865.** Si el empleado también es un empleado nuevo o recontratado, consulte las instrucciones de la Casilla B. Consulte la Publicación 55, *Servicios de entrega privados designados*, si no utiliza el Correo Postal de los EE. UU.

**DIVULGACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA INFORMES DE CONSUMIDOR**

**Divulgación**

En relación con mi solicitud de empleo (incluidos los servicios por contrato o voluntarios) con Western New York Independent Living, Inc., entiendo que usted ("Compañía") solicitará informes de los consumidores. Estos informes pueden incluir, según lo permitido por la ley, los siguientes tipos de información, según corresponda: nombres y fechas de empleadores anteriores, experiencia laboral, educación, accidentes, licencia, crédito (según lo permitido por la ley; cuando sea necesario, se le presentará divulgaciones adicionales), etc. Además, entiendo que dichos informes pueden contener información de registros públicos, tales como, entre otros: mi historial de infracciones de tránsito, reclamos de indemnización laboral, sentencias, procedimientos de bancarrota, desalojos, antecedentes penales, etc., de agencias federales, estatales y otras que mantienen tales registros.

Además, informes de investigación de los consumidores (recopilados de entrevistas personales, según corresponda, con empleadores anteriores o propietarios, vecinos y asociados míos anteriores o actuales, etc.) para recopilar información sobre el desempeño de mi trabajo o como inquilino, el carácter, la reputación general y las características personales, y se puede obtener el modo de vida (estilo de vida).

Si me contratan, entiendo que mi empleador puede usar esta divulgación y autorización para continuar obteniendo dichos informes del consumidor durante mi empleo, período de contrato o servicio voluntario.

**Autorización**

**Por la presente autorizo la obtención de los informes de compras o de consumo y los informe de investigación del consumidor de la Compañía. Si me dan empleo (o me contratan), esta autorización permanecerá en el archivo y servirá como autorización continua para que la Compañía obtenga dichos informes en cualquier momento durante mi empleo, contrato o período de voluntariado. Autorizo sin reservas a cualquier persona, empresa o agencia contactada por la agencia de informes del consumidor a proporcionar la información mencionada anteriormente.**

**Esta autorización está condicionada a las siguientes representaciones de mis derechos;**

Entiendo que tengo derecho a hacer una solicitud a la agencia de informes del consumidor: **B&B Reporting, Inc.** ("Agencia"), 401 South Market Street, Scottsboro, AL 35768, (número de teléfono gratuito) 844-752-1356, previa identificación, para obtener copias de cualquier informe proporcionado a la Compañía por la Agencia y para solicitar la naturaleza y el contenido de **toda la información** en sus archivos sobre mí en el momento de mi solicitud, incluidas las fuentes de información, y la Agencia, en nombre de la Compañía, proporcionará una divulgación completa y precisa de la naturaleza y el alcance de la investigación cubierta por cualquier informe de investigación del consumidor. La Agencia también divulgará los destinatarios de dichos informes sobre mí a los que la Agencia ha proporcionado previamente informes, dentro del período de dos años para solicitudes de empleo, y un año para otros fines anteriores a mi solicitud (California tres años). Por la presente doy mi consentimiento para que la Compañía obtenga la información mencionada anteriormente de la Agencia. Entiendo que puedo disputar, en cualquier momento, cualquier información que sea inexacta en cualquier tipo de informe con la Agencia. Puedo ver la política de privacidad de la Agencia en su sitio web: www.bbreporting.com.

Entiendo que si la Compañía está ubicada en California, Minnesota u Oklahoma, tengo el derecho de solicitar una copia de cualquier informe que la Compañía reciba sobre mí en el momento en que se entregue el informe a la Compañía. Al marcar la siguiente casilla, solicito que me envíen una copia de todos los informes. Marque aquí: □

Como solicitante de California, entiendo que tengo el derecho según la Sección 1786.22 del Código Civil de California de contactar a la Agencia durante horas razonables (9:00 a. m. a 5:00 p. m. (zona horaria central) de lunes a viernes) para obtener toda la información en el archivo de la Agencia para mi revisión. Puedo obtener dicha información de la siguiente manera: 1) en persona en las oficinas de la Agencia, cuya dirección figura más arriba. Puedo hacer que alguien me acompañe a las oficinas de la Agencia. La agencia puede requerir que este tercero presente una identificación razonable. En el momento de dicha visita, se me puede solicitar que firme una autorización para que la Agencia divulgue o discuta la información de la Agencia con este tercero; 2) por correo certificado, si previamente he proporcionado identificación en una solicitud por escrito para que me envíen mi archivo a mí o a un tercero identificado por mí; 3) por teléfono, si previamente he proporcionado una identificación apropiada por escrito a la Agencia; y 4) la agencia cuenta con personal capacitado para explicarme cualquier información en mi archivo y si el archivo contiene información codificada, se me explicará.

Entiendo que si solicito empleo en Nueva York, tengo derecho a recibir una copia del Artículo 23-A de la Ley de Derecho Penitenciario de Nueva York.

Entiendo que si el informe se proporciona a un empleador en el Estado de Washington, puedo comunicarme con la siguiente oficina para obtener más información sobre mis derechos bajo la ley del estado de Washington con respecto a estos informes: Fiscal General del Estado de Washington, División de Protección al Consumidor, 800 5th Ave, Ste. 2000, Seattle, Washington 98104-3188, (206) 464-7744.

Entiendo que tengo derechos bajo la Ley de Información Crediticia Imparcial y acuso recibo del Resumen de Derechos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (iniciales).

**Escriba su nombre legal y firme:**

Apellido Primer Segundo

Firma: Fecha:

**Formulario de verificación de antecedentes**

Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial.

Nombre

Primer Segundo Apellido

Dirección

Calle Ciudad Estado Código postal

Nombre de soltera u otros nombres utilizados

Fecha de nacimiento

N° de Seguridad Social

¿Alguna vez ha sido arrestado o condenado por algún delito que excluya infracciones menores de tránsito?

¿Alguna vez ha sido acusado, arrestado o condenado por abuso o delitos sexuales?

¿Hay algo en su estilo de vida o antecedentes que pueda cuestionar su aptitud?

Si respondió sí a alguna de estas preguntas, explique:

Tenga en cuenta que responder "sí" a cualquiera de estas preguntas no lo descalifica automáticamente. Utilice los espacios provistos para explicar las circunstancias.

Por la presente autorizo a WNYIL a realizar una Investigación independiente de mis antecedentes y antecedentes penales o policiales. Libero a WNYIL y a cualquier persona o entidad que proporcione información de conformidad con esta autorización, de todas y cada una de las responsabilidades, reclamos o demandas legales con respecto a la información obtenida de cualquiera y todas las fuentes anteriores. La información contenida en esta aplicación es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier omisión de hechos materiales en esta solicitud puede ser motivo de rechazo de esta solicitud.

Firma Fecha

Escriba cualquier pregunta o comentario que tenga al dorso de esta hoja.

Taking Control

Servicios de asistencia personal dirigida al consumidor

*Un miembro de la familia de agencias WNY Independent Living Inc.*

3108 Main Street, Buffalo, Nueva York 14214-1384

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

www.wnyil.org/cdpas/

**MEMORÁNDUM**

**CREDENCIALES DE IDENTIFICACIÓN CON FOTO**

Estimado consumidor:

Western New York Independent Living, Inc. proporcionará credenciales de identificación con foto para los Asistentes Personales. Estas Credenciales no son obligatorias y solo se procesarán a solicitud del Consumidor/Empleador.

El objetivo principal de la Credencial es permitir que los Asistentes Personales lleguen a su consumidor/empleador durante un clima u otra emergencia, donde el público en general no puede conducir. El Asistente Personal debe llevar su credencial. Al finalizar, la credencial debe devolverse a Western New York Independent Living, Inc.

Si desea que su Asistente Personal reciba una credencial oficial de la agencia, debe comunicarse con el personal de Taking Control al 716-836-0105. Luego nos comunicaremos con su Asistente Personal para programar un horario en el que puedan ingresar a la oficina de Buffalo en 3108 Main St. (Detrás de Jim's Steak Out), para el procesamiento de Credenciales.

Gracias por su cooperación.

Taking Control

Personal del programa CDPAS

WNYIL

22/MAR/16

**Notificación y acuse de recibo de la tasa de pago y el día de pago**

**Bajo la Sección 195.1 de la Ley Laboral del Estado de Nueva York**

**Aviso para empleados con tarifa por hora**

|  |
| --- |
| 1. Información del empleador  Nombre:  WNY Independent Living  Opera bajo el nombre de (DBA):  el mismo mencionado arriba  FEIN (opcional):  222316065  Dirección física:  3108 Main Street  Buffalo, NY 14214  Dirección de envío:  la misma mencionada arriba  Teléfono: 716-836-0822 |

2. Aviso dado:

⮽ En la contratación

□ Antes de un cambio en la tasa de pago, derechos reclamados o día de pago

LS 54 (17/01)

**3. Tasa de pago del empleado:**

USD 11,75 por hora

**4. Deducciones tomadas**:

⮽ Ninguna

□ Propinas \_\_\_\_\_\_\_ por hora

□ Comidas \_\_\_\_\_\_\_ por comida

□ Alojamiento \_\_\_\_\_

□ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Día de pago regular**: \_\_\_\_\_\_\_\_

**6. El pago es**:

□ Semanal

⮽ Quincenal

□ Otro

**7. Tasa de pago por horas extras:**

USD 17,63 por hora (esto debe ser al menos 1 ½ veces la tarifa regular del trabajador con pocas excepciones).

**8. Confirmación del empleado:**

En este día, he sido notificado de mi tasa de pago, tasa de horas extra (si corresponde), deducciones y día de pago designado en la fecha que se indica a continuación. Le dije a mi empleador cuál es mi idioma principal.

**Marque uno:**

□ Se me ha otorgado este aviso de pago en inglés porque es mi idioma principal.

□ Mi idioma principal es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Recibí este aviso de pago solo en inglés, porque el Departamento de Trabajo aún no ofrece un formulario de aviso de pago en mi idioma principal.

Nombre del empleado en letra imprenta

Firma del empleado

Fecha

Tyler Bridgewater, coordinador de CDPAS PA

Nombre y título del preparador

**El empleado debe recibir una copia firmada de este formulario. El empleador debe conservar el original por 6 años.**

Tenga en cuenta: es ilegal que a un empleado se le pague menos que a un empleado del sexo opuesto por igual trabajo. Los empleadores tampoco pueden prohibir a los empleados discutir los salarios con sus compañeros de trabajo.

