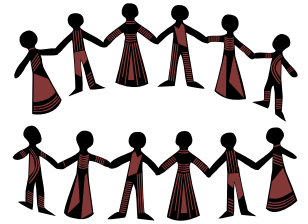




Arizona Autism United
5025 E Washington St
Suite 212
Phoenix, AZ 85034



Bienvenidos a AZA United!

Esta organización en Arizona es muy diferente de otras agencias de proveedores, ya que nosotros no somos gobernados ni controlados un individuo o un pequeño grupo de personas. Esto significa que **somos gobernados por las familias que servimos** – y esto lo incluye a usted! AZA Unidos es una “Cooperativa de Servicios Humanos.” Cada año nuestras familias votan por las políticas y programas que consideran más importantes. No solo lo escuchamos- sino también trabajamos para usted.

AZA United fue originalmente formada por varias familias locales que querían tener más control y opciones sobre los servicios para sus hijos. En este modelo de cooperativa, las familias deciden que hacemos y como lo hacemos. Los servicios son moldeados por usted y otras familias que trabajan al mismo tiempo para el propio bienestar de sus hijos. Si hay algo que usted quiere cambiar o que quiera añadir al programa, **usted tiene voz y voto!**

Adjunto a esta carta usted encontrara un folleto con más detalles. También le recomendamos que visite nuestra página electrónica, www.AZAUnited.org para más información acerca de las diferentes maneras en que podemos ayudarle. Si en algún momento usted tiene preguntas, no dude en contactarnos, estamos para servirle!

Nosotros creemos que los padres son el punto de partida en la creación de programas efectivos para los niños. ¿Qué es lo que desea, y lo que es más importante para su familia? Nuestro papel es brindarle nuestra experiencia para lo que usted necesite. Una vez que usted sepa que es lo que desea, le apoyaremos y ayudaremos a lograrlo. Cuando usted necesite guía, estaremos aquí para ayudarle y ofrecerle sugerencias basadas en nuestra experiencia y conocimientos clínicos.

Para comenzar, usted tiene que seguir la **lista para las nuevas familias** en la parte de atrás de esta hoja. Por favor **complete y envíenos los siguientes 7 documentos** tan pronto como sea posible. Antes de poder buscarle proveedores de habilitación y respite, necesitamos haber recibido estos documentos.

- 1. Forma de Información Familiar**
- 2. Información para Encontrar un Proveedor**
- 3. Acuerdo de Servicios de DDD**
- 4. Acuerdo de Descargo de Responsabilidad sobre Actividades**
- 5. Notificación Sobre Normas de Privacidad**
- 6. Normas sobre Manejo y Afirmación de Indemnidad del Cliente**
- 7. Acuerdo Sobre Armas de Fuego y Armas Peligrosas**

Si usted tiene preguntas o ideas, por favor contáctenos! Estamos continuamente buscando maneras de servir mejor a nuestros niños y sus familias. Bienvenido a la cooperativa!

(602) 773-5773 [office]
(602) 273-9108 [fax]
www.AZAUnited.org

Lista de cosas "para completar" para nuevas familias

1. Enviar todas las formas de ingreso a AZA United (por correo o fax)
2. Asegúrese que AZA United ha recibido todas las formas que Usted envió
3. Pida a su coordinador de DDD una copia del ISP (en caso de que aun no la tenga)

Cuando un proveedor de habilitación o respiro de AZA United lo contacte a Usted:

1. Hable con ellos por teléfono, pregúnteles acerca de su experiencia, describa a ellos que es lo que Usted necesita
2. Cite al proveedor para conocerle y decida Usted si es un buen candidato
3. Contacte a AZA United para notificarnos su decisión

Cuando usted haya confirmado con quien estará trabajando:

1. Informe a su coordinador de DDD que autorice las horas a AZA United
2. Contacte a AZA United para saber cual es la fecha de la autorización para comenzar
3. Contacte a su proveedor de habilitación/respiro para planear un horario
4. Dele una copia de las metas en el ISP a su proveedor de habilitación
5. Las primeras sesiones serán usadas para que el cliente y habilitador se conozcan (jugar, establecer una relación de amistad, etc.)
6. Después de 2 semanas o 5 sesiones, contacte a AZA United para solicitar Que el supervisor de programas le haga una visita a su casa para asistir a su Proveedor o a Usted

Revise hojas de pago y reportes:

1. Dos veces al mes, su proveedor entregara hojas de pago a AZA United
2. Una vez al mes, su proveedor de habilitación deberá entregar un reporte de progreso
3. Revise las hojas de pago y fírmelas
4. Revise los reportes de progreso y fírmelos
5. Es responsabilidad de los proveedores entregar sus hojas de tiempo y reportar los tiempos trabajados correctamente
6. Contacte a AZA United en caso de que Usted preguntas acerca de las autorizaciones, horas disponibles, reportes de progreso o cualquier otro asunto!

