

Paquete de Precontratación de Autodirigido/Participante de NM

Antes de que usted pueda trabajar como empleado con un participante o miembro en el Programa de Exención de Apoyos, Mi Vía, o Beneficios Comunitarios Auto Dirigidos (SDCB), usted debe pasar una investigación de antecedentes penales de cuidador por el Estado de Nuevo México y el FBI. Una vez que Conduent (antes Xerox) reciba el paquete de precontratación completo, comprobaremos el registro de abusos del Estado de Nuevo México y enviaremos su documentación completa a la División de Mejora de la Salud (DHI). Este proceso debe completarse ANTES de que pueda comenzar a trabajar. Si usted no aparece en el registro de abuso y su paquete es aceptado como completo en DHI, el empleador para el cual usted ha solicitado trabajo será notificado que puede contratarlo por hasta 20 días mientras DHI y el FBI procesan su investigación de antecedentes penales. **NO EMPIECE A TRABAJAR HASTA QUE SE LE NOTIFIQUE.** En ese momento, rellene el paquete de inscripción de nuevos empleados. Si DHI nos notifica que usted no pasa la investigación de antecedentes penales, notificaremos a su empleador y por ley estatal usted será despedido inmediatamente.

Debe completar y devolver estos formularios previos a la contratación:

- Autorización de antecedentes penales para la divulgación de información (Obligatoria).** Según el programa, todos los empleados deben someterse a una verificación de antecedentes penales. El costo de la verificación periódica de antecedentes será responsabilidad de Conduent.
- Persona legalmente responsable (Obligatorio).** Este formulario debe ser completado para determinar si usted es un Individuo Legalmente Responsable y si se debe obtener la aprobación del estado.
- Tarjetas de huellas dactilares (Obligatorio).** Se incluyen tres tarjetas de huellas dactilares con este paquete y deben devolverse con los demás documentos requeridos. Le sugerimos que se ponga en contacto con el departamento de orden público de su localidad para informarse sobre la toma de huellas dactilares.
- Copia del documento de identidad que contenga una fotografía (Obligatorio).** Por favor, haga una copia clara de su tarjeta de identificación que contenga una fotografía y cumpla con los requisitos de empleo de acuerdo con la ley de inmigración y nacionalidad en su versión modificada. Una copia de una licencia de conducir, pasaporte, tarjeta de identificación emitida por una agencia del gobierno federal, estatal o local siempre que contenga una fotografía y fecha de caducidad. Conduent deberá enviarla a DHI junto con la solicitud. Si la fotocopia no es clara, no podremos enviarla a DHI y le solicitaremos una nueva copia.

Fax: 866.302.6787

Correo electrónico: docprocessing@conduent.com

**Dirección física: 1720-A
Randolph Rd SE
Albuquerque, NM 87106**

**Dirección postal:
PO Box 27460
Albuquerque, NM 87125-7460**

Si necesita ayuda durante este proceso, póngase en contacto con el Centro consolidado de atención al cliente (CCSC) llamando al 1.800.283.4465.

Persona legalmente responsable

De acuerdo con 8.314.6.7 NMAC y 8.308.12 K. NMAC, una persona legalmente responsable (LRI, por sus siglas en inglés) se define como cualquier persona que, en virtud de la legislación estatal, tiene la obligación de cuidar a otra persona. Esta categoría incluye típicamente: el padre (biológico, legal o adoptivo) de un niño menor; el tutor de un niño menor que debe brindar atención al niño; o un cónyuge. Debe obtenerse la aprobación del estado o de la organización de asistencia gestionada para que se pague a un LRI por prestar servicios de autodirección (Self-Direction).

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre completo (Primer, Segundo, Apellido):

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE/MIEMBRO

Nombre completo (Primer, Segundo, Apellido):

¿Es el empleado legalmente responsable del participante/miembro? Sí No

Si el empleado es legalmente responsable del participante/miembro, marque la casilla que mejor describa la relación del empleado con el participante/miembro:

- Padre (biológico, legal o adoptivo) del participante/miembro menor de edad.
- Tutor del participante/miembro menor de edad.
- Cónyuge del participante/miembro.

Si el empleado es una persona legalmente responsable (LRI, por sus siglas en inglés) del participante/miembro, la aprobación del estado o de la organización de atención gestionada para ser un proveedor remunerado debe enviarse con el paquete de recontractación. Si el LRI será proveedor de más de un servicio, se debe presentar la aprobación del Estado o de la Organización de Atención Administrada para cada servicio.