**Requisitos que debe cumplir el Asistente Personal para comenzar a trabajar**

**Requisito 1 - Documentación médica**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Evaluación física** |  | |
|  |  | |
| • En el último año | | |
|  | **PPD** |  | |
|  |  | |
|  | • En el último año | | |
|  | **Registro de vacunación MMR** | |  |
|  |  |
|  | • Sarampión, paperas y rubéola (obtenga esto de los padres, la escuela, el empleador)  \*\* Si no se puede ubicar el registro, se debe hacer un título de rubéola | | |

\*\* Si no tiene un médico de cabecera o no puede obtener una cita médica razonablemente programada, WNYIL puede enviarlo a las siguientes clínicas, sin costo alguno para usted:

**Atención de urgencia de WellNow**

**Amherst (anteriormente MASH)**

3980 Sheridan Drive

Amherst, NY 14226

Tel.: (716) 929-2800

FX: (716) 839-1705

**Kenmore/Ton** (anteriormente MASH)

1751 Sheridan Drive Tonawanda, NY 14223

Tel.: (716) 844-7100

FX: (716) 873-0230

**N Ton/Wheatfield** (anteriormente MASH)

3190 Niagara Falls Blvd Amherst, NY 14228

Tel.: (716) 799-8190

Tel.: (716) 696-6169

**Lancaster** (anteriormente MASH) 4827 Transit Road

Depew, NY 14043

Tel.: (716) 771-3394

FX: (716) 771-3402

**Niagara Falls**

7432 Niagara Falls Blvd

Niagara Falls, NY

Tel.: (716) 371-4260

FX: (716) 371-4261

**Clarence** (anteriormente MASH)

5965 Transit Road East Amherst, NY 14051

Tel.: (716) 362-1093

FX: (716)639-4802

**Olean** (anteriormente MASH)

921 Wayne Street

Olean, NY 14760

Tel.: (716) 379-8600

FX: (716)379-8631

**Orchard Park** (anteriormente MASH) 3245 Southwestern Blvd

Orchard Park, NY 14127

Tel.: (716) 362-8777

FX: (716) 671-8120

**Batavia**

4189 Veterans Memorial Dr Batavia, NY 14020

Tel.: (585) 201-5598

FX: (585) 201-5599

**Jamestown**

15 South Main St

Jamestown, NY 14701

Tel.: (716) 489-3144

FX: (716) 489-3151

\*\*También incluye todas las ubicaciones anteriores de Five Star fuera de WNY

**HealthWorks**

1900 Ridge Road 2075 Sheridan Drive

West Seneca, N.Y. 14224 Kenmore, N.Y. 1422

Teléfono: (716) 712-0670 Teléfono: (716) 712-0670

Lunes a sábado Lunes a viernes

**Requisito 2:** verificación de antecedentes que se completará después de recibir todos los medicamentos.

***Información de contacto de Taking Control***

**CONDADO DE ERIE**

***Todas las llamadas telefónicas de CDPAS: (716) 836-0105***

\*Ashley Gilliam, especialista en Servicio al Cliente, atenderá su llamada telefónica y la dirigirá al miembro del personal correspondiente.

\*Kara Bieniak, especialista en Informes de Horas y Asistencia

***AP - médicos/verificación de antecedentes/N° de PIN***

Tyler Bridgewater, coordinador de AP, int. 189 **tbridgewater@wnyil.org**

Michele Barnes, coordinador de AP, int. 501 **mbarnes@wnyil.org**

KIM AVERY, coordinador de AP, int. 539 **kavery@wnyil.org**

***Problemas de Registro de Ingreso/Salida***

Yuri Lepa, especialista en Servicio al Cliente Int. 500 ***si no hay respuesta por favor llame a***

Ashley Gilliam, especialista en Servicio al Cliente Int. 191

Kara Bieniak, especialista en Informes de Horas y Asistencia int. 194

***Problemas de sueldo***

Semonia Sell, coordinación de Nómina, Int. 119

***Número de fax de Taking Control: (716)836-0091***

**Los exámenes físicos DEBEN ACTUALIZARSE JUNTO CON EL PPD** **CADA AÑO** **ANTES DE QUE EXPIREN. SIN EXCEPCIONES, POR FAVOR. GRACIAS.**

CDPAS 10/JUL/19

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

**INFORMACIÓN DE BENEFICIOS**

**SALARIO DE LOS ASISTENTES PERSONALES**

**DE CDPAS: USD 11,75 POR HORA (vigente a partir del 1/ABR/2018)**

**Cláusula general de activación de beneficios:**

A menos que se indique lo contrario, algunos de los beneficios descritos en este documento se activan o comienzan a acumularse después de que un Asistente Personal (Empleado de CDPA) haya trabajado como empleado a tiempo completo durante **dos (2) meses.**

El empleo a tiempo completo se define como trabajar 30 horas o más por semana de manera constante durante dos (2) meses. Si las horas promedio aprobadas semanalmente de cualquier participante de Taking Control no respaldarán este nivel de empleo, se alentará al Asistente Personal del participante a formar parte de una base de datos general de Asistentes Personales listos y dispuestos a servir como personal de relleno y/o de emergencia para los participantes de Taking Control aparte del participante principal.

**DÍAS DE LICENCIA POR ENFERMEDAD: DESPUÉS DE SUS PRIMEROS 2 MESES DE EMPLEO**, comienza a ganar sus días de licencia por enfermedad a razón de un (1) día por trimestre (cada 3 meses). Al final de cada período de 3 meses (13 semanas), tiene un (1) día de licencia por enfermedad disponible. El primer año de empleo tiene 3 días de licencia por enfermedad. El segundo año de empleo y, de allí en más, gana un (1) día de licencia por enfermedad cada 3 meses, lo que equivale a 4 días de licencia por enfermedad por año. Puede tomarlos a medida que los gana cada 3 meses, recibir un pago por ellos o dentro de las 2 semanas posteriores al final de su año, puede presentar una planilla horaria que diga **DÍAS POR ENFERMEDAD**, firmada y fechada y recibir el pago por estos días. Si no los usa o le pagan por ellos dentro de las 2 semanas de que finalice su año, se pierden. Calculamos el número promedio de horas trabajadas por semana en una semana laboral de 7 días. **No ponga fechas u horas trabajadas para un día de enfermedad; calcularemos el promedio**. Es su responsabilidad llevar un registro de sus semanas trabajadas para no perder sus días de enfermedad. Enviar la planilla horaria.

**PAGO DE VACACIONES**: tiene derecho a una (1) semana de vacaciones **después de cada 52 semanas de empleo**. Tiene un (1) año a partir de la fecha de cierre en la que se ha ganado la semana de vacaciones para usarla. Es su responsabilidad llevar un registro de su fecha de aniversario (finalización de 52 semanas) para que no pierda el pago de sus vacaciones. Marque **VACACIONES** en la planilla horaria, firme y ponga la fecha. Calcularemos las horas promedio de la semana. Enviar planilla horaria. Se le pagará en la siguiente nómina después de enviar las planilla horaria.

**OTROS PLANES**

- POLÍTICAS DE AFLAC: la atención del cáncer, los accidentes y la discapacidad a corto plazo permiten a los empleados pagar su prima utilizando dólares antes o después de impuestos en función de la cobertura. El empleador no hace pagos.

JUBILACIÓN 403 (B): el plan 403(B) es una forma popular de ahorrar para la jubilación. El plan permite que un AP coloque parte de su salario bruto en el plan sin pagar impuestos sobre la renta hasta que se retire el dinero del plan. Los AP están totalmente "conferidos" en sus contribuciones al plan.

Western New York Independent Living igualará una contribución de hasta el 4 % de los ingresos brutos. El 4 % se basa en las ganancias actuales totales para el período de pago actual. Para recibir los fondos equivalentes, los AP deben hacer una contribución similar.

**SEGURO DE SALUD**

WNYIL define a los Asistentes Personales contratados para el Programa Taking Control como empleados de horario variable en virtud de la Ley del Cuidado de Salud Asequible. Cada Asistente Personal estará sujeto a un período de medición inicial. Este período comenzará en la fecha de contratación y se extenderá por los siguientes 11 meses o tiempo completo. Para ser elegible para el seguro de salud, un Asistente Personal debe tener un promedio de 120 horas por mes durante el período de 11 meses. Durante los 30 días posteriores al final del Período de medición inicial, el personal de WNYIL realizará una revisión de elegibilidad. Si se determina que el Asistente Personal es elegible para el seguro de salud y desea inscribirse, deberá completar y presentar una solicitud y el seguro de salud entrará en vigencia el primer día del mes siguiente al período de revisión de 30 días. Esto dará comienzo al Período de estabilidad. Durante el Período de estabilidad, el seguro de salud continuará mientras el Asistente Personal mantenga su empleo a través de WNYIL. Si el empleo termina durante el Período

de Estabilidad de 11 meses, el seguro de salud también terminará. El Período de medición estándar de la Agencia se ejecutará cada año desde el 1 de marzo hasta el 31 de enero. El empleado con jornada variable debe seguir trabajando el promedio de 30 horas a la semana durante cada período de medición estándar para mantener su seguro de salud durante el siguiente período de estabilidad. El período administrativo se considera desde el 1 de febrero hasta el 28 o 29 de febrero. Los Asistentes Personales inscritos en el seguro médico de la Agencia serán responsables de un costo compartido mensual por la prima. El costo compartido del Asistente Personal se deducirá automáticamente de cada cheque de pago. El programa Taking Control pagará el resto de la prima mensual.

**SEGURO ODONTOLÓGICO**

Los Asistentes Personales contratados para el programa Taking Control serán elegibles para inscribirse en el seguro odontológico de la agencia si mantienen un mínimo de 20 horas por semana durante las primeras 12 semanas de su empleo. Si cumplen con el requisito, al final de las 12 semanas, los Asistentes Personales tendrán un período de 30 días durante el cual son elegibles para inscribirse. El Asistente Personal será responsable de la prima mensual completa. La prima del Asistente Personal se deducirá automáticamente de cada cheque de pago.

**SEGURO OFTALMOLÓGICO**

Los Asistentes Personales contratados para el programa Taking Control serán elegibles para inscribirse en el seguro oftalmológico de la agencia si mantienen un mínimo de 20 horas por semana durante las primeras 12 semanas de su empleo. Si cumplen con el requisito, al final de las 12 semanas, los Asistentes Personales tendrán un período de 30 días durante el cual son elegibles para inscribirse. El Asistente Personal será responsable de la prima mensual. La prima del Asistente Personal se deducirá automáticamente de cada cheque de pago.

**EMPLEO**: si pierde su puesto debido a que un consumidor abandona el programa y opta por cobrar el desempleo, su relación con nosotros se corta. Esto significa que si comienza a trabajar en WNYIL después de un período de cobro de desempleo,**será tratado como un empleado nuevo y todos los beneficios comenzarán como si fuera un empleado nuevo**. Si opta por no cobrar desempleo mientras busca un nuevo puesto y paga la prima de su seguro de salud a través de COBRA, podrá mantener su estado de empleado y cuando comience a trabajar, sus beneficios comenzarán nuevamente de inmediato.

**BENEFICIOS PARA TODOS LOS EMPLEADOS**

Todos los empleados están cubiertos por el seguro de indemnización por accidente laboral y el seguro de discapacidad del estado de Nueva York. Todos los accidentes/incidentes relacionados con el trabajo deben informarse al Departamento de Recursos Humanos dentro de las 24 horas posteriores a la ocurrencia.