FORMA DE INFORMACION FAMILIAR

NOMBRE DEL NIÑO (APELLIDO, PRIMER Y SEGUNDO NOMBRE)		
DOMICILIO RESIDENCIAL		
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
ALTURA	PESO
ETNICIDAD	SEXO

NOMBRE DE LA MADRE O GUARDIAN		CORREO ELECTRONICO	
DOMICILIO RESIDENCIAL			NUMERO RESIDENCIAL
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO CELULAR
EMPLEADOR	DOMICILIO DE EMPLEO		NUMERO DE TRABAJO

NOMBRE DEL PADRE O GUARDIAN		CORREO ELECTRONICO	
DOMICILIO RESIDENCIAL (SI ES QUE ES DIFFERENTE)			NUMERO RESIDENCIAL
CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO CELULAR
EMPLEADOR	DOMICILIO DE EMPLEO		NUMERO DE TRABAJO

NOMBRE DEL COORDINADOR DE SUPORTE DE DDD		
INSTALACION MEDICA DE URGENCIA / NOMBRE DE HOSPITAL		
NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA	RELACION	NUMERO DE TELEFONO

DIAGNOSIS PRINCIPAL DEL NIÑO	OTROS DIAGNOSIS (si los hay)
EDAD DE CUANDO FUE DIAGNOSTICADO	OTRAS CONDICIONES MEDICAS O PREOCUPACIONES

COSAS O ACTIVIDADES QUE LE GUSTAN AL NINO	COSAS QUE NO LE GUSTAN O LE DAN MIEDO
---	---------------------------------------

NOMBRE DE LA ESCUELA	NOMBRE DE CONTACTO	NUMERO DE TELEFONO
----------------------	--------------------	--------------------

FORMA DE INFORMACION FAMILIAR

HABILIDADES DE COMUNICACION			
<input type="checkbox"/> Mantiene una conversación	<input type="checkbox"/> Usa frases simples	<input type="checkbox"/> Usa señas	<input type="checkbox"/> Sigue direcciones
<input type="checkbox"/> Habla en oraciones	<input type="checkbox"/> Solo usa palabras	<input type="checkbox"/> Gestos	<input type="checkbox"/> Entiende lo que se le dice
Lenguaje Primario (Inglés, Español)	AYUDA COMUNCATIVA	COMENTARIOS	

CUIDADO DIARIO QUE REQUIERE			
<input type="checkbox"/> Bañarse	<input type="checkbox"/> Ir al baño	<input type="checkbox"/> Cuidado Dental	<input type="checkbox"/> Razurarse
<input type="checkbox"/> Lavado de manos	<input type="checkbox"/> Pañales	<input type="checkbox"/> Vestirse	<input type="checkbox"/> Cuidado Menstrual
COMENTARIOS			

VISION	AUDITIVO	MOVILIDAD
<input type="checkbox"/> Lentes	<input type="checkbox"/> Problemas de Audición	<input type="checkbox"/> Balance excelente
<input type="checkbox"/> Legalmente ciego	<input type="checkbox"/> Aparato Auditivo	<input type="checkbox"/> Balance malo
<input type="checkbox"/> Lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Balance modeado
<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas		
HABILIDADES MOTORAS FINAS / OTRAS CONSIDERACIONES FISICAS		

PREOCUPACIONES DE SEGURIDAD O COMPORTAMIENTO			
<input type="checkbox"/> Inconsciente de peligros en el hogar	<input type="checkbox"/> Agresivo hacia otros	<input type="checkbox"/> Destrucción de propiedad	<input type="checkbox"/> Hiperactivo
<input type="checkbox"/> Inconsciente de peligros en la comunidad	<input type="checkbox"/> Se lastima a si mismo	<input type="checkbox"/> Comportamiento sexual	<input type="checkbox"/> Defensivo físicamente
OTRAS PREOCUPACIONES O COMENTARIOS			

CONSIDERACIONES ALIMENTICIAS			
<input type="checkbox"/> Dieta restringida	<input type="checkbox"/> Utensilios adaptivos	<input type="checkbox"/> Desordenes alimenticios	<input type="checkbox"/> Ingestión de líquidos especiales
<input type="checkbox"/> Preparación especial de comida	<input type="checkbox"/> Requiere asistencia al comer	<input type="checkbox"/> Alimentación por tubo	<input type="checkbox"/> Comida es un peligro de ahogarse
COMENTARIOS			

PROBLEMAS MEDICOS Y DE SALUD		
<input type="checkbox"/> Alergias a comida	<input type="checkbox"/> Otras alergias	COMENTARIOS SOBRE ALERGIAS
<input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/> Otras sensibilidades	
HISTORIA DE CONVULSIONES		REACCION RECOMENDADA EN CASO DE COMBULCIONES
OTROS COMENTARIOS MEDICOS		

Nombre del Padre/Madre o Tutor

Firma

Fecha



Arizona Autism United
 5025 E Washington St
 Suite 212
 Phoenix, AZ 85034

Información para Encontrar un Proveedor

Si necesita que AZA United le busque proveedores por favor llené esta forma. Si cualquier momento esta información cambia por favor contáctanos. Nosotros buscaremos posibles proveedores usando la información que nos hace dado.