División de Mejoramiento de la Salud

PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES DE CUIDADORES AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Para ser completada por el Representante Autorizado del Proveedor de Cuidados/Institución

1. Apellido del solicitante:		2. Nombre del solicitante:		3. Segundo nombre del solicitante:	
4. Fecha de nacimiento del solicitante [][]-[][]-[][][][]		5. Fecha de nacimiento del solicitante [][]-[][]-[][][][]		6. Fecha de contratación del solicitante [][]-[][]-[][][][]	
7. Nombre de la agencia proveedora de cuidados*:				8. Cargo del solicitante*:	
9. Dirección del proveedor de cuidados:					
10. Ciudad del proveedor de cuidados:		11. Estado del proveedor de cuidados:		12. Código postal del proveedor:	
13. <u>A rellenar por el solicitante: ¿Ha sido condenado por algún delito grave? En caso afirmativo, indique la fecha, el título y el lugar de la condena*:</u>					
14. Examen del Registro de Abuso de Empleados*: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>			16. Tipo de investigación de antecedentes penales*: <input type="checkbox"/> Revisión a nivel nacional y estatal (\$65.00) <input type="checkbox"/> Sólo a nivel estatal (\$20.00)		
15. Date of EAR Screening*: [][]-[][]-[][][][]					
Fecha de la última revisión de antecedentes penales de CCHSP:					
ATENCIÓN: Representante autorizado , asegúrese de que este documento esté firmado en su presencia y que la información del nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento esté verificada con una identificación válida.					
17. Nombre del representante autorizado en letra de imprenta o a máquina:			18. Cargo del representante autorizado:		
_____ Firma del representante autorizado			_____/_____/_____ Fecha		

*Instrucciones de completado proporcionadas

Reconocimiento del solicitante

Conforme a la NSMA 1978, Sección 29-10-6(A) (Repl. Pamp. 1990), de la Ley de Información de Registros de Arrestos de Nuevo México, por la presente nombro al Departamento de Salud de Nuevo México como agente autorizado para mí con el propósito de inspeccionar (y/u obtener copias) de cualquier información de registro respaldada por tarjetas de huellas dactilares de arrestos de Nuevo México que mantengan el Departamento de Seguridad Pública y la Oficina Federal de Investigaciones, incluida la información relativa a arrestos por delitos graves o delitos menores.

Al custodio de los registros en cuestión, por la presente le ordeno que divulgue dicha información al Agente Autorizado según se describe anteriormente.

Autorizo la divulgación de dichos registros con el único fin de cumplir con la "Ley de Investigación de Antecedentes Penales de Cuidadores" NMSA 1978, Secciones 20-17-1 a 5 y Sección 307, Ley de Modernización, Mejora y Medicamentos Recetados de Medicare de 2003, Programa Piloto para la Verificación de Antecedentes Nacionales y Estatales de Empleados con Acceso Directo a Pacientes de Centros o Proveedores de Cuidados a Largo Plazo. Queda entendido que la confidencialidad de dichos registros se mantendrá de conformidad con la legislación aplicable.

Esta autorización también constituye, con respecto al registro de antecedentes penales, un permiso para que el Departamento, tras un intento de obtener información aclaratoria del solicitante o cuidador, atribuya, como presunción refutatoria, la condición de condena inhabilitante a cualquier arresto por delitos que constituirían una condena inhabilitante y para los cuales el arresto que aparece en el registro nacional de antecedentes penales carece de una disposición clara.

Todos los documentos presentados al Departamento de Salud pasan a ser propiedad exclusiva del Departamento y no son retornables.

_____ Firma del solicitante	_____/_____/_____ Fecha
--------------------------------	----------------------------

PARA USO EXCLUSIVO DEL CCHSP

Fecha de la última autorización	Estado de la última autorización	Datos PACT actualizados

INSTRUCCIONES DE LLENADONS

PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES DE LOS CUIDADORES AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