**MUERTE EN FAMILIA**: en caso de una muerte en la familia (padres, abuelos, cónyuge, hijos, hermanos u otros parientes lejanos que el empleador considere válidos) se otorgará un (1) día libre remunerado, siempre que notifique a su empleador qué día se tomará. Si no notifica a su empleador sobre el día que se tomará, perderá el pago de ese día. No puede trabajar y cobrar el día. Su pago se calculará como la cantidad de horas que tenía programado trabajar el día que se toma. **CONSIDERADO VÁLIDO POR SU EMPLEADOR.**

**CHEQUES PERDIDOS**

**Para los cheques perdidos, usted será responsable de un cargo de suspensión de pago del banco de USD 25.** Para los cheques perdidos en el correo, esperamos tres (3) semanas a partir de la fecha de emisión del cheque para que lleguen o nos sean devueltos. Después de 3 semanas, volveremos a emitir el cheque y se le pedirá que firme un formulario de reemplazo de cheques.

**PAGO POR TIEMPO EXTRA**

Los AP no pueden trabajar más de 40 horas por semana sin el permiso del personal de Taking Control. Si se han aprobado horas extra y usted trabaja más de 40 horas por semana, se le pagará USD 17,63 por hora por cualquier hora que trabaje por sobre las 40. Una semana laboral se considera de domingo a sábado. Las horas no pueden y no se transferirán a una nueva semana. Debe prestar atención al Plan de atención de su consumidor/empleador y comprender cómo se pueden usar sus horas.

**TENGA EN CUENTA QUE LA PERSONA QUE LO CONTRATÓ ES SU EMPLEADOR. ESA PERSONA LO CAPACTARÁ Y LE INDICARÁ CUÁLES SON SUS DEBERES LABORALES. SOLICITE TIEMPO LIBRE A SU EMPLEADOR POR LO MENOS CON DOS (2) SEMANAS DE ANTELACIÓN.**

**Sitio web: www.wnvil.org**

**[Logo: Texto faltante] ´**

**3108 Main Street ● Buffalo, New York 14214-1384**

**(716) 836-0822 (Voz/TDD) • (716) 835-3967 (Fax)**

**www.wnyil.org**

**PARA: Empleados de WNY Independent Living, Inc.**

**DE: WNY Independent Living, Inc.**

**FECHA: 6 de diciembre de 2017**

**RE: Licencia Familiar Remunerada del Estado de Nueva York**

**Elegibilidad para la licencia familiar remunerada del estado de Nueva York**

**A partir del 1 de enero de 2018, los empleados que trabajan regularmente al menos 20 horas a la semana serán elegibles para beneficios de licencia familiar remunerada después de 26 semanas de empleo. Los empleados que trabajan menos de 20 horas por semana serán elegibles después de 175 días hábiles.**

**La licencia familiar remunerada es financiada en su totalidad por el empleado a través de deducciones de nómina. La contribución máxima de los empleados en 2018 es 0,126 % del salario semanal de un empleado.**

**Los padres recientes pueden usar la licencia remunerada por motivos familiares para vincularse con un recién nacido en el primer año después del nacimiento, para la adopción o cuidado de acogida de un niño. Los empleados también pueden usar la licencia remunerada cuando un familiar tiene una condición de salud grave o es llamado al servicio militar activo.**

**Familiares, según la nueva ley, incluye a cónyuges, parejas de hecho, hijos, padres, abuelos y nietos.**

**Absténgase de usar productos perfumados cuando visite nuestras oficinas.**

***Durante más de 50 años, la familia de agencias WNY Independent Living, Inc. ha sido un catalizador para cambio individual y de los sistemas, que mejora la calidad de vida de las personas con discapacidades, respeta la diversidad y promueve opciones y alternativas para una vida independiente en nuestras sociedades.***

**El programa será implementado por el estado de Nueva York en cuatro fases, de la siguiente manera:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha** | **Semanas de licencia** | **Pago recuperado** |
| **1 de enero de 2018** | **8** | **50 por ciento** |
| **1 de enero de 2019** | **10** | **55 por ciento** |
| **1 de enero de 2020** | **10** | **60 por ciento** |
| **1 de enero de 2021** | **12** | **67 por ciento** |

**El beneficio máximo está limitado a la tasa que un empleado que gana el salario semanal promedio del estado recibiría a través del programa. Por ejemplo, el beneficio tendrá un límite del 67 por ciento del salario semanal promedio del estado cuando el programa se implemente por completo en 2021. El monto del beneficio recibido se considera ingreso imponible para el año en que se realiza el pago.**

**Los empleados pueden usar su tiempo de vacaciones disponible para recibir su pago completo; sin embargo, esto anularía el beneficio de una licencia remunerada.**

**Es importante recordar que la licencia por la enfermedad propia de un empleado no está cubierta por la licencia por motivos familiares. Los empleados no pueden recibir tanto los beneficios de la licencia por motivos familiares remunerada como una licencia por su propia enfermedad durante el mismo período.**

**Consulte con el Departamento de Recursos Humanos para obtener la documentación necesaria para presentar una reclamación de licencia remunerada después del 1 de enero de 2018.**

**LICENCIA POR MOTIVOS FAMILIARES REMUNERADA DEL ESTADO DE NUEVA YORK:**

**Datos del empleado**

**A partir del 1 de enero de 2018, la licencia por motivos familiares remunerada proporcionará tiempo libre remunerado para que un empleado pueda:**

* **vincularse con un niño recién nacido, adoptado o entregado en cuidado de acogida,**
* **cuidar a un familiar con una condición de salud grave, o**
* **ayudar a los seres queridos cuando un familiar sea destinado al extranjero en servicio militar activo.**

**PROTECCIONES ADICIONALES**

* **Los empleados tienen derecho a regresar a su mismo puesto o a uno similar al regresar de la licencia por motivos familiares remunerada.**
* **Los empleados tienen garantizado un seguro de salud continuo mientras estén de licencia. Los empleadores pueden exigir a los empleados que sigan pagando las contribuciones de sus primas del seguro de salud.**
* **La condición migratoria y de ciudadanía no afecta la elegibilidad.**
* **Los empleadores no pueden discriminar a los empleados por tomar una licencia por motivos familiares remunerada.**

**ELEGIBILIDAD**

* **Los empleados con un horario de trabajo regular de 20 o más horas por semana son elegibles después de 26 semanas de empleo.**
* **Los empleados con un horario de trabajo regular de menos de 20 horas por semana son elegibles después de 175 días de trabajo.**

**BENEFICIOS**

**Texto faltante**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Texto faltante**

**CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN**

1. **El empleado notifica al empleador 30 días antes de la licencia, cuando sea posible.**
2. **El empleado llena un formulario de reclamación según las instrucciones del empleador. Los formularios de reclamación se pueden solicitar al empleador, la compañía de seguros o están disponibles en ny.gov/paidfamilyleave.**
3. **El empleado obtiene la documentación de respaldo para la licencia (partida de nacimiento, certificación de misión militar, etc.).**
4. **El empleado presenta el formulario de reclamación y la documentación de respaldo a la compañía de seguros o, según las indicaciones del empleador, la compañía de seguros debe pagar o rechazar una reclamación dentro de los 18 días posteriores a la recepción de la reclamación completada.**

**PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, VISITE NY.GOV/PAIDFAMILYLEAVE O LLAME AL (844) 337-6303.**

Taking Control

Servicios de asistencia personal dirigida al consumidor

*Un miembro de la familia de agencias WNY Independent Living Inc.*

3108 Main Street, Buffalo, Nueva York 14214-1384

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

www.wnyil.org/cdpas/

PARA: Todos los consumidores y Asistentes Personales

Servicios de Asistencia Personal Dirigida al Consumidor Taking Control

DE: Western New York Independent Living, Inc.

FECHA: Julio de 2013

RE: Horas extra en el Programa Taking Control

A partir del 1 de octubre de 2013, ya no podemos pagarle a ninguna persona más de 40 horas por semana. Esto incluirá un asistente que trabaja para un consumidor/empleador, así como también un asistente que acumule 40 horas por semana trabajando con dos o más consumidores/empleadores.

La razón principal de esto es porque el estado de Nueva York ha ajustado la tasa de salario mínimo. El ajuste salarial entrará en vigencia el 1 de enero de 2014. A cualquier asistente que trabaje un total de horas para el Programa Taking Control que superen las 40 horas por semana se deberán pagar horas extra. En el pasado, la Agencia ha podido cubrir el costo de las horas extras. Sin embargo, este cambio dará como resultado un aumento de los costos de horas extras que excedan la capacidad de WNYIL para cubrir dichos costos. Medicaid no reembolsa los costos del servicio que superen el salario o la tarifa aprobada que nos otorga el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y que reembolsamos a través de Medicaid u Organizaciones de Atención Administrada. En consecuencia, no tiene los fondos para permitir que los Asistentes Personales trabajen horas extra.

Debido al aumento en los costos de pagar horas extras a los Asistentes Personales empleados en el Programa Taking Control, las horas extra (más de 40 horas en total para todos los consumidores en una semana laboral) ya no se permitirán a partir del 1 de octubre de 2013.

Estamos informando a todas las personas involucradas en este programa ahora para que se puedan hacer arreglos a más tardar el 1 de octubre de 2013 a fin de asegurar que todos los consumidores tengan un número suficiente de Asistentes Personales para evitar el problema de las horas extra.

Si usted es un consumidor y siente que necesita ayuda para adquirir Asistentes Personales adicionales para cumplir con su obligación, comuníquese con esta agencia para obtener ayuda.

Tenga en cuenta que si usted es un Asistente Personal, el número de horas que estará limitado a trabajar será de 40 horas por semana en total. Tenga en cuenta que si tiene más de un consumidor, todavía estará limitado a 40 horas por semana en total para todos los consumidores.

Nos disculpamos por cualquier inconveniente que estos cambios puedan ocasionar.

Declaración de Derechos de los Asistentes Personales

El Asistente Personal tendrá derecho a recibir personalmente su pago por cada hora trabajada, sin deducción o contribución al consumidor.

El Asistente Personal tiene derecho a que el consumidor y la familia del consumidor lo traten de manera cortés y respetuosa.

Sitio web: www.wnyil.org

BOR 11/6/2014

Taking Control

Servicios de asistencia personal dirigida al consumidor

*Un miembro de la familia de agencias WNY Independent Living Inc.*

3108 Main Street, Buffalo, Nueva York 14214-1384

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

www.wnyil.org/cdpas/

**Verificación de Beneficios, Derechos y Responsabilidades de los Empleados**

Yo, , he leído y entiendo la Hoja Informativa de Asistentes Personales de Western New York Independent Living (CDPAS). Esta hoja detalla salario, días de ausencia por enfermedad, días de vacaciones y seguro médico. En este momento no tengo preguntas sobre las políticas descritas en este folleto. Además, reconozco que he leído y entiendo la Declaración de Derechos de los Asistentes Personales, las Responsabilidades de los Asistentes Personales y las Responsabilidades de WNYIL.