Nombre del Niño(a):	Edad:	Calles Principales:
Nombres de los Padres:		Número de Teléfono:
Correo Electrónico:	Dirección:	

¿Cuántas horas a la semana necesitan de cada servicio? ____ <i>Habilitación</i> ____ <i>Respiro</i> ____ <i>Cuidado Atentito</i>		
¿Ha recibido el niño(a) estos servicios antes?	¿Necesitara que el proveedor ofrezca transportación para el niño(a)?	¿Necesitara que el proveedor aplique un medicamento?

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
¿Que horas necesita servicios cada día?							
¿Qué servicios?							

Por favor anote **requerimientos** específicos para el programa de su hijo(a). Por favor toma en cuenta que tratamos de ofrecer cada familia las mismas opciones para encontrar el proveedor perfecto para su hijo(a), por eso con muchas especificaciones será mas difícil encontrar posibles proveedores

__ *Experiencia con ABA entrenamiento* __ *Dispuesto(a) a cambiar pañales* __ *Título de Universidad* __ *Otro:*

Describa cualquier **preferencia o cualidades** que esperas de su proveedor para ayudarnos encontrar la persona ideal para su hijo(a). También puede incluir ciertas habilidades que necesitara de su proveedor para cumplir metas significantes o áreas importantes de el programa de su hijo(a). ****Por favor NO Usé palabras que discrimen, incluyendo raza, color, origen de nación, sexo, edad y religión**

Ya que recibimos esta forma, empezáramos a buscarle posible proveedores. Aramos cada esfuerzo para seguir los encargos; aunque **no podemos garantizar que tendremos proveedores disponibles con las preferencias exactas que hace pedido**. Nosotros te contactaremos si encontramos un proveedor para que lo conozcan primero y luego hacer la decisión. Siempre tiene opción de no aceptar un proveedor sin darnos la razón. Una pareja esta hecha cuando familia y proveedor igual deciden trabajar juntos. Háblenos dentro de 24 horas de conocer el proveedor que mandamos para saber su decisión. Por favor recuerde te notificarnos que ya no necesité proveedores. Si tiene cualquier pregunta por favor háblanos.

Firma de Padres: _____ Fecha: _____

Para uso exclusivo de la oficina:	Hab M? ____	Date added: ____	ANC Auth: Pending / Current
-----------------------------------	-------------	------------------	-----------------------------

(602) 773-5773 [office]
 (602) 273-9108 [fax]
www.AZAUnited.org



Arizona Autism United (AZA Unidos)

5025 E Washington St

Suite 212

Phoenix, AZ 85034

Acuerdo de Servicios de DDD

Arizona Autism United, Inc. (AZA Unidos) se esfuerza en proporcionar los mejores servicios posibles para nuestras familias. Como parte de este compromiso le pedimos a los padres de familia o guardianes seguir todas las regulaciones federales y del estado, así como las normas generales puestas por AZA Unidos para aumentar las practicas de seguridad, confidencialidad, riesgos de gerencia, y conformidad con la ley. Si usted tiene algunas preguntas o preocupaciones sobre alguno de estos puntos en ese acuerdo de servicios familiares, por favor comuníquese con nosotros antes de empezar los servicios.