7.	Nombre del Proveedor de Cuidados archivado en el Programa de Verificación de Antecedentes Penales de los Cuidadores. Si es la primera vez que el proveedor de cuidados presenta la investigación de antecedentes penales, sírvase presentar un <i>Formulario de información sobre el nuevo proveedor de cuidados/instalación</i> . Este formulario se puede encontrar en http://dhi.health.state.nm.us/cchsp
8.	Puesto del solicitante: utilice las opciones que se detallan a continuación para cumplimentar esta sección. Seleccione el número correspondiente y colóquelo en la Autorización del Programa de Verificación de Antecedentes Penales de Cuidadores para la divulgación de información.
13.	El solicitante debe proporcionar al departamento todos los hallazgos comprobados conocidos de abuso, negligencia o explotación o cualquier antecedente penal por delito grave al presentar la solicitud de investigación de antecedentes penales.
14.	Si el solicitante o el cuidador está sujeto a los requisitos de la Ley de Registro de Abuso de Empleados de 2005 (7.1.12 NMAC), el proveedor de cuidado debe seleccionar si investigó al solicitante o al cuidador en el Registro de Abuso de Empleados.
15.	Fecha en que el solicitante o cuidador fue examinado por el Registro de Abuso de Empleados.
16.	Tipo de investigación de antecedentes penales: debe seleccionar una investigación completa a nivel nacional y estatal o una investigación modificada sólo a nivel estatal. Si se solicita una investigación de antecedentes penales sólo a nivel estatal, el personal de investigación de antecedentes penales de los cuidadores verificará la información de identificación pertinente del solicitante, cuidador o cuidador hospitalario para determinar su elegibilidad.

EJECUTIVO, ADMINISTRATIVO, DIRECTIVO

1. Empleados	La persona responsable de los servicios administrativos del centro, como el registro de personal, la contabilidad, el tratamiento de textos, el archivo, etc.
2. Director/Gerente comercial	La persona responsable de las actividades administrativas y de gestión del centro. Incluye al director, al subdirector, al director comercial, a los jefes de unidad y al resto del personal de cada departamento.
3. Administrador de hogar de ancianos	Persona con licencia en el estado en el que se encuentra el hogar de ancianos y responsable de planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento de una residencia de ancianos. Incluye al administrador y al asistente del administrador.
4. Otros	Otras categorías de empleados ejecutivos, administrativos y directivos.

ATENCIÓN SANITARIA PROFESIONAL/CON LICENCIA

5. Dentista	Un médico autorizado para ejercer la odontología de acuerdo con la legislación estatal del estado en el que se encuentre el centro.
6. Dietista	Persona empleada a tiempo completo, parcial o como consultor, que está registrada por la Comisión de Registro Dietético de la Asociación Dietética Americana, o está calificada para ser dietista en base a su experiencia en la identificación de necesidades dietéticas, planificación e implementación de programas dietéticos.
7. Enfermera práctica con licencia/enfermera vocacional con licencia	Una persona con licencia para ejercer como enfermera práctica/vocacional con licencia en el estado en el que se encuentra el centro.
8. Director médico	Persona con licencia para ejercer como médico designada como responsable de la implementación de las políticas de atención de pacientes o residentes y de la coordinación de la atención médica en el establecimiento.
9. Profesional de la salud mental	Persona con licencia para ejercer la psiquiatría o la psicología conforme a la legislación estatal del estado en el que se encuentra el establecimiento.
10. Terapeuta ocupacional/vocacional	Persona autorizada/registrada como terapeuta ocupacional o vocacional conforme a la legislación estatal del estado en el que se encuentra el centro.

11. Farmacéutico	Persona autorizada por el estado para desempeñar diversas funciones, entre ellas, brindar consultas sobre servicios de farmacia, establecer un sistema de registros de medicamentos controlados, supervisar los registros y conciliar los medicamentos controlados, y/o realizar una revisión mensual del régimen de medicamentos para cada residente o paciente.
12. Fisioterapeuta	Persona autorizada/registrada para ejercer servicios de fisioterapia de acuerdo con la legislación estatal del estado en el que se encuentra el centro.
13. Médico	Una persona con licencia para ejercer como médico, en el estado en el que se encuentra el centro, distinta del director médico, que examina, trata, opera, prescribe o asesora en el diagnóstico o prevención de afecciones de la salud humana.
14. Asociado médico	Cualquier profesional de la salud aliado, como una enfermera practicante, especialista en enfermería clínica o asistente médico que realice servicios delegados por un médico.
15. Podólogo	Médico autorizado para ejercer la podología de acuerdo con la legislación del estado en el que se encuentra el hospital.
16. Enfermera certificada	Persona con licencia para ejercer como enfermero diplomado en el estado en el que se encuentra el hospital. Incluye a las enfermeras geriátricas y a las enfermeras clínicas especialistas que realizan principalmente tareas de enfermería, no tareas delegadas por el médico. Incluye al director de enfermería y a las enfermeras con funciones administrativas.
17. Trabajador social	Una persona con licencia/registrada como trabajador social de acuerdo con la ley estatal en el estado en el que se encuentra el hospital.
18. Patólogo del habla/lenguaje	Patólogo del habla/lenguaje Persona autorizada/registrada para proporcionar terapia del habla y servicios relacionados (por ejemplo, enseñar a un residente a tragar) de acuerdo con la legislación estatal del estado en el que se encuentra el hospital.
19. Otros	Otras categorías de profesionales/empleados con licencia.