Mi lengua materna es

Firma del empleado:

Fecha:

WNY1L1EBRR

1/ABR/2016

1. Si no hay un problema con el elemento, marque NO

2. Si hay un problema con el elemento, descríbalo y marque SÍ.

3. Cualquier elemento de seguridad que no cumpla con los requisitos debe ser denunciado a su supervisor lo antes posible.

4. La lista de verificación debe enviarse por correo a nuestra oficina dentro de los 3 días.

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN** | **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SEGURIDAD** |
| **Externo: DESPEJADO/EN BUEN ESTADO DE MANTENIMIENTO** |  |
| 1. ¿Hay algún problema de seguridad fuera del hogar que impediría |  |
| que haga su trabajo de manera segura? |  |
| Por ejemplo: escaleras, pasillos, iluminación, rampas, ascensores, etc. |  |
|  |  |
| **Interno: LIMPIO/SECO/EN FUNCIONAMIENTO** |  |
| 1. ¿Hay algún problema de seguridad en el hogar en general con |  |
| pasillos despejados, iluminación, tapetes, cables, desorden, calentadores ambientales, etc.? |  |
|  |  |
| 2 ¿Hay algún problema de seguridad en la sala de estar que impediría |  |
| que haga su trabajo de manera segura? |  |
|  |  |
| 3. ¿Hay algún problema de seguridad en la cocina que impediría |  |
| que haga su trabajo de manera segura? Por ejemplo, electrodomésticos, |  |
| desorden, artículos de cocina y limpieza. |  |
|  |  |
| 4. ¿Hay algún problema de seguridad en la habitación de sus empleadores que |  |
| impediría que haga su trabajo de manera segura? |  |
|  |  |
| 5. ¿Hay algún problema de seguridad en el baño que impediría |  |
| que haga su trabajo de manera segura? |  |
|  |  |
| 6. ¿Hay algún problema de seguridad que impediría |  |
| que haga su trabajo de manera segura con respecto a sus empleadores? |  |
|  | **UTILICE EL LADO REVERSO SI ES NECESARIO** |
| **¿Casa o equipo que tenga que usar?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPCIÓN** | **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SEGURIDAD** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Declaración del Problema de Seguridad:** | **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SEGURIDAD** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Nombre y dirección del consumidor:** | **Fecha:** |
|  |  |
|  |  |
| **Firma del Asistente Personal:** | **Fecha:** |
|  | **Fecha:** |

**N.° DE REFERENCIA \_\_\_\_\_\_\_\_**

**WNYIL, INC. INFORME DE INCIDENTE**

Este informe **debe** ser completado dentro de las **24 horas** posteriores a un Incidente por una persona involucrada o que presenció un Incidente. Si hay más de una persona involucrada, se debe completar un informe por separado para cada persona involucrada. El formulario completo debe entregarse de inmediato al Supervisor de la persona, quien luego lo enviará al Coordinador de Recursos Humanos.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nombre de la persona en el incidente: | |
| 2. Supervisor de la persona involucrada: | |
| 3. Fecha del incidente: | Hora del incidente: a. m. p. m. |
| 4. Inicio del turno: a. m. p. m. | Fin del turno: a. m. p. m. |
| 5. Relación con WNYIL: □ Personal □Voluntario/pasante □Consumidor □Visitante | |
| 6. Dirección de la persona en el incidente: | |
| 7. Número de teléfono de la persona en el incidente: | |
| 8. Nombre de los testigos (si corresponde): | |
| 9. Dirección y número de teléfono del/los testigo(s): | |
| 10. Tipo de incidente: □ Abuso/negligencia □Agresión/pelea □Subyugación  □ Caída/resbalón □ Enfermedad □ Levantamiento  □ Accidente automovilístico □ Robo  □Otro: | |
| 11. Parte(s) del cuerpo afectada(s): □ Cabeza □ Cara □ Ojos (D o I)  □ Tronco/espalda □ Cuello □ Mano (D o I)  □ Dedos □ Rodilla (D o I) □ Tobillo (D o I)  □ Brazo (D o I) □ Hombro (D o I) □ Pie (D o I)  □ Cadera (D o I) □ Otra (especificar) □ N/A | |
| 12. Lugar o dirección del incidente: | |
| 13. Describa el incidente en detalle: (Incluya cualquier herramienta, equipo, material, etc. que haya estado involucrado en el Incidente). | |

|  |
| --- |
| 14. ¿Se contactó con el servicio médico de emergencia (EMS)? □ Sí □ No □ N/A |
| 15. ¿Se presentó un informe policial? □ Sí □ No □ N/A |
| 16. Nombre y dirección del proveedor de atención: |
| 17. Acción correctiva: |
| 18. Fecha del plan de acción correctiva: |
| 19. Firma de la persona involucrada: Fecha de firma: |
| 20. Firma del supervisor: Fecha de revisión del informe: |
| 21. Firma del CEO: Fecha de revisión del informe: |
| **Solo para uso de la oficina:** |
| Categoría del incidente: □ Personal □ Asistente de cuidado personal □ Voluntario/pasante  □ Instalaciones □ Consumidor □ Transporte  □ Visitante |
| Fecha en que la oficina recibe el formulario: |
| Notas de la oficina: |
| Fecha en que Recursos Humanos recibe el formulario: |
| Notas de Recursos Humanos: |
| □ Comité del programa □ Recursos Humanos □ Cumplimiento corporativo |
| Agencia de Coordinación de Atención Contactada: □ Sí □ No □ N/A |
| En caso afirmativo, fecha de contacto: |
| Información de contacto de la agencia de coordinación de atención: |
| Incidentes anteriores: □ Sí □ No □ N/A |
| En caso afirmativo, proporcione la fecha y la descripción del incidente: |

2019-01

**DESPIDO RENUNCIA**

DESPIDO: Para ser completado por el consumidor

RENUNCIA: Para ser completado por el Asistente

Devuelva el formulario firmado a nuestra oficina dentro de los cinco (5) días hábiles

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

Nombre del consumidor:

Nombre del Asistente Personal:

Última fecha de trabajo:

Motivo del despido o de la renuncia:

(Indique la descripción sobre la decisión a continuación)

FIRMA DEL ASISTENTE

FIRMA DEL REPRESENTANTE DESIGNADO

FECHA:

WNY1L

3/14

**TAKING CONTROL – CDPAS**

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE ORIENTACIÓN DEL ASISTENTE PERSONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **He recibido orientación y entiendo las siguientes políticas, prácticas y procedimientos:** | **Iniciales** **del Asistente Personal** |
| 1. Entiendo que mi responsabilidad principal es proporcionar asistencia personal al consumidor/empleador para el que estoy trabajando. |  |
| 2. Entiendo que necesito identificar claramente con mi consumidor/empleador aquellas tareas que debo realizar *antes* de comenzar a trabajar. |  |
| 3. Solo trabajaré la cantidad de horas especificadas por el Plan de atención. Si hay varios Asistentes Personales trabajando para el mismo consumidor/empleador, solo trabajaré la cantidad de horas que mi consumidor/empleador me haya asignado. El pago de todas las horas que trabaje por día o por semana más allá de las que se detallan en el Plan de Atención será responsabilidad de mi consumidor/empleador. |  |
| 4. Acepto mantener confidenciales *todos* los asuntos relacionados con mi consumidor/empleador. |  |
| 5. Proporcionaré un examen físico *anual* y una prueba cutánea de derivado proteico purificado (PPD, por sus siglas en inglés) a WNYIL y acepto no trabajar más allá de la fecha de vencimiento. Entiendo que si no tengo seguro a través de WNYIL o una tarjeta de Medicaid, tengo derecho a ir a una clínica gratuita con la autorización de WNYIL para realizarme este examen físico anual y el PPD. |  |
| 6. He recibido una copia de la Declaración de Derechos. |  |
| 7. Entiendo que no puedo comenzar a trabajar para mi consumidor/empleador hasta que toda mi documentación esté archivada en WNYIL, incluida mi verificación de antecedentes penales. Un miembro del personal de Taking Control se comunicará conmigo y con mi consumidor/empleador una vez que se complete mi documentación. |  |
| 8. Me comunicaré con WNYIL si tengo alguna pregunta o inquietud con respecto a mi empleo. |  |
| 9. Entiendo que WNYIL es el intermediario fiscal después de que comience a trabajar para mi consumidor/empleador. Llamaré al Departamento de Contabilidad (internos 119, 106, 141) con todos y cada uno de los problemas relacionados con mi paga. |  |
| 10. Entiendo que en todas las áreas de mi empleo, mi consumidor es mi empleador directo. |  |
| 11. He completado la visualización del video Taking Control Back Safety (Protección de la espalda de Taking Control), junto con el cuestionario. |  |
| 12. Entiendo que debo presentarme al trabajo a tiempo. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 13. Me comunicaré con mi empleador tan pronto como sepa que no puedo trabajar o al menos una hora antes de mi hora de inicio programada, para que mi empleador pueda hacer otros arreglos para su atención. |  |
| 14. Entiendo que cualquier tiempo libre solicitado debe hacerse 2 semanas antes de solicitar vacaciones, citas, etc. |  |
| 15. Respetaré el hogar, las posesiones y el estilo de vida y las elecciones individuales de mi empleador. |  |
| 16. He recibido instrucciones sobre seguridad en el hogar, entiendo que si en algún momento el entorno de trabajo se vuelve inseguro para mi consumidor/empleador o para mí mismo, lo reportaré de inmediato a WNYIL. Completaré la Lista de verificación de seguridad en el hogar y volveré a WNYIL dentro de los 3 días hábiles. |  |
| 17. He recibido instrucciones sobre cómo informar cualquier accidente o incidente que ocurra mientras trabajo con mi consumidor/empleador dentro de las veinticuatro (24) horas. |  |

Editado el 08/FEB/2018

Las declaraciones anteriores han sido revisadas conmigo por un miembro del personal de Taking Control.

Asistente Personal Fecha

Miembro del personal de Taking Control Fecha

2

Taking Control

Servicios de asistencia personal dirigida al consumidor

*Un miembro de la familia de agencias WNY Independent Living Inc.*

3108 Main Street, Buffalo, Nueva York 14214-1384

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

www.wnyil.org/cdpas/

**VIDEO DE SEGURIDAD EN DVD PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES DE LA ESPALDA**

Yo, completé la visualización del video de Taking Control con respecto a la prevención de lesiones de la espalda y entiendo que seguiré todos los pasos de seguridad requeridos cuando esté trabajando con mi Consumidor/Empleador para protegerme contra lesiones corporales.

Nombre en letra de imprenta

Asistente Personal (firma) Fecha

WNYIL

*211/14*

**CUESTIONARIO**

**"SEGURIDAD DE LA ESPALDA"**

**Nombre: Fecha:**

1. ¿Cómo se llaman las "almohadillas" entre las vértebras?

\_\_\_ Rebordes

\_\_\_ Discos

\_\_\_ Metacarpos

2. ¿A qué "letra" se parece la forma saludable de nuestra columna vertebral?