- **Limitaciones de Horas de Servicio**
 - Respite no excederá 12.75 horas en cualquier periodo de 24 horas
 - Proveedores no deben de ser responsables por el niño que recibe los servicios; si es necesario proporcionar cuidado a más de un niño al mismo tiempo, por favor contacte AZA Unidos para aprobación previa (se aplicara una escala salarial).
- **Políticas de Riesgo de Gerencia**
 - Proveedores no administraran ningún medicamento
 - Proveedores tienen la opción de manejar con el niño pero no es obligatorio que lo hagan
 - Un proveedor que elija manejar con el niño debe de haber completado en archivo un acuerdo de manejo de AZA Unidos y cumplir todos los requisitos de elegibilidad en ello
 - Es recomendado que los padres contacten AZA Unidos antes de permitir al proveedor que maneje con el niño para asegurar que haya un acuerdo de manejo actual y aprobado
- **Requisitos de Artículo 9**
 - Todos los proveedores han tomado la clase y pasado el examen de Artículo 9 (manejo de comportamientos inadecuados) requerido por la División de Servicios Para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD)
 - Es requerido que los Proveedores cumplan con las indicaciones de Artículo 9 aun cuando un padre de familia solicita por lo contrario
 - AZA Unidos anima a todos los padres de familia a que asistan a la clase de Artículo 9 (sin ningún costo) o contáctenos si tiene preguntas en el uso de alguna técnica en específico.
 - Por ejemplo, proveedores NO están autorizados para usar ninguna de estas técnicas:
 - Encerrar al niño en un cuarto de aislamiento
 - El uso de sabores, ruidos, y olores ofensivos u otros estímulos nocivos
 - Restringir al niño en una situación que no sea de emergencia
 - Usar fuerza excesiva hacia el niño
 - Quitarle recompensas o privilegios ganados
 - El uso de equipo protector para minimizar lesiones a el/ella mismo
- **Investigación del Empleo y Proceso de Empleo**
 - Nuestros candidatos pasan por un proceso de dos entrevistas antes de que el trabajo sea ofrecido
 - Todos los empleados nuevos deben completar una orientación de 4 horas
 - También ofrecemos un entrenamiento opcional para todos los habilitadores, basado en principios de ABA (Análisis de comportamiento)
 - Todos los proveedores deben someter los siguientes documentos antes de empezar el empleo
 - Acuerdo firmado de Confidencialidad
 - Auto revelación de Record Criminal
 - 3 Referencias Personales
 - Licencia de Manejo
 - Tarjeta de Seguro Social
 - Tarjeta de la reparación de huellas digitales
 - Certificaciones de Primeros Auxilios y resucitación pulmonar

Arizona Autism United (AZA Unidos)

5025 E Washington St

Suite 212

Phoenix, AZ 85034

- **Reporte de Incidentes**
 - Para aumentar nuestra calidad de servicio, proveedores deben de ser responsables de informar a AZA Unidos de cualquier incidente que ocurra en el trabajo incluyendo:
 - Lesiones al proveedor o niño
 - Accidentes involucrando al proveedor o niño
 - Instantes de posible abuso o rechazo hacia el niño
 - Cualquier observación o acontecimiento de preocupación o cuestión

- **Hojas de Servicio**
 - Los proveedores son responsables de someter las hojas de servicio completas para ser revisadas por los padres
 - Hojas de servicio pueden ser sometidas una o dos veces al mes
 - Los padres son responsables por revisar las hojas de servicio con precisión
 - Las horas de trabajo de respite y habilitación no pueden coincidir con ningún otro proveedor
 - Los padres solo pueden firmar las hojas de servicio cuando han sido revisadas y completadas
 - Es recomendado que los padres mantengan rastro de todas las horas de servicio para evitar volver a revisar las horas permitidas de trabajo (por favor contacte a AZA Unidos para actualizaciones)
 - Los padres son responsables por rembolsar proveedores por horas trabajadas que excedan las horas autorizadas por DDD
 - Proveedores solo deben de ser responsable por un niño durante el servicio

- **Metas de Habilitación y Ayuda de Programa**
 - Habilitación involucra metas anuales y programas de revisión
 - AZA Unidos esta disponible para ayudar a escribir objetivos y metas, así como también diseñar actividades de habilitación y sistemas de refuerzos para estimular el progreso del niño y mantener motivación
 - Padres y proveedores son animados a contactar AZA Unidos en cualquier momento para apoyo

- **Información de Forma de Ingreso**
 - La forma de Ingreso es la fuente principal de la información para contactar a la familia y la documento general que describe las necesidades del niño y notas importantes
 - Familias serán contactas anualmente para revisar y actualizar la información
 - Los proveedores recibirán la información mas relevante de esta forma para cada niño que sirvan
 - Es recomendado que los padres contacten AZA Unidos en cualquier momento si hay algún cambio

- **Conducta apropiada con Empleados**
 - AZA unidos sumamente valora a todos nuestros niños, familias y empleados
 - Todas las familias son pedidas para mantener comunicación abierta con sus proveedores y contacte AZA Unidos si tiene preguntas o cuestiones
 - Si los padres desean grabar en video las sesiones de habilitación o otras actividades relacionadas, necesitan obtener primero el consentimiento del proveedor para ser grabado
 - Si en algún momento el empleado o la familia no están contentos trabajando el uno con el otro, cualquiera de los dos puede terminar la correspondencia por alguna razón contactando a AZA Unidos de antemano

He leído y entendido los principios, procedimientos y recomendaciones descritas en este acuerdo de servicios familiares. Yo deseo recibir servicios de AZA Unidos en concordancia con este acuerdo

Nombre del Padre/Madre o Tutor

Firma

Fecha



Arizona Autism United

5025 E Washington St

Suite 212

Phoenix, AZ 85034

Acuerdo de Descargo de Responsabilidad sobre Actividades

Yo, _____ entiendo que mi hijo(a) participará en actividades que conllevan riesgos intrínsecos durante el tiempo que reciba servicios de Arizona Autism United, Inc. ("AAU"). Entiendo que mi hijo(a) participará en actividades de tipo físico u otras actividades que conllevan posibles riesgos de lesión física ("Actividades"). Tales actividades pueden incluir –sin limitarse a— natación, ejercicios u otras actividades de tipo recreacional. Yo, voluntariamente asumo tales riesgos relacionados con mi hijo(a).

