

Formulario actualizado de declaración para vacunación contra COVID-19

Actualizado: 18 de marzo de 2022

Programa autodirigido de MassHealth de Exenciones para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)

Este formulario actualizado ayudará a que su Consumidor empleador beneficiario del programa de Exenciones verifique su estado de vacunación y decida sobre su seguridad y cuidados personales. Cada Asistente de Atención Directa (DCW) debe completar este formulario actualizado, guardarlo en el expediente personal del DCW y presentarlo al beneficiario de las Exenciones ABI o MFP y/o a su representante para confirmar el estado de vacunación de dicho DCW, y así ayudar al beneficiario de la Exención a decidir sobre su seguridad y cuidados personales. Se debe presentar este formulario a la agencia de MassHealth o a la persona designada si se los solicitan.

Los asistentes de atención directa que se rehúsen a completar este formulario y/o cumplir con los reglamentos promulgados, o con los decretos ejecutivos emitidos, por el Departamento de Salud Pública respecto a los requisitos de vacunación contra la COVID-19, estarán sujetos a la terminación de la relación de trabajo, según lo determine su Consumidor empleador beneficiario de la Exención.

Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:

- Entiendo que, según lo estipulado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts en el reglamento 105 CMR 159.000: *Vacunación contra COVID-19 para determinados empleados que brinden servicios de cuidados domiciliarios en Massachusetts*, se exige a los Asistentes de Atención Directa (DCW), que trabajen para el Programa Autodirigido de MassHealth de Exenciones MFP para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS), que completen todo el calendario obligatorio de dosis de la vacuna contra la COVID-19 antes del 31 de octubre de 2021, y que todos los nuevos DCW contratados después de esa fecha deben completar todo el calendario obligatorio de vacunas antes de la fecha de su contratación;
- Entiendo que, conforme al Decreto Ejecutivo Nro. 2022-01 por la Emergencia de Salud Pública por COVID-19 emitido por la entonces comisionada interina de Salud Pública el 6 de enero de 2022, se exigía que los DCW recibieran la dosis adicional o el refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 antes del 28 de febrero de 2022, lo cual ha sido extendido al 21 de marzo de 2022, o dentro de las tres semanas de ser elegibles para vacunarse con la dosis adicional o el refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 si fueran elegibles después de esa fecha. También entiendo que todos los nuevos DCW contratados después de esa fecha deben recibir las dosis adicionales o el refuerzo contra la COVID-19 dentro de las tres semanas de la fecha de su contratación, o dentro de las tres semanas de ser elegibles para vacunarse con la dosis adicional o el refuerzo contra la COVID-19 si no fueran elegibles antes de la fecha de su contratación;
- He recibido información respecto a los riesgos y los beneficios de vacunarme contra la COVID-19, la cual incluye la información indicada en www.mass.gov/info-details/massachusetts-law-about-vaccination-immunization;
- Entiendo que, según las leyes laborales estatales y federales, mi Consumidor empleador beneficiario de la Exención tiene el derecho legal de exigirme que me vacune contra la COVID-19 como una condición de mi empleo. **Debido a este requisito, mi Consumidor empleador**

beneficiario de la Exención puede decidir la contratación, terminación de la relación de trabajo y programación de horarios;

- Puedo presentar comprobantes de mi estado de vacunación o de refuerzos o los documentos que demuestren que califico para una exención;
- Entiendo que, si califico para recibir una exención o que si no me vacuno o recibo el refuerzo, yo podría correr un riesgo mayor de contraer la COVID-19 y/o de transmitirla a los demás; y
- Entiendo que mi Consumidor empleador beneficiario de la Exención podría decidir terminar la relación de trabajo incluso si yo calificara para recibir una exención, o si yo no pudiera desempeñar mis funciones esenciales de empleo con acomodaciones razonables, que no ocasionen una carga excesiva para mi Consumidor empleador beneficiario de la Exención.

Estado de vacunación del DCW

Al firmar a continuación, declaro lo siguiente bajo pena de perjurio (por favor marque una):

- ☐ He completado todo el calendario de dosis de la vacuna contra la COVID-19. Específicamente, he recibido dos dosis de la vacuna de Pfizer-BioNTech, o dos dosis de la vacuna de Moderna, o una dosis de la vacuna de Johnson & Johnson más una dosis adicional o el refuerzo de la vacuna contra la COVID-19.
- ☐ He recibido dos dosis de la vacuna de Pfizer-BioNTech, o dos dosis de la vacuna de Moderna, o una dosis de la vacuna de Johnson & Johnson, pero aún no he recibido una dosis adicional o el refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 debido a que en este momento no soy elegible. Seré elegible el _____ (Escriba la fecha).
- ☐ Estoy solicitando una exención para no vacunarme contra la COVID-19 debido a una de las siguientes (por favor marque una):
- ☐ Un profesional médico independiente y con licencia, que tiene conmigo una relación médico-paciente, ha determinado que administrarme la vacuna contra la COVID-19 está contraindicado médicamente, es decir, la vacuna anti-COVID-19 sería perjudicial para mi salud. Asimismo tengo documentos de dicho profesional médico independiente y con licencia que demuestran dicha determinación;
- o
- ☐ Me opongo a vacunarme contra la COVID-19 debido a mis sinceras creencias religiosas y tengo la documentación que demuestra mis sinceras creencias religiosas.
- ☐ Actualmente no estoy vacunado/a contra la COVID-19 y no estoy solicitando (o no califico para solicitar) una exención.

Nombre del DCW	Firma del DCW	Fecha de la firma
Nombre del Consumidor Beneficiario de la Exención	Firma del Consumidor Beneficiario de la Exención, Representante o del Tutor Legal	Fecha de la firma