

Formulario actualizado de declaración para vacunación contra COVID-19

Actualizado: 18 de marzo de 2022

Proveedores de servicios de MassHealth para Exenciones por Lesión Cerebral Adquirida (ABI) y del Plan Seguir Adelante (MFP): Proveedores sin agencias (empleados por cuenta propia)

Este formulario actualizado ayudará a que un beneficiario de las Exenciones ABI o MFP y/o su representante verifique su estado de vacunación y decida sobre su seguridad y cuidados personales, según lo estipulado en 130 CMR 630.000. Cada proveedor, que no pertenezca a una agencia (empleado por cuenta propia) y que esté inscrito en MassHealth, debe completar este formulario actualizado, guardarlo en su propio expediente personal y presentarlo al beneficiario de las Exenciones ABI o MFP y/o a su representante para confirmar el estado de vacunación de dicho proveedor sin agencia, 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 lo solicitan.

Los proveedores sin agencia (empleados por cuenta propia) 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 relacionados con los requisitos de vacunación contra la COVID-19 estarán sujetos a las sanciones económicas que determine la agencia de MassHealth.

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 proveedores sin agencia (empleados por cuenta propia), que trabajen para los programas de Exenciones ABI y MFP de MassHealth, 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 proveedores sin agencia (por cuenta propia), que brinden servicios 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 proveedores sin agencia (empleados por cuenta propia) 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 proveedores sin agencia (por cuenta propia) que brinden servicios 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;
- Puedo presentar los 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, según este requisito, el beneficiario de las Exenciones ABI o MFP y/o su representante podrían decidir que yo no le brinde los servicios de las Exenciones ABI o MFP.**

Estado de vacunación de los proveedores sin agencias (empleados por cuenta propia)

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

- He completado todo el calendario obligatorio 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).
- He solicitado 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 he brindado 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 Proveedor

Firma del Proveedor

Fecha de la firma

Nombre del Beneficiario de la exención

Firma del Beneficiario de la exención

Fecha de la firma