

Formulario de declaración para vacunación contra COVID-19

Programa de Asistente de Cuidados Personales (PCA) de MassHealth

Este formulario ayudará a que su Consumidor empleador verifique su estado de vacunación y decida sobre su seguridad y cuidados personales, según lo estipulado en 130 CMR 422.000. **Los PCA 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 medidas disciplinarias, que pueden llegar hasta la terminación de la relación de trabajo, según lo determine su Consumidor empleador.**

Al firmar a continuación, reconozco los siguientes:

- Entiendo que se exige que los Asistente de Cuidados Personales (PCA), que trabajen en el Programa de PCA de MassHealth, completen todo el calendario obligatorio de dosis de la vacuna contra la COVID-19 antes del 31 de octubre de 2021, según lo estipulado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts en el reglamento 105 CMR 159.000, sobre la *Vacunación contra COVID-19 para determinados empleados que brinden servicios de cuidados domiciliarios en Massachusetts*;
- He recibido información respecto a los riesgos y los beneficios de vacunarme contra la COVID-19, la cual incluye la información indicada en <https://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 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 o documentos que demuestren que califico para una exención.
- Entiendo que si califico para recibir una exención o que si no me vacuno, yo podría correr un riesgo mayor de contraer la COVID-19 y/o 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 constituya 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 ocasionen 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 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.
- He recibido 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.
- Actualmente no estoy vacunado/a contra la COVID-19 y no estoy solicitando (o no califico) una exención.

Nombre del PCA

Firma del PCA

Fecha de la firma

Nombre del Consumidor

Firma del Consumidor, Representante o del Tutor Legal

Fecha de la firma