# **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](http://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 trasmitirla 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 |