

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

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE

Los derechos y responsabilidades de la persona con discapacidades intelectuales o del desarrollo que recibe apoyo y servicios a través de la División de Discapacidades del Desarrollo (División) de New Jersey incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

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 respete mi capacidad de tomar decisiones.

Tengo el derecho a vivir como elija, libre de juicios o intervenciones.

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

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

Tengo el derecho a poseer, rentar 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 a la atención de mis necesidades personales.

Tengo el derecho a la confidencialidad o privacidad de mi información e 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 mi 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 a 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. Una apelación inicial debe presentarse por escrito ante la siguiente persona:

Assistant Commissioner
Division of Developmental Disabilities,
P.O. Box 726,
Trenton, NJ 08625-0726

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 de compartir cualquier toma de decisión asociada con mi 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 que requiera una modificación en mi NJISP o en los servicios que recibo.

Soy responsable de participar de 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 diario, 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 comprendido estos derechos y responsabilidades.

Firma del participante o representante

Fecha

Firma del Coordinador de Apoyo

Fecha