TÉCNICOS SANITARIOS SIN LICENCIA

20. Asistente de alimentación	Persona que ayuda a los residentes de un centro de cuidados de larga duración que no tienen problemas complicados de alimentación con las actividades de comer y beber.
21. Auxiliar/Técnico de medicación	Una persona, que no sea un profesional con licencia, que cumple con los requisitos estatales de aprobación para administrar medicamentos a pacientes o residentes.
22. Auxiliar de enfermería	Una persona que ha completado un programa de capacitación y/o evaluación de competencia para auxiliares de enfermería aprobado por el estado, o ha cumplido con otros requisitos según lo determine el estado, para su inclusión en el registro estatal de auxiliares de enfermería, y está aprobada para brindar servicios relacionados con la enfermería a pacientes o residentes.
23. Auxiliar de enfermería en entrenamiento	Persona inscrita en un programa de capacitación y evaluación de competencias para auxiliares de enfermería aprobado por el estado. Los auxiliares de enfermería en capacitación pueden prestar servicios relacionados con la enfermería para los cuales han sido capacitados y considerados competentes, mientras se encuentren bajo la supervisión de una enfermera con licencia o certificada.
24. Auxiliar de terapia ocupacional/vocacional	Persona con entrenamiento especializado para ayudar a un terapeuta ocupacional o vocacional a llevar a cabo el plan integral de atención del terapeuta ocupacional o vocacional bajo la supervisión directa del terapeuta, de conformidad con la ley estatal.
25. Asistente de terapia ocupacional/vocacional	Una persona que, de acuerdo con la ley estatal, tiene una licencia/certificación y entrenamiento especializado para asistir a un Terapeuta Ocupacional (OT) o Terapeuta Vocacional (VT) licenciado, certificado, y/o registrado para llevar a cabo el plan comprensivo de cuidado del OT o VT, sin la supervisión directa del terapeuta.
26. Celador, Asistente	Una persona, normalmente sin capacitación médica, que realiza cuidados básicos al paciente bajo la dirección del personal de enfermería. Las tareas pueden incluir alimentar, bañar, vestir, asear o trasladar a los pacientes, o cambiar la ropa de cama.
27. Trabajador de cuidados personales	Una persona que ayuda con las actividades de la vida diaria y tareas básicas como bañarse, vestirse, asearse y comer, así como con la autoadministración de medicamentos y la preparación de dietas especiales.
28. Asistente de fisioterapia	Una persona que, de acuerdo con la ley estatal, tiene licencia/certificación y formación especializada para ayudar a un fisioterapeuta (PT) licenciado, certificado y/o registrado a llevar a cabo el plan de cuidados integral del PT, sin la supervisión directa del terapeuta.
29. Auxiliar de fisioterapia	Una persona con entrenamiento especializado para ayudar a un fisioterapeuta a llevar a cabo el plan de cuidados integral del fisioterapeuta bajo la supervisión directa del terapeuta, de acuerdo con la ley estatal.
30. Otros	Otras categorías de empleados técnicos sin licencia.

IV. SERVICIOS DE LABORATORIO Y RADIOLOGÍA

31. Técnico de laboratorio	Persona que realiza pruebas de laboratorio clínico rutinarias en sangre, tejidos y fluidos corporales para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, bajo la supervisión de un tecnólogo médico. Entre sus funciones se incluyen la recogida de muestras de sangre, la preparación de soluciones químicas, la preparación y el análisis de muestras, el mantenimiento de registros de pruebas de laboratorio, la ejecución y el mantenimiento de controles de calidad, la resolución de problemas de instrumentación y la comunicación de resultados a enfermeros jefe o médicos.
32. Técnico de radiología	Persona que maneja equipos radiográficos y de radioterapia para administrar radioterapia y producir imágenes de estructuras corporales para el diagnóstico y tratamiento de lesiones y enfermedades. Se incluyen en esta categoría los técnicos de radiación que son supervisores o instructores.
33. Otros	Otras categorías de empleados de laboratorio o radiología.

V. SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN

34. Cocinero	Persona cuya responsabilidad principal es preparar la comida en un establecimiento.
35. Preparador de alimentos	Persona que ayuda en la preparación de la comida y realiza tareas generales de custodia en la cocina.
36. Camarero, Camarera	Una persona cuyas funciones incluyen preparar las mesas para una comida, tomar los pedidos de los residentes y servir la comida en un establecimiento.
37. Otros	Otras categorías de empleados del servicio de comidas.

VI. SERVICIOS DE LIMPIEZA

38. Limpiador	Persona que se encarga del lavado y limpieza de la ropa en una instalación.
39. Conserje	Persona responsable de la limpieza y el mantenimiento de una instalación. Puede incluir a un superintendente de edificios o a un ingeniero de mantenimiento.
40. Camarera	Persona responsable de la limpieza de una instalación. Puede ser el supervisor de limpieza.
41. Otros	Otras categorías de empleados de limpieza.

DATOS A INTRODUCIR EN LAS TARJETAS DE HUELLAS DACTILARES

Los siguientes campos DEBEN ser llenados para que una tarjeta de huellas dactilares sea procesada por el FBI:

- **Bloque de nombre (NAM)**- Introduzca el nombre en este campo. No deben utilizarse abreviaturas para ninguna parte del nombre. El formato es el apellido seguido de una coma (,) y el nombre y el segundo nombre, si los hay. El sufijo que denota antigüedad (Jr., Sr., III, etc.) debe seguir al segundo nombre. No obstruya esta zona con sellos, etiquetas, agujeros o grapas donde esté impreso el nombre.
- **Bloque de firma de la persona a la que se toman las huellas dactilares** - Debe firmarse en presencia de la persona que toma las huellas.
- **Bloque de residencia** - Introduzca la dirección completa de residencia y el código postal.
- **Bloque de fecha** - Introduzca la fecha en que se toman las huellas dactilares.
- **Bloque de empleador y dirección** - Déjelo en blanco. Esto será completado por Xerox
- **Bloque de la razón por la que se tomaron las huellas dactilares** - Este recuadro se ha rellenado previamente para usted.
- **Bloque de alias/apellido de soltera (AKA)** - Enumere otros nombres utilizados que sean diferentes al nombre en el bloque "NAM".
- **Bloque del país de ciudadanía (CTZ)** - Introduzca "US" si es ciudadano de los Estados Unidos; en caso contrario, introduzca el país correspondiente.
- **Bloque del número de la Seguridad Social (SOC)** - Indique el número de la Seguridad Social, si lo conoce.
- **Bloque de color de ojos** - (3 caracteres):

Si la descripción es

BLACK (NEGRO)
 BLUE (AZUL)
 BROWN (CAFÉ)
 GRAY (GRIS)
 GREEN (VERDE)
 HAZEL (AVELLANA)
 UNKNOWN (DESCONOCIDO)

Lista de datos en bloque como:

BLK
 BLU
 BRO
 GRY
 GRN
 HAZ
 UNK

- **Bloque de color de pelo** - (3 Caracteres):

Si la descripción es

BALD (CALVO)
 BLACK (NEGRO)
 BLONDE (OR STRAWBERRY RUBIO (O FRESA
 BROWN (CAFÉ)
 GRAY (OR PARTIALLY GRAY) (GRIS (O PARCIALMENTE
 GRIS)
 RED (OR AUBURN) ROJO (O CASTAÑO)
 SANDY (ARENA)
 WHITE (BLANCO)
 UNKNOWN (DESCONOCIDO)

Lista de datos en bloque como:

BAL
 BLK
 BLN
 BRO
 GRY
 RED
 SDY
 WHI
 UNK

- **Raza:**

A – ASIAN (ASIÁTICO)	W – WHITE (BLANCO)
B – BLACK (NEGRO)	U – UNKNOWN (DESCONOCIDO)
I – AMERICAN INDIAN (INDIO AMERICANO)	