\_\_\_ “L”

\_\_\_ “I”

\_\_\_ "S"

\_\_\_ "J"

3. Verdadero o falso... Sentarse es una de las posiciones más estresantes en las que puede estar nuestro cuerpo.

\_\_\_ Verdadero

\_\_\_ Falso

4. Si su trabajo requiere que permanezca en un lugar durante mucho tiempo, debe...

\_\_\_ encorvarse un poco.

\_\_\_ colocar un pie sobre un apoyo que esté a unas pocas pulgadas del suelo, cambiando el pie que se levanta cada media hora aproximadamente.

\_\_\_ mantener ambos pies planos en sobre el suelo, con las piernas separadas "al ancho de los hombros".

5. ¿Cuál de las siguientes es una forma de ayudar a mantener la curvatura S natural de su espalda mientras duerme?

\_\_\_ Dormir boca arriba con las piernas estiradas.

\_\_\_ Dormir de costado con las rodillas dobladas.

\_\_\_ Dormir en un colchón suave y cómodo.

6. Verdadero o falso... Cuando cargue un objeto, al girar, primero tiene que girar la cintura y luego le siguen los pies.

\_\_\_ Verdadero

\_\_\_ Falso

SMK-043

RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO

1. ¿Cómo se llaman las "almohadillas" entre las vértebras?

**Discos**

2. ¿A qué "letra" se parece la forma saludable de nuestra columna vertebral?

**"S"**

3. Verdadero o falso... Sentarse es una de las posiciones más estresantes en las que puede estar nuestro cuerpo.

**Verdadero**

4. Si su trabajo requiere que permanezca de pie en un lugar durante mucho tiempo, debería...encorvarse un poco.

**Coloque un pie sobre un apoyo que esté a unas pocas pulgadas del suelo, cambiando el pie que se levanta cada media hora aproximadamente.**

5. ¿Cuál de las siguientes es una forma de ayudar a mantener la curvatura S natural de su espalda mientras duerme?

**Dormir de costado con las rodillas dobladas.**

6. Verdadero o falso... Cuando cargue un objeto, al girar, primero tiene que girar la cintura y luego le siguen los pies.

**Falso**

**Encuesta de Orientación CDPAS de Taking Control**

Hoy trabajé con: Fecha:

**Nombre del instructor de orientación**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Su experiencia en WNY Independent Living es nuestra medida del éxito. Complete esta encuesta marcando Sí o No para cada declaración a continuación.** | | **MARCAR** | |
| **ORIENTACIÓN** | | **SÍ** | **NO** |
| **OPORTUNA** | **Pude obtener una cita para orientación en la fecha necesaria** |  |  |
| **ORGANIZADA** | **El material estaba organizado y era fácil de seguir** |  |  |
| **EFICIENTE** | **La orientación tuvo una duración adecuada** |  |  |
| **ADECUADA** | **La oficina era adecuada para esta capacitación** |  |  |
| **CONSIDERADA** | **El personal de recepción era cortés y educado** |  |  |
|  | | | |
| **INSTRUCTOR** | | **SÍ** | **NO** |
|  | **El instructor fue:** |  |  |
| **ORGANIZADO** | **Bien preparado** |  |  |
| **ATENTO** | **Abierto a recibir todas y cada una de las preguntas** |  |  |
| **PROFESIONAL** | **Conocedor y capaz de responder todas las preguntas** |  |  |
| **CORTÉS** | **Cortés y educado** |  |  |
|  |  |  |  |

**NOMBRE: (Opcional):**

**INFORMACIÓN DE CONTACTO (correo electrónico/teléfono):**

Cada mes extraeremos una tarjeta de nuestra caja de satisfacción del cliente, y la persona cuya tarjeta haya sido extraída recibirá un certificado de regalo de USD 25 para un restaurante, un negocio o una tienda local. Por lo tanto, complete las tarjetas y díganos cómo lo hicimos. Gracias.

**Director del Programa Taking Control de CDPAS:** *Firma*

Joyce Christopher

**CRONOGRAMA DE PAGOS 2019**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA DE PAGO** |  | **PERÍODO DE PAGO** | | |
| **21/DIC/18** |  | **25/NOV/18** | **-** | **08/DIC/18** |
| **04/ENE/19** |  | **09/DIC/18** | **-** | **22/DIC/18** |
| **18/ENE/19** |  | **23/DIC/18** | **-** | **05/ENE/19** |
| **01/FEB/19** |  | **06/ENE/19** | **-** | **19/ENE/19** |
| **15/FEB/19** |  | **20/ENE/19** | **-** | **02/FEB/19** |
| **01/MAR/19** |  | **03/FEB/19** | **-** | **16/FEB/19** |
| **15/MAR/19** |  | **17/FEB/19** | **-** | **02/MAR/19** |
| **29/MAR/19** |  | **03/MAR/19** | **-** | **16/MAR/19** |
| **12/ABR/19** |  | **17/MAR/19** | **-** | **30/MAR/19** |
| **26/ABR/19** |  | **31/MAR/19** | **-** | **13/ABR/19** |
| **10/MAY/19** |  | **14/ABR/19** | **-** | **27/ABR/19** |
| **24/MAY/19** |  | **28/ABR/19** | **-** | **11/MAY/19** |
| **07/JUN/19** |  | **12/MAY/19** | **-** | **25/MAY/19** |
| **21/JUN/19** |  | **26/MAY/19** | **-** | **08/JUN/19** |
| **05/JUL/19** |  | **09/JUN/19** | **-** | **22/JUN/19** |
| **19/JUL/19** |  | **23/JUN/19** | **-** | **06/JUL/19** |
| **02/AGO/19** |  | **07/JUL/19** | **-** | **20/JUL/19** |
| **16/AGO/19** |  | **21/JUL/19** | **-** | **03/AGO/19** |
| **30/AGO/19** |  | **04/AGO/19** | **-** | **17/AGO/19** |
| **13/SEP/19** |  | **18/AGO/19** | **-** | **31/AGO/19** |
| **27/SEP/19** |  | **01/SEP/19** | **-** | **14/SEP/19** |
| **11/OCT/19** |  | **15/SEP/19** | **-** | **28/SEP/19** |
| **25/OCT/19** |  | **29/SEP/19** | **-** | **12/OCT/19** |
| **08/SEP/19** |  | **13/OCT/19** | **-** | **26/OCT/19** |
| **22/NOV/19** |  | **27/NOV/19** | **-** | **09/NOV/19** |
| **06/DIC/19** |  | **10/NOV/19** | **-** | **23/NOV/19** |
| **20/DIC/19** |  | **24/NOV/19** | **-** | **07/DIC/19** |
| **03/ENE/20** |  | **08/DIC/19** | **-** | **21/DIC/19** |

**Western New York Independent Living**

716-836-0105 Familia de Agencias Fax: 716-836-0091

**3108 Main Street, Buffalo, NY 14214**

**TAKING CONTROL**

**\*\*\* PARA SER COMPLETADO POR EL ASISTENTE PERSONAL\*\*\***

NOMBRE: FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN:

FIRMA: FECHA:

**\*\* COMPLETADO POR EL MÉDICO\*\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Edad** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Altura** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Peso** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Ritmo respiratorio** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Pulso** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Presión sanguínea** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

¿CAPAZ DE REALIZAR TAREAS DE UN ASISTENTE PERSONAL? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿CAPAZ DE LEVANTAR OBJETOS (VERIFICAR EL PESO CORRESPONDIENTE):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Menos de 10 libras** |  | **10 a 50 libras** |  | **50 a 100 libras** |  | **Más de 100 libras** |

**VACUNAS/PRUEBAS (si corresponde)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Administración de Pruebas Cutáneas PPD** | | | Fecha de ADMINISTRACIÓN: |  | | HORA DE ADMINISTRACIÓN: |  | | Fabricante: |  | | N.º de lote: |  | | Fecha de caducidad: |  | | Sitio: Izquierdo/derecho: |  | | Nombre del proveedor: |  | | Firma del proveedor |  | | **Lectura de la prueba cutánea de PPD** | | | Fecha de LECTURA: |  | | Hora de LECTURA |  | | Resultado: Pos./Neg. |  | | Induración mm |  | | Nombre del proveedor |  | | Firma del proveedor |  | | □ Méd. □ Naturóp. □ Asist. param. □ Enf. cert. |  |   ¿SE REQUIERE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX? Sí □ No □  ¿PRUEBA DE PPD? (Prueba cutánea positiva + radiografía de tórax negativa) Sí □ No □  *ENVIAR FAX AL: (716) 836-0091* | |  |  | | --- | --- | | **Vacuna/refuerzo de MMR proporcionados (si corresponde)** | | | Fecha de admin.: |  | | N.º de lote: |  | | Nombre del proveedor |  | | Firma del proveedor |  | | **Prueba serológica de inmunidad de MMR (si corresponde)** | | | Fecha de admin.: |  | | Resultados: |  | | Nombre del proveedor |  | | Firma del proveedor |  |   \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*  Firma del médico:  Fecha:  Teléfono:   |  | | --- | | **EL MÉDICO DEBE SELLAR PARA VERIFICACIÓN** | |

Afirmación del Cumplimiento del Asistente Personal con

WNYIL Inc. Plan de cumplimiento

Política y procedimiento y código de conducta

Afirmo que he leído y entiendo el Plan de Cumplimiento de WNYIL Inc. (que incluye, entre otros, la Política de Fraude y Abuso), el Código de Conducta, y he recibido educación y capacitación sobre la aplicación de las leyes federales y estatales (incluidas, entre otras, las leyes resumidas en el Anexo B del Plan), así como una explicación de las normas éticas de las prácticas comerciales relacionadas con mis actividades en mi calidad de empleado de WNYIL Inc.

Certifico mi intención de actuar en total conformidad con la Política de Cumplimiento y el Código de Conducta. Entiendo que, cuando sea necesario, puedo buscar el asesoramiento del supervisor apropiado o del Director de Cumplimiento con respecto a las acciones apropiadas que deba tomar para cumplir con la Política de Cumplimiento y el Código de Conducta.

Fecha

Firma

Nombre (En letra imprenta)

Título o competencia Asistente de cuidado personal

Departamento/instalación CDPAS

CDPA-1/JUL/19

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

**PLAN DE CUMPLIMIENTO**

**2008-2009**

**(revisado JUN/2019)**

**DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS Y CUMPLIMIENTO**

Tina Brown

(716) 836-0822, ext. 102

tbrown@wnyil.org

Este documento es una versión abreviada del Plan de Cumplimiento completo de Western New York Independent Living. Se ha simplificado con un enfoque en los consumidores y Asistentes Personales que participan en el Programa Taking Control (CDPAP). El objetivo es ayudarlo a comprender WNYIL y sus derechos y responsabilidades como una persona que se beneficia de o recibe un pago mediante programas/servicios financiados por fondos del estado de Nueva York y Medicaid federal. Puede solicitar una versión impresa completa de nuestro Plan en cualquiera de nuestras oficinas o puede acceder a la versión completa del Plan de Cumplimiento de la Agencia en www.wnyil.org.