Estoy de acuerdo en permitir que mi hijo/a participe solamente en aquellas actividades en que se sienta cómodo(a) realizarlas. Entiendo que en el caso de que mi hijo(a) no se sintiera cómodo o capaz de realizar dichas actividades, informaré a AAU y no permitiré que participe en ellos.

En consideración por permitírseme que mi hijo(a) participe en Actividades, por medio de este documento, exoneró AAU permanentemente; a sus funcionarios; directores; agentes; empleados; inclusive voluntarios de AAU; los considero exentos de toda y cualesquier responsabilidad que pudiera atribuírseles; por cualesquier reclamación; demanda legal; daños o pérdidas que de alguna manera pudieran surgir relacionados con las Actividades de mi hijo(a) y que yo o mi representante pudiésemos alegar.

Estoy de acuerdo en responsabilizarme por el comportamiento de mi hijo(a) y de descargar de cualesquier responsabilidad a AAU, sus funcionarios, directores, empleados, agentes y voluntarios, por cualesquier daño u obligación legal que pudiera surgir por razón de su participación en Actividades con AAU.

Este acuerdo es valedero y obliga legalmente a los herederos, sucesores, representantes y cesionarios de las partes contratantes. Este acuerdo se rige en conformidad con las leyes del estado de Arizona.

El participante en este Acuerdo es consciente de haberlo leído y comprendido antes de firmarlo debajo. El participante comprende que ningún otro acuerdo verbal reemplazará al presente acuerdo.

Nombre del Niño/Participante

Firma del Padre/Madre o Tutor

Fecha

(Para la oficina):

Name of AAU Staff Member

Signature

Date

(602) 773-5773 [office]
(602) 273-9108 [fax]
www.AZAUnited.org



Arizona Autism United

5025 E Washington St

Suite 212

Phoenix, AZ 85034

NOTIFICACION SOBRE NORMAS DE PRIVACIDAD

Nosotros en AZA United consideramos que toda información acerca de usted es privada. Mantenemos registros y archivos sobre los servicios y cuidados que usted recibe en nuestros establecimientos y estamos comprometidos a asegurar la privacidad de su información de salud; asimismo, estamos obligados por ley a respetar su confidencialidad.

Esta notificación describe las normas respecto a la privacidad por las cuales se rige AZA United. Esta notificación abarca todo lo relacionado con los archivos y registros que lo identifican a usted y los servicios que usted recibe por medio de AZA United. Si el cliente es menor de 18 años de edad, los padres o tutores deberán firmar y responsabilizarse por resguardar los derechos de privacidad del menor. La ley requiere que nosotros le enviemos a usted esta notificación y que cumplamos con las normas allí contenidas actualmente en vigor.

Responsabilidades de AZA United

AZA United está obligada a cumplir con los términos y normas de la presente notificación actualmente en vigor; lo hace resguardando la privacidad de su Información de Salud Protegida y poniéndolo en conocimiento de nuestras obligaciones legales y de las normas de privacidad que practicamos respecto a su Información de Salud Protegida.

Revisiones a la Notificación

AZA United se reserva el derecho de hacer revisiones a las normas de la presente notificación y de hacerlas efectivas para cubrir toda información Protegida de Salud que posee. Si AZA United hiciera revisiones a esta notificación, la misma será puesta a su disposición dentro de un plazo de sesenta (60) días.

DEFINICIONES

Socio Comercial: Persona o entidad que utiliza Información Protegida de Salud con el propósito de prestar servicios a AZA United. Estos servicios pueden incluir (pero no limitarse a) los siguientes:

- Administración de datos informáticos
- Cobro de Costos (billing)
- Procesamiento de Reclamos
- Ingreso de Datos

Funciones Relacionadas con Cuidados de Salud: Estas funciones de AZA United incluyen (pero no se limitan a) los siguientes:

- Evaluaciones en cuanto a calidad y mejoramiento
- Auditorías de reclamos
- Solicitudes de pagos
- Detección de fraude o abusos
- Evaluaciones de actuaciones terapéuticas
- Resolución de problemas del cliente

Pagos: Recolección de cobros por servicios realizados por AZA United.

