

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE NEW JERSEY
División de Discapacidades del Desarrollo

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE

Los derechos y las responsabilidades de una persona con discapacidades intelectuales o del desarrollo que recibe apoyo y servicios a través de la División de Discapacidades del Desarrollo de New Jersey (la División) incluyen, entre otros, los siguientes:

DERECHOS

Tengo el derecho a ejercer mis derechos como ciudadano.

Tengo el derecho a ser tratado con dignidad y respeto.

Tengo el derecho a que se crea en mi capacidad de tomar decisiones.

Tengo el derecho a vivir como elija, sin prejuicios ni interferencias.

Tengo el derecho a la protección contra el abuso físico, verbal, psicológico o sexual y contra los malos tratos.

Tengo el derecho a oportunidades de igualdad en el empleo y a un pago justo por mi trabajo.

Tengo el derecho a poseer, alquilar o arrendar una propiedad.

Tengo el derecho a vivir y recibir servicios o apoyos en un ambiente con mínimas restricciones.

Tengo el derecho a expresar mi sexualidad y a recibir capacitación o educación adecuada.

Tengo el derecho a casarme y a tener hijos.

Tengo el derecho a la presunción de competencia legal en los procedimientos de tutela.

Tengo el derecho a no recibir medicamentos innecesarios o excesivos.

Tengo el derecho a la privacidad durante los tratamientos y la atención de mis necesidades personales.

Tengo el derecho a la confidencialidad o privacidad de mi información y mis historias clínicas.

Tengo el derecho a estar libre del uso indebido o abuso personal y financiero.

Tengo el derecho a utilizar mi Plan de Servicios Individualizados de New Jersey (New Jersey Individualized Service Plan, NJISP) y el presupuesto para satisfacer mis necesidades dentro de las pautas del Programa de Exención.

Tengo el derecho a decidir cómo elegir mis servicios o a tener a alguien que yo elija para que me ayude con las decisiones dentro de las pautas del Programa de Exención.

Tengo el derecho a identificar e invitar a quién yo desee para que participe en las reuniones de mi plan de servicios.

Tengo el derecho a una audiencia imparcial si, por cualquier motivo, se rechazan, reducen, suspenden o interrumpen mis servicios de exención. Debe presentarse por escrito una apelación inicial ante la siguiente división:

Division of Medical Assistance and Health Services (DMAHS)
Fair Hearing Unit
PO Box 712
Trenton, NJ 08625

RESPONSABILIDADES:

Soy responsable de mantener o conservar la cobertura con Medicaid para continuar con los servicios de mi Programa de Exención.

Soy responsable de asegurarme de poder reunirme con mi coordinador de apoyo y de brindar toda la información necesaria para garantizar que mi NJISP pueda crearse dentro de los 30 días a partir de mi selección de la agencia de coordinación de apoyo.

Soy responsable de participar en el desarrollo de mi NJISP y en la toma de cualquier decisión asociada con el plan.

Soy responsable de lo que está incluido en mi NJISP y de respetar mi presupuesto según las pautas de Exención.

Soy responsable de todo el papeleo necesario y de respetar todas las políticas y los procedimientos del Programa de Exención.

Soy responsable de comunicarme con mi coordinador de apoyo en el caso de que desee cambiar a cualquiera de mis proveedores de servicios incluidos en mi NJISP.

Soy responsable de comunicarme con mi coordinador de apoyo si hay algún cambio en mi vida por el que se requiera una modificación en mi NJISP o en los servicios que recibo.

Soy responsable de participar en las comunicaciones telefónicas mensuales y visitas trimestrales con mi coordinador de apoyo. Comprendo que estas visitas son obligatorias y pueden llevarse a cabo en mi hogar, en el lugar de empleo o durante el programa diurno, según lo acordado con mi coordinador de apoyo. Comprendo que, al menos, una de estas visitas trimestrales por año debe llevarse a cabo en mi hogar.

He leído y comprendo estos derechos y responsabilidades.

Firma del participante o representante

Fecha

Firma del Coordinador de Apoyo

Fecha