**I. VISIÓN Y MISIÓN DE WESTERN NEW YORK INDEPENDENT LIVING, INC. (WNYIL Inc.)**

**A. Declaración de la visión**

La familia de agencias de Western New York Independent Living, Inc. es un catalizador para cambio individual y de los sistemas, que mejora la calidad de vida de las personas con discapacidades, respeta la diversidad y promueve opciones y alternativas para una vida independiente en nuestras sociedades.

**B. Misión**

Western New York Independent Living, Inc., una familia de agencias, es una organización de derechos civiles, multicultural, de base, dirigida por pares, que brinda una gama completa de asistencia, programas y servicios para mejorar la calidad de vida de todas las personas con discapacidades. WNYIL Inc. La Junta Directiva y los Consejos de Mental Health Peer Connection, Independent Living of Niagara e Independent Living of the Genesee Region, su personal y voluntarios, compuestos por una mayoría de personas con discapacidades, operan organizaciones profesionales y eficientes que generan oportunidades de elección, independencia y participación comunitaria. Eliminar las barreras físicas y de actitud y facilitar el transporte y el

acceso a la comunicación en nuestra comunidad. WNYIL Inc. ayuda a las personas con discapacidades a realizar sus elecciones de vida a través de información y referencias, habilidades de vida independiente, defensa individual y de los sistemas, asesoramiento de colegas, programas de empoderamiento a través de la defensa, autoayuda, desarrollo de liderazgo, apoyo a familias y educación comunitaria y asociaciones.

**C. Afirmación de igualdad de acceso**

Western New York Independent Living, Inc. garantiza el acceso equitativo para todas las personas, independientemente de su discapacidad significativa, tanto en la comunicación como en el acceso físico a servicios, programas, actividades, recursos e instalaciones de WNYIL Inc., ya sea con fondos públicos o privados.

**D. Declaración de autonomía**

Western New York Independent Living, Inc. debe ayudar a las personas con discapacidad a ejercer más libertad y control sobre sus propias vidas. Por lo tanto, siempre que sea posible, las personas que reciben los servicios serán fundamentales para identificar los servicios necesarios y la prestación de estos servicios.

Se alentará a los consumidores a tener autonomía al:

1. Desarrollar sus propias metas.

2. Dirigir la prestación de servicios mediante sus propias habilidades.

3. Hacer que en todo momento, los consumidores experimenten la autodefensa.

4. Hacer que el personal de WNYIL Inc. no imponga sus propias opiniones al consumidor.

**E. Declaración de asociaciones de colegas**

Western New York Independent Living, Inc. apoyará y facilitará el desarrollo de modelos y relaciones entre colegas en la prestación de servicios a personas con discapacidades importantes. Este esfuerzo se logrará a través de miembros en la Junta Directiva, el reclutamiento de voluntarios y la promoción y contratación de personal, con el fin de proporcionar a WNYIL, Inc. la dirección necesaria de colegas de todas las actividades de WNYIL, Inc.

**II. OBJETIVO DEL PLAN DE CUMPLIMIENTO**

**A. Introducción**

El propósito de este Plan de Cumplimiento es garantizar que WNYIL Inc. mantenga su reputación positiva e influencia en la comunidad mejorando la vida de las personas con discapacidades en nuestras comunidades y proporcionando un mejor acceso y servicios rentables y de calidad de manera consistente con la visión y misión de WNYIL Inc., como se resume anteriormente, o según lo dispuesto por su Junta Directiva.

WNYIL Inc. mantiene a cualquier persona afiliada a la organización con los más altos estándares. En nuestros esfuerzos por cumplir estas metas, WNYIL Inc. ha establecido este Plan de Cumplimiento.

**B. Misión**

La Directora de Recursos Humanos y Cumplimiento (CHRCO) de WNYIL Inc. logrará esta meta ayudando y asesorando a los empleados, consumidores, agentes y representantes de WNYIL Inc., y para ayudar a garantizar que WNYIL Inc. cumpla con los requisitos de las layes federales, estatales y locales aplicables. En tal carácter, la CHRCO se compromete a proporcionar pautas claras para capacitar y educar a los empleados, consumidores, agentes y representantes con respecto a las leyes, reglamentos, políticas y procedimientos aplicables en lo que respecta al cumplimiento.

La CHRCO se esforzará por:

1. Promover una cultura que aliente a los empleados, agentes, consumidores y representantes a realizar actividades con integridad y de conformidad con todas las leyes, reglamentos y políticas y procedimientos de WNYIL Inc. aplicables, y a informar a la CHRCO de casos de incumplimiento;

2. Educar a los funcionarios, directores, miembros del Consejo, empleados, agentes, consumidores y representantes de WNYIL Inc. sobre los riesgos legales de ciertas prácticas comerciales;

3. Animar a los gerentes de WNYIL Inc. a buscar asesoramiento adecuado con respecto a las prácticas comerciales y a realizar dichas actividades dentro de los requisitos de la ley y las normas éticas de conducta para los empleados de WNYIL Inc. y, para asegurar el cumplimiento de las Pautas Federales de Sentencias.

Cumplimiento es una colaboración para ayudar a identificar áreas de riesgo regulatorio y para mitigar el riesgo de incumplimiento. Se espera que los empleados de WNYIL Inc. estén abocados a la sociedad y actúen de manera diligente, leal y prudente para garantizar estrictas normas de liderazgo creativo y responsabilidad fiscal a fin de colaborar y establecer contactos con otras personas que comparten los valores de WNYIL Inc. en la provisión de programas y servicios para personas con discapacidades, defender en nombre de cuestiones de conciencia y necesidad humana, y contribuir a la preservación y fortaleza de la vida independiente.

**III. PLAN DE CUMPLIMIENTO DE WNYIL**

**Elementos principales**

El Plan de Cumplimiento incluirá los siguientes ocho elementos principales, según lo requerido por OMIG y OIG:

**A. ELEMENTO 1: POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS ESCRITOS**

Este documento, en su totalidad, incluidos los Anexos A, B y C, así como el Manual de Cumplimiento de WNYIL, servirá como políticas y procedimientos escritos de WNYIL.

**B. ELEMENTO 2: UN EMPLEADO DESIGNADO INVESTIDO CON LA RESPONSABILIDAD DE SUPERVISAR EL PLAN Y TODOS SUS ELEMENTOS REQUERIDOS**

**1. Funcionario responsable**

WNYIL Inc, ha designado a Tina Brown como Directora de Recursos Humanos y Cumplimiento (CHRCO, por sus siglas en inglés). La CHRCO informa directamente al CEO y es responsable ante el Consejo de Administración. Esta persona es responsable de la implementación y operación general del Plan de Cumplimiento.

**2. Otras personas responsables**

1. Comité de cumplimiento: el Comité de cumplimiento está presidido por la CHRCO. Se compone de miembros de la Junta Directiva, personas seleccionadas de la comunidad, el CEO de WNYIL y miembros seleccionados del Equipo de Auditoría del Cumplimiento.

2. Equipo de auditoría del cumplimiento: el Equipo de auditoría del cumplimiento tendrá la responsabilidad de ayudar a la CHRCO en la implementación del proceso de auditoría interna. Será responsable de revisar y actualizar los protocolos de auditoría para garantizar que las auditorías se realicen de manera uniforme y de acuerdo con los normas que WNYIL Inc. y las fuentes de financiamiento requieran.

3. Representante Legal: la CHRCO trabajará conjuntamente con un asesor legal externo en el desarrollo y la implementación del Plan de Cumplimiento.

**C. ELEMENTO 3: PROGRAMAS DE EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN PARA ALERTAR A LOS EMPLEADOS Y A OTROS ACERCA DE SUS RESPONSABILIDADES**

La CHRCO tendrá la responsabilidad general de supervisar el desarrollo y la implementación de programas de educación, capacitación y comunicación para garantizar el cumplimiento del Plan de Cumplimiento por parte de WNYIL Inc. Directores, funcionarios, miembros del consejo, empleados, consumidores, agentes y representantes.

**D. ELEMENTO 4: INFORMES DE CUMPLIMIENTO**

Bajo la dirección general de la CHRCO, WNYIL Inc. y cada Director de Departamento implementarán procesos para proporcionar educación y orientación sobre las políticas y procedimientos de ética y cumplimiento legal de WNYIL Inc. y para informar e investigar problemas comerciales.

1. Cada empleado tendrá la responsabilidad de notificar a su supervisor de manera oportuna, sobre cualquier violación o sospecha de violación de las normas de ética y conducta legal. Como alternativa, un empleado puede seguir el procedimiento de informe de la Parte IX, Política de Cumplimiento sobre Fraude y Abuso, Sección C, Participación e Informes del Empleado.

2. Se informará a las personas que, en algunos casos, el simple hecho de no informar una presunta violación puede ser en sí mismo un fundamento para la aplicación de medidas disciplinarias u otro tipo de medidas.

3. El número de teléfono gratuito (866) 576-8042 está disponible para todos los que deseen asesoramiento sobre ciertas políticas y procedimientos, o que deseen denunciar violaciones reales o presuntas de la ley o las políticas y procedimientos aplicables de WNYIL Inc.

4. Ninguna persona estará sujeta a represalias por informar, de buena fe, acciones que considere que violan la ley o las normas establecidas. Cualquier persona que participe en cualquier acto de represalia por cualquier denuncia de buena fe estará sujeta a medidas disciplinarias o el despido.

5. **Informes organizacionales:** la CHRCO informará al Director Ejecutivo sobre el Plan de Cumplimiento de manera continua, informará las actividades del Plan de Cumplimiento al Comité de Cumplimiento al menos trimestralmente e informará el cumplimiento legal y ético, según sea necesario.

6. **Participación e informes de los empleados:** es responsabilidad de cada empleado en WNYIL Inc. cumplir con las leyes y regulaciones aplicables y apoyar los esfuerzos de cumplimiento de WNYIL Inc. Todos los empleados deben informar que están convencidos de buena fe acerca de una violación del Plan de Cumplimiento o la ley aplicable. WNYIL Inc., a solicitud del empleado, mantendrá en anonimato a los empleados que informen una violación según sea posible bajo las circunstancias a juicio de WNYIL Inc., de conformidad con sus obligaciones de investigar las inquietudes de los empleados y tomar las medidas correctivas necesarias. No habrá represalias en los términos y condiciones de empleo como resultado de haber informado la violación. Los empleados informarán que están convencidos de buena fe de violaciones del Plan de Cumplimiento o las leyes aplicables de la(s) siguiente(s) manera(s):

a. Ya sea oralmente o por escrito a su Director.

b. Utilizando la línea directa de cumplimiento al 1-866-576-8042. Si puede realizar el bloqueo por llamada, marque \*67 antes de marcar 1-866-576-8042 para bloquear su número en nuestro identificador de llamadas.

c. Introducción de quejas a través de nuestra página web: www.wnyil.org/corporatecompliance.

d. Oralmente o por escrito a la CHRCO de WNYIL Inc. en Western New York Independent Living, Inc.:

Tina Brown, CHRCO

WNYIL Inc.