Información de Salud Protegida: Cualesquier información de un cliente de AZA United, pertinente a su condición de salud, presente, pasada o futura; los servicios proporcionados a un cliente de AZA United, o el pago por los servicios prestados a un cliente de AZA United. La Información Protegida de Salud puede incluir (pero no limitarse a) los siguientes:

- Nombre del Cliente
- Información referente a un reclamo
- Información sobre diagnóstico
- Fecha del servicio
- Número del Seguro Social

Tratamiento: Proporcionar o monitorear el habilitamiento, la ayuda para alivio temporal, cuidado del paciente u otro servicio similar realizado por uno o más empleados de AZA United.

(602) 773-5776 [office]

(602) 273-9108 [fax]

www.AZAUnited.org

NORMAS DE PRIVACIDAD

Cómo utiliza y divulga información AZA United acerca de usted:

AZA United solamente usará y revelará su Información de Salud Protegida sin autorización suya cuando sea necesario, para:

- Coordinar su habilitamiento, ayuda de alivio temporal cuidado del paciente u otro servicio similar.
- Llevar a cabo funciones relativas a cuidados de salud.
- Divulgación al Dpto. de Discapacidades del Desarrollo [Division of Developmental Disabilities] hasta donde lo permita la ley.
- Conforme lo requiera la ley (Ver la sección ('Use or Disclosure Required or Permitted by Law') [Usos o Divulgaciones Requeridas o permitidas por ley.]
- Pagos.

Divulgación a Socios Comerciales Afiliadas con AZA United:

AZA United solamente divulgará su Información de Salud Protegida a Socios Comerciales de AZA United, quienes hayan acordado por escrito resguardar la privacidad de Información de Salud Protegida, conforme lo requiere la ley.

Usos o Divulgaciones que Requieren Autorización

AZA United no utilizará su Información de Salud Protegida ni la divulgará salvo para los propósitos descritos en esta notificación. Si ocurriera la necesidad de divulgar su Información de Salud Protegida por otras razones, AZ United pedirá su autorización escrita.

Revocación de Autorización: En caso de haber concedido autorización escrita, podrá usted revocarla en cualquier momento por escrito, exceptuando los casos en que AZ United se haya comprometido con dicha autorización previamente a ser revocada.

Usos o Divulgaciones Requeridas o Permitidas por la Ley

AZA United usará y divulgará su Información de Salud Protegida en conformidad y de acuerdo a lo que requiera la ley.

- **Salud Pública:** Para actividades relacionadas con la salud pública o cuando lo requieran la autoridad de Salud pública.
- **Supervisión de Asuntos de Salud:** Para las funciones de supervisión de una agencia de salud, tales como auditorías, investigaciones e inspecciones. Agencias de supervisión de asuntos de Salud incluyen (pero no se limitan a) agencias del gobierno quienes vigilan el sistema de cuidados de salud, programas federales de beneficios, otros programas regulatorios federales y pertinentes a la ley sobre derechos civiles.
- **Procesos Legales:** Para responder a alguna orden de un tribunal administrativo, en respuesta a un mandato judicial, exhibición de datos u otros propósitos legales.
- **Ejecución de las Leyes:** Para propósitos del cumplimiento de la ley, que puede incluir:
 - Procesos legales u otros requeridos por ley
 - Peticiones de limitada Información sobre identificación o ubicación
 - Uso o divulgación relacionados con la víctima de un delito
 - Sospechas de una posible conducta delincuente como causa de una muerte
 - Durante una emergencia médica en que existe probabilidad de que se ha cometido un delito
- **Actividad Delincuente:** Conforme lo soliciten las autoridades de la ley, si el uso o divulgación fuera necesario para impedir o aminorar un inminente riesgo de daños a la salud o la seguridad de una persona o del público.

Ejemplos de Uso y Divulgación de Información

- **Pagos:** AZA United utiliza y revela Información Protegida de Salud en casos de su auditoría y revisión de cobros de de costos a entidades del estado y compañías de seguro.
- **Actividades Relacionadas con el Cuidado de la Salud:** AZA United utiliza y revela Información Protegida de Salud para llevar a cabo auditorías y revisión de solicitudes de pagos con el fin de asegurarse que fueron pagados correctamente.
- **Tratamientos:** AZA United utiliza y revela Información Protegida de Salud para coordinar tratamientos proporcionados por otras entidades proveedoras de servicios.

CONOZCA SUS DERECHOS

Revise su Información Protegida de Salud

Usted tiene el derecho de obtener una copia de su Información Protegida de Salud y revisarla.

Importante: Si usted cree que su Información Protegida de Salud está incorrecta, tiene el derecho de solicitar se corrija.

Petición para Restringir su Información Protegida de Salud

Usted puede pedir se restrinja el uso y divulgación de su Información Protegida de Salud. AZA United no está obligada a aceptar la restricción solicitada.

