

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

DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE

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

DERECHOS

Tengo derecho a ejercer mis derechos como ciudadano.

Tengo derecho a la privacidad y a ser tratado con dignidad y respeto.

Tengo derecho a que se me crea la capacidad de tomar mis propias decisiones.

Tengo derecho a vivir como yo decida, libre de juicios, interferencias o amenazas.

Tengo derecho a la protección contra el abuso físico, verbal, psicológico o sexual, la negligencia o el castigo.

Tengo derecho a la igualdad de oportunidades laborales, a trabajar en la comunidad y a una remuneración justa por mi trabajo.

Tengo derecho a poseer, alquilar o arrendar una propiedad.

Tengo derecho a vivir y a recibir servicios/apoyos en un entorno lo menos restrictivo posible y a no ser sometido a restricciones.

Tengo derecho a expresar la sexualidad humana y a recibir una capacitación/educación adecuada.

Tengo derecho a casarme y a tener hijos.

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

Tengo derecho a no recibir medicamentos innecesarios y excesivos.

Tengo derecho a la confidencialidad/privacidad durante el tratamiento y el cuidado de mis necesidades personales.

Tengo derecho a la confidencialidad/privacidad de mi información e historial médico.

Tengo derecho a acceder a mis recursos personales y a estar libre de abusos personales y financieros.

Tengo derecho a decidir cómo elegir mis servicios o a quien yo elija me ayude a tomar decisiones dentro de las pautas del programa de exención.

Tengo derecho a identificar e invitar a quien quiera a participar en las reuniones de mi plan de servicios.

Tengo derecho a una audiencia justa si, por cualquier motivo, mis servicios de exención son denegados, reducidos, suspendidos o terminados. La apelación inicial deberá hacerse por escrito a:

Cuando vivo en una residencia comunitaria autorizada por la Oficina de Licencias del Departamento de Servicios Humanos de New Jersey, tengo derecho a tener una llave para cerrar/descerrar la puerta de mi casa y de mi habitación, a recibir visitas de mi elección, a hacer y recibir llamadas telefónicas, a manejar mi propio horario y a acceder a alimentos en cualquier momento, a menos que se determine lo contrario en un proceso documentado centrado en la persona del que formo parte.

RESPONSABILIDADES

Soy responsable de mantener/conservar la cobertura de Medicaid para continuar con los servicios de mi programa de exención.

Soy responsable de asegurarme de que puedo reunirme con mi coordinador de apoyo y proporcionar toda la información necesaria para garantizar que mi NJISP pueda crearse en un plazo de 30 días a partir de la selección de mi agencia de coordinación de apoyo.

Soy responsable de participar en el desarrollo de mi NJISP y de compartir cualquier toma de decisiones relacionada con el plan.

Soy responsable de lo que se incluye en mi NJISP y de seguir mi presupuesto de acuerdo con las pautas de la exención.

Soy responsable de todo el trámite requerido y de seguir todas las políticas y procedimientos del programa de Exención.

Soy responsable de ponerme en contacto con mi coordinador de apoyo en caso de que quiera cambiar alguno de los proveedores de servicios que figuran en mi NJISP.

Soy responsable de ponerme en contacto con mi coordinador de apoyo si algo cambia en mi vida que pueda requerir un cambio en mi NJISP o en los servicios que recibo.

Soy responsable de participar en los contactos telefónicos mensuales y en las visitas presenciales trimestrales con mi coordinador de apoyo. Entiendo que estas visitas son obligatorias y que pueden tener lugar en mi casa, en el programa diurno o en mi lugar de trabajo, según lo acordado con mi coordinador de apoyo. Entiendo que al menos una de estas visitas trimestrales presenciales al año deben tener lugar dentro de mi casa.

He leído y/o entiendo estos derechos y responsabilidades.

Firma de participante/representante

Fecha

Firma del coordinador de apoyo

Fecha