3108 Main Street

Buffalo NY 14214

Teléfono: (716) 836-0822 ext. 102

tbrown@wnyil.org

**E. ELEMENTO 5: POLÍTICAS DISCIPLINARIAS PARA FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN DE BUENA FE**

Los empleados pueden estar sujetos a medidas disciplinarias por no participar en los esfuerzos de cumplimiento de WNYIL Inc., que incluyen, entre otros:

1. El incumplimiento por parte de un empleado de cualquier obligación que le fuera requerida en relación con el cumplimiento del programa o las leyes o regulaciones aplicables;

2. No informar sospechas de violaciones de las leyes del Plan de Cumplimiento o las leyes o regulaciones aplicables a una persona apropiada; y

3. El incumplimiento por parte de un empleado de supervisión o gerencia al implementar y mantener políticas y procedimientos razonablemente necesarios para garantizar el cumplimiento de los términos del programa o las leyes y regulaciones aplicables.

Las medidas disciplinarias seguirán las políticas y procedimientos disciplinarios para los actuales empleados de WNYIL Inc.

**F. ELEMENTO 6: UN SISTEMA PARA LA IDENTIFICACIÓN RUTINARIA DE ÁREAS DE RIESGO DE CUMPLIMIENTO**

**AUDITORÍA Y SEGUIMIENTO**

En consulta y la colaboración con el Director Ejecutivo y los Directores de Departamento claves, la CHRCO coordinará auditorías y encuestas internas apropiadas para verificar el cumplimiento y conocimiento de los requisitos del Plan de Cumplimiento y los requisitos de la fuente de financiamiento y las políticas y procedimientos de ética y cumplimiento de WNYIL Inc.

Cualquier actividad comercial de WNYIL Inc., y en la medida en que se hayan establecido los derechos de auditoría, filiales, asociaciones, empresas conjuntas, licenciatarios, contratistas, vendedores, distribuidores, terceros u otras operaciones están sujetos a una revisión de Auditoría Interna.

**G. ELEMENTO 7: UN SISTEMA PARA RESPONDER A CUESTIONES DE RIESGO DE CUMPLIMIENTO**

El propósito de esta política es establecer los procedimientos que utilizará Western New York Independent Living, Inc. (WNYIL Inc.) para responder a las denuncias de los empleados u otras personas de que una unidad de negocios o personas empleadas por una unidad de negocios o consumidores que participan en un programa están realizando actividades que podrían violar las normas descritas en el Plan de Cumplimiento y que podrían ser contrarias a las leyes o regulaciones aplicables de Medicaid o que dichas personas o unidades de negocios podrían presentar reclamos de una manera que no cumpla con los requisitos del programa Medicaid, según corresponda.

1. Investigación

a. Propósito de la investigación:

El propósito de la investigación será

1. Identificar aquellas situaciones en las que las leyes, reglas y normas del programa Medicaid puedan no haberse seguido.

2. Identificar a las personas que, a sabiendas o inadvertidamente, hayan provocado que se presenten o procesen reclamaciones de una manera que viole las leyes, reglas o normas de Medicaid.

3. Facilitar la corrección de cualquier práctica que no cumpla con las leyes, reglas y normas de Medicaid.

4. Implementar los procedimientos necesarios para garantizar el cumplimiento futuro.

5. Proteger a WNYIL Inc. en caso de acciones civiles o penales.

6. Preservar y proteger los bienes de WNYIL Inc.

b. Control de investigaciones:

Todos los informes recibidos por los empleados de la Agencia se enviarán a la CHRCO de WNYIL Inc. La CHRCO de WNYIL Inc. o sus personas designadas tomarán las medidas de investigación apropiadas utilizando los recursos internos y externos que se consideren apropiados.

c. Proceso de investigación:

Al recibir un informe de cualquier queja u otra información (incluidos los resultados de la auditoría), que sugiera la existencia de un patrón de conducta que viole las políticas de cumplimiento o las leyes o regulaciones aplicables, se iniciará una

investigación. Se llevará a cabo una investigación completa y se llevarán a cabo todas las acciones de seguimiento apropiadas, incluida la presentación de informes a entidades externas, según sea necesario.

**WNYIL Inc. Respuesta**

Posible actividad criminal: en el caso de que WNYIL Inc. descubra lo que parezca ser una actividad delictiva por parte de cualquier empleado o unidad de negocios, deberá seguir los siguientes pasos:

En caso de que haya una actividad criminal en curso, se contactará al Fiscal General del Estado de Nueva York.

En caso de que Medicaid esté involucrado, se contactará a la Oficina del Inspector General de Medicaid del Estado de Nueva York.

En caso de que la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo esté involucrada, se le contactará.

En caso de que el Centro de Justicia esté involucrado, se le contactará.

En caso de que el Departamento de Educación del Estado de Nueva York esté involucrado, se contactará a ACCES-VR.

Se pueden realizar otros contactos según se considere apropiado.

WNYIL iniciará acciones disciplinarias apropiadas contra la persona o las personas cuya conducta parece haber sido intencional, deliberadamente indiferente o emprendida con desprecio temerario por Medicaid y otras leyes y regulaciones programáticas. Los consumidores que se determine que han ignorado de manera intencional, deliberadamente indiferente o temeraria Medicaid y las leyes y regulaciones programáticas ya no podrán recibir servicios de WNYIL.

Otro incumplimiento: en caso de que la investigación revele problemas de facturación u otros problemas que no parezcan ser el resultado de una inobservancia intencional, deliberadamente indiferente o temeraria de las leyes y regulaciones del programa apropiado, WNYIL Inc. deberá seguir estos pasos:

a. Pagos indebidos. En caso de que el problema ocasione pagos duplicados por parte de la fuente de financiamiento, o pagos por servicios no prestados o proporcionados que no sean los reclamados, deberá:

i. Corregir la práctica o el procedimiento defectuosos de inmediato,

ii. Calcular y reembolsar a la entidad gubernamental correspondiente los pagos duplicados o pagos indebidos resultantes del acto u omisión,

iii. Iniciar la medida disciplinaria, en su caso, según sea apropiado dados los hechos y las circunstancias. Las medidas disciplinarias apropiadas pueden incluir, entre otras, reprimenda, degradación, suspensión y despido, y

iv. Desarrollar de inmediato un programa de educación en la unidad de negocios apropiada para prevenir futuros problemas similares.

b. Ausencia de pagos indebidos. En caso de que el problema no haya generado ni genere un pago excesivo por parte del programa, WNYIL Inc. deberá:

i. Corregir la práctica o el procedimiento defectuosos de inmediato.

ii. Iniciar la medida disciplinaria, en su caso, según sea apropiado dados los hechos y las circunstancias. La medida disciplinaria apropiada puede incluir, entre otros, reprimenda, degradación, suspensión y despido.

iii. Llevar a cabo de inmediato un programa de educación en la unidad de negocios correspondiente para prevenir problemas similares en el futuro.

**H. ELEMENTO 8: UNA POLÍTICA DE NO REPRESALIAS Y NO INTIMIDACIÓN**

WNYIL requiere que sus directores, funcionarios, empleados y voluntarios (cada uno de ellos una "Persona Protegida") cumplan estrictas normas de ética personal y comercial en el desempeño de sus funciones en representación de la Agencia. Como empleados y representantes de la Agencia, se espera que las Personas Protegidas practiquen la honestidad e integridad en el cumplimiento de sus responsabilidades y se les exige que cumplan con todas las leyes y regulaciones aplicables.

Los objetivos de esta Política de Denunciantes son alentar y permitir a Personas Protegidas, sin temor a represalias, que planteen inquietudes con respecto a conductas o prácticas sospechosas no éticas o ilegales de forma confidencial y, si lo desean, anónima para que la Agencia pueda abordar y corregir conductas y acciones inapropiadas.

**Responsabilidad de informar**

Es responsabilidad de todas las Personas Protegidas informar de buena fe cualquier inquietud que puedan tener con respecto a actividades reales o sospechosas que puedan ser ilegales o que infrinjan las políticas de la Agencia con respecto a, entre otros, fraude, robo, malversación, irregularidades contables o de auditoría, cohecho, soborno y mal uso de los activos de la Agencia, así como también cualquier violación o sospecha de violación de las estrictas normas de ética personal y comercial, ya que tales normas se relacionan con la Agencia (cada una, una "Inquietud") de acuerdo con esta Política de Denunciantes.

**Sin represalias**

Ninguna Persona Protegida que de buena fe denuncie una inquietud sufrirá intimidación, hostigamiento, represalias, discriminación o consecuencias laborales adversas debido a ello. Nada de lo contenido en este documento tiene por objeto proporcionar a alguna

Persona Protegida un derecho o una causal de acción adicionales, que no sean los previstos por la ley.

**Denuncia de inquietudes**

Cualquier inquietud debe ser denunciada tan pronto como sea posible a la Directora del Comité de Cumplimiento de la Agencia (la "CHRCO"). Cualquier pregunta con respecto al alcance, la interpretación u el funcionamiento de esta Política de Denunciantes también debe dirigirse a la CHRCO.

**Oficial de cumplimiento**

La CHRCO es responsable de investigar y resolver todas las inquietudes denunciadas y deberá informar al Comité de Cumplimiento de todas ellas. La CHRCO o su persona designada deberán informar a la Junta Directiva completa en cada Reunión de la Junta programada regularmente sobre la actividad de cumplimiento.

**Investigaciones**

La CHRCO puede delegar la responsabilidad de investigar una inquietud denunciada, ya sea una inquietud contable o de otro tipo, a uno o más empleados de la Agencia o a cualquier otra persona, incluidas las personas no empleadas por la agencia, seleccionadas por la CHRCO; siempre que la CHRCO no pueda delegar dicha responsabilidad a un empleado u otra persona que sea objeto de la inquietud denunciada o de una manera que comprometa la identidad de un empleado que denunció la inquietud de forma anónima o la confidencialidad de la queja o la investigación resultante. Los empleados y los consumidores deben cooperar con los esfuerzos de investigación.

**Acto de buena fe**

Cualquier persona que denuncie una inquietud debe actuar de buena fe y tener motivos razonables para creer que la información revelada puede indicar una violación de la ley o las normas éticas. Cualquier acusación que demuestre haber sido hecha maliciosamente o con conocimiento de ser falsa será vista como una falta disciplinaria grave.

**Confidencialidad**

La Agencia asume seriamente su responsabilidad de hacer cumplir esta Política de Denunciantes y, por lo tanto, alienta a cualquier persona que denuncie una inquietud a identificarse para facilitar cualquier investigación resultante. No obstante lo anterior, al denunciar una inquietud, una persona protegida puede solicitar que dicha denuncia sea tratada de manera confidencial (incluso que la Agencia tome medidas razonables para garantizar que la identidad de la persona que denuncia se mantenga en el anonimato). Las inquietudes también se pueden denunciar de forma anónima. Las denuncias de inquietudes se mantendrán de manera confidencial en la medida de lo posible, de acuerdo con la necesidad de realizar una investigación adecuada.