Confidencialidad de la información

En ocasiones en que sea necesario, AZ United le enviará a su hogar correspondencia, pertinente a su Información Protegida de Salud. Si usted piensa que el recibir una copia de su Información Protegida de Salud en su casa comprometería su seguridad, usted puede pedir por escrito que utilicemos otra forma de comunicarnos, inclusive enviarle correspondencia a otro lugar.

Explicación sobre Divulgaciones

Si se hiciera una revelación de su Información Protegida de Salud, que no fuera por razones de tratamiento, pagos de costos, o funciones relacionadas con cuidados de salud, usted tiene el derecho de recibir una explicación sobre tal divulgación.

Recibir Copias

Usted puede solicitar una copia de la presente Notificación de Normas de Privacidad a nuestra oficina, 5025 E. Washington Street #212, Phoenix, AZ 85034.

Quejas

Si usted piensa que se ha infringido sus derechos de privacidad, usted puede presentar en cualquier momento una queja ante AZ United o ante la Secretaria de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. [U.S. Secretary of Health and Human Services]. AZ United no tomará represalias en contra suya por presentar una queja. Quejas dirigidas a AZ United las puede hacer contactándonos a info@AZAUnited.org, o llamando al 602-773-5773, referentes a lo siguiente:

- Restricción sobre el uso o divulgación de su Información Protegida de Salud
- Correcciones o a su Información Protegida de Salud.
- Explicación a sobre el uso o divulgación de su Información Protegida de Salud.

Para quejas dirigidas a la Secretaria de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., utilice la forma de Presentación de Quejas titulada HIPAA [HIPAA Complaint Submission form]. Diríjase a cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/default.asp o por correo a: HIPAA Complaint, 7500 Security Blvd., C5-24-04, Baltimore, MD , C5-24-04, Baltimore, MD , C5024-04, Baltimore, MD 21244. El motivo de las quejas puede ser acerca de:

- Prácticas u operaciones de AZ United
- El uso de su Información Protegida de Salud

FORMA DE CONTACTARNOS

Al teléfono 602-773-5773 para solicitar:

- Restricciones sobre el uso o divulgación de su Información Protegida de Salud
- Explicación sobre el uso o divulgación de su Información Protegida de Salud.
- Correcciones a su Información Protegida de Salud.
- Pedir una copia de su Información Protegida de Salud.
- Revocación de Autorizaciones

Página de Firma por la Notificación sobre Normas de Privacidad

Por medio de mi firma a pie de página soy declaro ser consciente de haber visto y leído la copia de Notificación sobre Normas de Privacidad de Arizona Autism United, Inc.

Nombre del Cliente: _____

Si el cliente es menor de 18, nombre del Padre/Madre o Tutor:

Firma: _____

Fecha: _____

(Para la oficina):

Received by (AZA United staff signature): _____

Date: _____



Arizona Autism United
5025 E Washington St
Suite 212
Phoenix, AZ 85034

Normas sobre Manejo y Afiración de Indemnidad del Cliente

Los empleados tienen la opción de transportar niño(s) en un vehículo, pero no están obligados a hacerlo. Si el empleado escoge transportar a un niño, debe haber rellenado el formulario de autorización para manejar (Driving Waiver) y éste debe constar en los archivos de AZA United para que el empleado se considere autorizado para manejar.

Se recomienda encarecidamente a las familias, que previamente a permitir que un empleado transporte a su niño/a, se comuniquen con AZA United para asegurarse de que el empleado tenga el formulario de autorización (Driving Waiver) vigente en su archivo. AZ United no inspecciona los vehículos propios de los empleados cuando aprueba las autorizaciones (Driving Waiver) de manejo.

Para mantener su estatus de autorización, se requiere que los empleados mantengan vigentes en los archivos de AZ United, copias actualizadas de sus licencias de conducir, matrículas de vehículo y seguro automovilístico. Si ocurriera que cualquiera de los documentos mencionados no estén actualizados, se le notificará al empleado de que no tiene autorización para transportar al niño/a, hasta que los documentos actualizado sean entregado a AZ United. Si el empleado continuara transportando al niño/a sin autorización vigente, el empleado asumirá todo riesgo y responsabilidad por tal acción.

Además, AZA United no concede privilegios de manejar a:

- Ningún conductor quien solamente tenga licencia de manejar extranjera o internacional.
- Ningún conductor quien no haya obtenido su licencia de conducir dentro del plazo requerido por el estado de Arizona.

También, dos veces al año, AZA United hace revisiones de los historiales de manejo de cada empleado que ha indicado su deseo de manejar. Si dicha revisión revela que el empleado no cumple con los requisitos para ser considerado conductor aceptable, se le notificará a Ud. inmediatamente de que el empleado no está autorizado para manejar hasta tal tiempo en que su historial de manejo muestre que se le puede renovar la autorización.

