

Formulario de declaración para vacunación contra COVID-19

Programa de Asistentes de Cuidados Personales (PCA) de MassHealth

Actualizado en febrero de 2022

Este formulario actualizado ayudará a que su Consumidor empleador verifique su estado de vacunación y decida sobre su seguridad y cuidados personales, conforme lo estipulado en el reglamento 130 CMR 422.000: *Manual de Servicios de Asistente de Cuidados Personales*. **Es posible que su Consumidor empleador decida tomar una medida disciplinaria en su contra, incluida la terminación de la relación de trabajo, si usted:**

- Se rehúsa a completar este formulario; o
- Se rehúsa a 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, incluidos los relacionados con el refuerzo

Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:

- Entiendo que se exige que los Asistentes de Cuidados Personales (PCA), que trabajen en el Programa de PCA de MassHealth, reciban el calendario completo y obligatorio de las dosis de la vacuna contra la COVID-19 a partir del 31 de octubre de 2021, conforme a 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*, y que todos los PCA que sean recién contratados después de esa fecha deben haber recibido el calendario completo y obligatorio antes de la fecha de su contratación. El calendario completo incluye:
 - o Dos dosis de la vacuna de Pfizer; O
 - o Dos dosis de la vacuna de Moderna; O
 - o Una dosis de la vacuna de Johnson & Johnson.
- Entiendo que, conforme al Decreto Ejecutivo Nro. 2022-01 por la Emergencia de Salud Pública por COVID-19, emitido por la comisionada de Salud Pública el 6 de enero de 2022, se exige que los PCA reciban el refuerzo de la vacuna contra la COVID-19. También entiendo que, como proveedor de servicios de PCA de MassHealth, se me exija que reciba el refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 antes del 21 de marzo de 2022, si yo fuera elegible antes del 28 de febrero de 2022, o dentro de las tres semanas posteriores a ser elegible para recibir un refuerzo de la vacuna contra la COVID-19, si fuera elegible después del 28 de febrero de 2022.
- Entiendo que todos los PCA que sean contratados después del 28 de febrero de 2022 deben recibir el refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 dentro de las tres semanas de la fecha de su contratación, o dentro de las tres semanas posteriores a ser elegibles para recibir el refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 si no fueran elegibles antes de la fecha de su contratación.
- Entiendo que soy elegible para vacunarme con una dosis adicional o un refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 si hubiera recibido la primera serie de vacunas anti-COVID-19 hace al menos cinco meses (Pfizer o Moderna), o hace al menos dos meses si me hubiera vacunado con Johnson & Johnson, o en cualquier otro período similar, según lo recomendado por los CDC. Si yo fuera elegible a partir del 28 de febrero de 2022, debo vacunarme con la dosis adicional o el refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 lo

IMPORTANTE: NO envíe este formulario a MassHealth.

No se debe compartir este formulario con nadie más que no sea el PCA que completó dicho formulario y su Consumidor empleador. No envíe este formulario a su FI ni a su Agencia de PCM.

antes posible después de ser elegible y antes de las tres semanas posteriores a la fecha en que sea elegible.

- 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 federales, mi Consumidor empleador tiene el derecho legal de exigirme que me vacune contra la COVID-19, incluido el refuerzo de la vacuna, como una condición de mi empleo. **Debido a este requisito, mi Consumidor empleador puede decidir la contratación, terminación de la relación de trabajo y programación de horarios.**
- Puedo presentar comprobantes de mi estado de vacunación y del refuerzo o los documentos que demuestren que califico para recibir una exención.
- Entiendo que, si calificara para recibir una exención o que si no recibiera la vacuna o el refuerzo, yo podría correr un riesgo mayor de contraer la COVID-19 y de transmitirla a los demás; y
- Entiendo que mi Consumidor empleador podría decidir terminar la relación de trabajo, incluso si yo calificara para recibir una exención, en caso de que la continuidad laboral constituyera un peligro directo para mí y para los demás en el lugar de trabajo, o si yo no pudiera desempeñar mis funciones esenciales de empleo con acomodaciones razonables, que no ocasionaran una carga excesiva para mi Consumidor empleador.

Estado de vacunación del PCA

Al firmar a continuación, declaro lo siguiente bajo pena de perjurio

(Por favor marque todo lo que corresponda)

Vacunado	<input type="checkbox"/> He recibido el calendario completo y obligatorio de las 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; y
	<input type="checkbox"/> <u>He</u> recibido el(los) refuerzo(s) obligatorios de la vacuna contra la COVID-19. <input type="checkbox"/> <u>No he</u> recibido el(los) refuerzo(s) obligatorios de la vacuna contra la COVID-19.
Sin vacunar	<input type="checkbox"/> He recibido una exención para no vacunarme contra la COVID-19 debido a una de las siguientes razones (por favor marque una):
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Me opongo a vacunarme contra la COVID-19 debido a mis sinceras creencias religiosas.
	<input type="checkbox"/> Actualmente no estoy vacunado/a contra la COVID-19 y no estoy solicitando (o no califico para solicitar) una exención.

IMPORTANTE: NO envíe este formulario a MassHealth.

No se debe compartir este formulario con nadie más que no sea el PCA que completó dicho formulario y su Consumidor empleador. No envíe este formulario a su FI ni a su Agencia de PCM.

Nombre del PCA	Firma del PCA	Fecha de la firma
----------------	---------------	-------------------

Nombre del Consumidor	Firma del Consumidor, Representante o Tutor Legal	Fecha de la firma
-----------------------	--	-------------------

IMPORTANTE: NO envíe este formulario a MassHealth.

No se debe compartir este formulario con nadie más que no sea el PCA que completó dicho formulario y su Consumidor empleador. No envíe este formulario a su FI ni a su Agencia de PCM.