**Manejo de las inquietudes denunciadas**

La CHRCO acusará recibo de cada inquietud denunciada dentro de los cinco días hábiles, pero solo en la medida en que se divulgue la identidad o se proporcione la dirección del remitente. Todos las denuncias serán investigadas sin demora; quedando el alcance de cualquier investigación de este tipo a criterio exclusivo del Comité de Cumplimiento, y se tomarán las medidas correctivas apropiadas si la investigación lo amerita.

**Registros**

El Comité de Cumplimiento retendrá de forma estrictamente confidencial durante un período de siete años (o de otra manera según lo exijan las políticas de retención de registros de la Agencia) todos los registros relacionados con cualquier inquietud denunciada y con la investigación y resolución de la misma. Todos estos registros son confidenciales para la Agencia y se considerarán privilegiados y confidenciales.

**CIERTAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES**

**I. LEYES DE FRAUDE Y ABUSO**

**A. Leyes Federales**

**Ley de Reclamaciones Falsas (Título 31, §§3729-3733 del Código de los Estados Unidos)**

La Ley de Reclamaciones Falsas ("FCA, por sus siglas en inglés") establece en la parte pertinente que:

Cualquier persona que (1) a sabiendas presenta, o hace que se presente, a un funcionario o empleado del Gobierno de los Estados Unidos... una reclamación de pago o aprobación falsa o fraudulenta; (2) a sabiendas hace, usa u hace que se prepare o use un registro o una declaración falsa para obtener el pago o la aprobación de una reclamación falsa por parte del Gobierno; (3) conspira para defraudar al Gobierno al obtener el pago o la aprobación de una reclamación falsa por parte del Gobierno... o (7) a sabiendas hace, usa u hace que se prepare o use un registro o una declaración falsos para ocultar, evitar o reducir una obligación de pago o transmitir dinero o activos al Gobierno, es responsable ante el Gobierno de los Estados Unidos de una multa civil de entre USD 10.781,40 y no más de USD 21.562,80 más 3 veces el monto de los daños ocasionados al Gobierno debido al acto de esa persona.

A los fines de esta sección, los términos "conocer" y "a sabiendas" significan que una persona, con respecto a la información (1) tiene conocimiento real de la información, (2) actúa en ignorancia deliberada de la verdad o falsedad de la información; o (3) actúa en un desprecio imprudente de la verdad o falsedad de la información y no se requiere prueba de intención específica de defraudar (Título 31, §3729, del Código de EE. UU.)

La Ley de Reclamaciones Falsas impone una responsabilidad a cualquier persona que presente un reclamación al gobierno federal que sabe (o debería saber) que es falsa. La Ley de Reclamaciones Falsas también impone responsabilidad a una persona que a sabiendas presente un registro falso para obtener el pago del gobierno. La tercera área de responsabilidad incluye aquellas instancias en las que alguien pueda obtener dinero del gobierno federal al que no tiene derecho, y utiliza declaraciones o registros falsos para retener el dinero. La FCA establece que las partes privadas pueden presentar una demanda en nombre de los Estados Unidos. Dicha persona, conocida como "expositor *qui tam*", puede compartir un porcentaje de los ingresos de una acción o acuerdo según la FCA.

Recursos Administrativos para Reclamaciones Falsas (Título 31, Capítulo 38,§§ 3801-3812 del Código de EE. UU.) Esta ley permite recuperaciones administrativas por parte de agencias federales. Si una persona presenta una reclamación que sabe que es falsa o que contiene información falsa, u omite información importante, la agencia que recibe la reclamación puede imponer una multa de hasta USD 5.000 por cada reclamación, más un monto igual al doble del monto de la reclamación.

**B. Leyes del Estado de Nueva York**

**Ley de Reclamaciones Falsas de Nueva York (Ley Financiera del Estado, §§187-194)**

La Ley de Reclamaciones Falsas del Estado de Nueva York es similar a la Ley de Reclamaciones Falsas federal. Impone sanciones y multas a las personas y entidades que presenten reclamaciones de pago falsas o fraudulentas ante cualquier gobierno estatal o local, incluidos los programas de atención médica como Medicaid. La multa por presentar una reclamación falsa es de entre USD 10.781,40 y USD 21.562,80 por reclamación y los daños recuperables son entre dos y tres veces el valor del monto recibido falsamente. Además, es posible que la parte que presenta la reclamación falsa tenga que pagar los honorarios legales del gobierno. Los particulares pueden presentar demandas en los tribunales estatales en representación de los partidos gubernamentales estatales o locales. Si, como resultado de la demanda, la parte que presenta una reclamación falsa debe realizar reembolsos al gobierno, la persona que inició la causa puede obtener entre el 25 % y el 30 % de los ingresos si el gobierno no participó en la demanda, o entre el 15 % y el 25 % si el gobierno participó.

**Ley de Servicios Sociales §145-b, Declaraciones Falsas**

Es una violación de esta ley, obtener o intentar obtener a sabiendas el pago por los artículos o servicios proporcionados bajo cualquier programa de Servicios Sociales, incluido Medicaid, por medio de una declaración falsa, un ocultamiento deliberado u otro esquema o mecanismo fraudulento. El estado o el distrito local de Servicios Sociales y el Departamento de Salud pueden recuperar tres veces la cantidad pagada indebidamente e imponer multas y sanciones.

**Ley de Servicios Sociales Párrafo §1-c, Sanciones**

La ley establece que se impongan sanciones a una persona que solicita o recibe asistencia pública, incluido Medicaid, por hacer intencionalmente una declaración falsa o engañosa.

**Ley de Servicios Sociales § 145, Sanciones**

Cualquier persona que a sabiendas presente declaraciones falsas u oculte información importante para recibir asistencia pública, incluido Medicaid, es culpable de un delito menor.

**Ley de Servicios Sociales § 366-b, Sanciones por Prácticas Fraudulentas**

Cualquier persona que obtenga o trate de obtener, para sí misma o para otros, asistencia médica mediante una declaración falsa, ocultamiento de hechos importantes, uso indebido de nombre u otros medios fraudulentos es culpable de un delito menor.

Cualquier persona que, con la intención de defraudar, presente para el pago una reclamación falsa o fraudulenta por la prestación de servicios, que a sabiendas presente información falsa para obtener una mayor compensación de Medicaid, o que a sabiendas presente información falsa a fin de obtener autorización para proporcionar artículos o servicios es culpable de un delito menor.

**Artículo 155 de la Ley Penal, Hurto**

El delito de hurto lo comete una persona que, con la intención de privar a otro de su bien, obtiene, toma o retiene el bien por medio de engaños, apropiación indebida de fondos, falsas pretensiones, falsas promesas, incluido un plan para defraudar, u otro comportamiento similar. El hurto ha cambiado en algunos casos de fraude de Medicaid.

**Artículo 175 de la Ley Penal, Declaraciones Falsas por Escrito**

Esta ley establece sanciones penales por falsificar registros comerciales y ofrecer instrumentos falsos a una agencia gubernamental.

**Ley Penal Artículo 176. Fraude a Seguros**

Esta ley establece sanciones penales por fraude a seguros, incluidas las reclamaciones falsas a Medicaid y otras aseguradoras de salud.

**Ley Penal 177. Fraude a la Atención Médica**

Esta ley establece sanciones penales por reclamaciones fraudulentas de pago de seguro de salud, incluido Medicaid.

**II. LEYES DE PROTECCIÓN DE LOS DENUNCIANTES**

**Ley Federal de Reclamaciones Falsas (Título 31, §3730(h) del Código de los Estados Unidos**

La FCA brinda protección a los expositores *qui tam* (personas que hayan iniciado una acción de reclamaciones falsas) que sean despedidos, degradados, suspendidos, amenazados, hostigados o de cualquier otra forma discriminados en los términos y condiciones de su empleo como consecuencia de haber promovido una acción según la FCA. Los resarcimientos incluyen la reincorporación con una antigüedad comparable a la que habría tenido el expositor *qui tam* de no ser por la discriminación, dos veces el monto de cualquier pago atrasado, intereses sobre cualquier pago atrasado y compensación por los daños especiales sufridos como resultado de la discriminación, incluidos gastos de litigio y honorarios razonables de abogados.

**Ley de Reclamaciones Falsas de Nueva York (Ley Financiera del Estado, §§191)**

La Ley de Reclamaciones Falsas también brinda protección a los expositores *qui tam* que sean despedidos, degradados, suspendidos, amenazados, hostigados o de cualquier otra forma discriminados en los términos y condiciones de su empleo como resultado de la haber promovido una acción conforme a la Ley. Los resarcimientos incluyen la reincorporación con una antigüedad comparable a la que habría tenido el expositor *qui tam* de no ser por la discriminación, dos veces el monto de cualquier pago atrasado, intereses sobre cualquier pago atrasado y compensación por los daños especiales sufridos como resultado de la discriminación, incluidos gastos de litigio y honorarios razonables de abogados.

**Ley Laboral de Nueva York §740**

Un empleador no podrá tomar ninguna medida de represalia contra el empleado si el empleado divulga información sobre las políticas, prácticas o actividades del empleador a una agencia reguladora, del orden público u otra agencia similar o funcionario público. Las divulgaciones protegidas son aquellas que afirman que el empleador está violando una ley que crea un peligro sustancial y específico para la salud y la seguridad pública o que constituye un fraude en la atención médica en virtud de la Ley Penal §177 (presentando a sabiendas, con la intención de defraudar, una reclamación de pagos que intencionalmente tenga información falsa u omisiones). La divulgación del empleado está protegida solo si el empleado primero planteó el asunto ante un supervisor y le dio al empleador una oportunidad razonable para corregir la presunta violación. Si un empleador toma una acción de represalia contra el empleado, el empleado puede demandar en el tribunal estatal la reincorporación al mismo puesto, o un puesto equivalente, cualquier pérdida de salarios atrasados y beneficios, y los honorarios de abogados. Si el empleador es un proveedor de salud y el tribunal determina que la acción de represalia del empleador fue de mala fe, puede imponer una multa civil de USD 10.000 al empleador.

**Ley Laboral de Nueva York §741**

Un empleador de atención médica no puede tomar ninguna medida de represalia contra un empleado si el empleado divulga cierta información sobre las políticas, prácticas o actividades del empleador a una agencia reguladora, del orden público u otra agencia similar o funcionario público. Las divulgaciones protegidas son aquellas que afirman que, de buena fe, el empleado cree que la atención recibida por el paciente es de una calidad inadecuada. La divulgación sobre el empleador está protegida solo si el empleado primero planteó el asunto ante un supervisor y le dio al empleador una oportunidad razonable para corregir la presunta violación, a menos que el peligro sea inminente para el público o el paciente y el empleado crea de buena fe que hacer la denuncia ante un supervisor no daría lugar a una acción correctiva. Si un empleador toma una acción de represalia contra el empleado, el empleado puede iniciar una demanda en un tribunal estatal para la reincorporación al mismo puesto, o un puesto equivalente, el pago de cualquier salario atrasado y beneficios perdidos, y de honorarios de abogados. Si el empleador es un proveedor de salud y el tribunal determina que la acción de represalia del empleador fue de mala fe, puede imponer una multa civil de USD 10.000 al empleador.