Las causas para la revocación del privilegio de manejar son:

Tener una o más infracciones de Tipo A durante los últimos tres (3) años

Infracciones de Tipo A incluyen:

▪ (DWI/DUI) Manejar intoxicado/bajo la influencia drogas	▪ Manejar imprudentemente
▪ Rehusar tomar el examen detector	▪ Fugarse, evadir a la policía o evadir

(602) 773-5773 [office]
(602) 273-9108 [fax]
www.AZAUnited.org



Arizona Autism United

5025 E Washington St

Suite 212

Phoenix, AZ 85034

de sustancias	un control en la vía pública
<ul style="list-style-type: none"> Manejar en posesión de un recipiente abierto [de alcohol] 	<ul style="list-style-type: none"> Resistir el arresto
<ul style="list-style-type: none"> Homicidio involuntario o por negligencia cometido con un vehículo 	<ul style="list-style-type: none"> Exceso de velocidad para rebasar a otros vehículos
<ul style="list-style-type: none"> Conducir un vehículo para lo comisión de un delito grave 	<ul style="list-style-type: none"> Fuga después de un accidente (lesiones físicas o daños a la propiedad)
<ul style="list-style-type: none"> Conducir con la licencia suspendida o revocada 	<ul style="list-style-type: none"> No reportar un accidente
<ul style="list-style-type: none"> Agresión con agravantes, usando un vehículo 	<ul style="list-style-type: none"> Rebasar un camión escolar
<ul style="list-style-type: none"> Permitir manejar a una persona no autorizada para conducir 	<ul style="list-style-type: none"> Otras infracciones consideradas graves por la ley estatal

Tener tres (3) o más infracciones de Tipo B en los últimos tres (3) años

Infracciones de Tipo B incluyen:

Tener la licencia de conducir suspendida por razón de una infracción de movimiento. Infracciones de movimiento incluyen (sin limitarse a) las siguientes:

<ul style="list-style-type: none"> Excesiva velocidad 	<ul style="list-style-type: none"> No ceder el paso
<ul style="list-style-type: none"> Cambio de carril inapropiadamente 	<ul style="list-style-type: none"> Manejar negligentemente
<ul style="list-style-type: none"> No obedecer la señales de tráfico o los letreros de tráfico 	<ul style="list-style-type: none"> Tener la culpa en un accidente

Afirmo conscientemente que entiendo las normas de AZA United sobre el manejo de vehículos; asimismo asumo la responsabilidad de inspeccionar los vehículos manejados por los empleados a quienes yo les permita transportar a mi hijo/a. Estoy de acuerdo en defender, considerar indemne y no imputar responsabilidad alguna a ningún funcionario, director o agente de AZA United; los considero exentos de toda responsabilidad por cualquier tipo de demanda, reclamaciones, daños contra personas o propiedades; por pérdidas u obligaciones financieras; inclusive honorarios razonables de abogados; todo lo cual pudiera surgir por razón de acciones negligentes y conducta irresponsable de algún empleado respecto a las Normas de Manejo de AZA United.

Nombre del Padre/Madre o Tutor

Firma

Fecha



Arizona Autism United
5025 E Washington St
Suite 212
Phoenix, AZ 85034

Acuerdo sobre Armas de Fuego y Armas Peligrosas

Arizona Autism United, Inc. (AZA United) está comprometida a proporcionar un ambiente de trabajo seguro y fuera de riesgos a sus empleados. Por consiguiente, toda familia que reciba servicios en casa por medio de AZA United debe comprometerse a mantener armas de fuego y armas peligrosas guardadas en lugares seguros en su casa. Se incluyen entre armas de fuego y armas peligrosas, cualquier arma de fuego (ya sea cargada o no), silenciadores de armas de fuego, réplicas de armas de fuego, municiones para armas de fuego, manoplas de metal, ballestas, espadas, rociadores químicos, porras, cachiporras, hachas ligeras, explosivos y pistolas paralizantes .

Afirmación

Por medio de mi firma en este acuerdo sobre Armas de fuego y Armas Peligrosas, doy fe de lo siguiente:

Que no poseo armas de Fuego o Armas Peligrosas en mi hogar; o

Que sí poseo armas de fuego o armas peligrosas en mi hogar, y que toda arma de fuego o arma peligrosa se encuentra guardada en un lugar seguro al cual mis hijos no tienen acceso, y de que toda arma de fuego o arma peligrosa estará siempre guardada en un lugar seguro e inaccesible durante cualquier tiempo en que AZA United proporcione servicios en mi hogar.

Nombre del Padre/Madre o Tutor

Firma

Fecha

(602) 773-5773 [office]
(602) 273-9108 [fax]
www.AZAUnited.org