

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCIÓN
(ASSMCA)

ORDEN ADMINISTRATIVA NÚMERO 2016-01

PARA CREAR EL PROGRAMA DE VOLUNTARIADO INCENTIVADO DE LA ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONTRA LA ADICCIÓN PARA PARTICIPANTES DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON METADONA Y RECUPERACIÓN CONFORME A LA LEY NÚM. 261 DEL 8 DE SEPTIEMBRE DE 2004.

POR CUANTO: La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) fue creada en virtud de la ley Número 67 de 7 de agosto de 1993, según enmendada, con el fin de asegurar la prestación de servicios en el área de salud mental incluyendo uso de sustancias, que sean accesibles, costo efectivos, de óptima calidad y ofrecidos en un ambiente de respeto y confidencialidad.

POR CUANTO: La Administradora queda autorizada por la antedicha ley a promulgar, enmendar y derogar normas y reglamentos para el funcionamiento interno de la Administración y aquellos que son necesarios para poner en vigor o fortalecer los programas que administra la Agencia.

POR CUANTO: La Ley Núm. 261 de 8 de septiembre de 2004, conocida como la Ley del Voluntariado en Puerto Rico establece que será política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico reconocer, promover y proteger y facilitar la aportación solidaria y sin ánimo de lucro de los individuos, concebida como voluntariado, al bienestar común del País.

POR CUANTO: Según dispuesto en la mencionada Ley se autoriza a las agencias a establecer un programa de voluntarios de conformidad con el concepto de voluntariado definido en su Artículo 3 de la citada Ley Núm. 261.

POR CUANTO: La ASSMCA cuenta con programas de servicio, en donde la colaboración de los participantes en actividades productivas, a través de labor voluntaria incentivada puede ser pieza clave para su recuperación. En estos Programas, la colaboración de los participantes en actividades que se desarrollan en los Centros en los que reciben servicios, apoya la reintegración de éstos a la comunidad, reduce las recurrencias, logra el compromiso con su tratamiento a la vez que se motivan y se sienten parte del equipo de trabajo que labora en la Agencia para asistirles en su recuperación.

POR CUANTO: La labor voluntaria que desempeñen los participantes que se beneficien del Programa de Voluntariado les permitirá

desarrollar destrezas técnicas y destrezas sociales asociadas al mundo del trabajo, lo que contribuye a su proceso de reinserción a la comunidad como entes productivos, ya que las horas de servicio prestadas podrán ser acreditadas como experiencia de trabajo.

POR CUANTO: Según dispone la referida Ley, a los voluntarios se les podrá asignar dinero en calidad de dietas para cubrir gastos razonables de alimentación, de viaje u otros incidentales incurridos por razón del ejercicio de sus funciones o labores.

POR TANTO: Yo, Carmen M. Graulau Serrano, Administradora de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, en virtud de los poderes inherentes a mi cargo y de la autoridad legal en mí investida, establezco el Programa de Voluntariado Incentivado de la ASSMCA de conformidad con la mencionada Ley Núm. 261-2004.

PRIMERO: Se crea el Programa de Voluntariado Incentivado de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), para participantes de los programas de tratamiento con metadona y recuperación conforme a la Ley Núm. 261 del 8 de septiembre de 2004.

SEGUNDO: Las solicitudes se anejan y forman parte de esta Orden Administrativa. La ejecución como voluntarios será parte integral de su tratamiento y recuperación, y será evaluada para continuar como participante del Programa de Voluntariado Incentivado.

TERCERO: Las horas de servicio prestadas por los voluntarios serán documentadas a los fines de cumplir con el requisito de experiencia de empleo documentadas que se les exija para acceder a un trabajo.

CUARTO: Tanto el número de voluntarios, como el número total de horas de servicio serán documentados para incluirse en el Informe Anual al Gobernador.

QUINTO: A cada voluntario se le pagará un estipendio para cubrir gastos razonables de alimentación, viajes u otros gastos incidentales incurridos por razón del ejercicio de sus labores o funciones, hasta un máximo de \$125.00 mensuales y \$1,500.00 anuales, según establecido en la mencionada Ley 261.

SEXTO: A. El número máximo de voluntarios a reclutar en el Programa de Tratamiento con Metadona será de cuarenta y siete (47) participantes distribuidos como sigue:

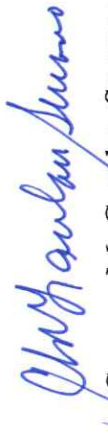
- Centro de Tratamiento con Metadona Aguadilla- 6
- Centro de Tratamiento con Metadona Bayamón- 6

- Centro de Tratamiento con Metadona Caguas- 6
- Centro de Tratamiento con Metadona Cayey- 6
- Centro de Tratamiento con Metadona Ponce- 10
- Centro de Tratamiento con Metadona San Juan- 15

B. El número máximo de voluntarios a reclutar en el Programa de Recuperación será de quince (15) participantes

SÉPTIMO: Todo voluntario deberá observar responsabilidades éticas o deberes cuyo cumplimiento es indispensable para gozar de los beneficios que provee la Ley del Voluntariado, a esos efectos firmará un acuerdo con el Director, Coordinador, Gerente o la persona a cargo del Programa de Voluntariado Incentivado en el Centro en el que desempeñará labores como voluntario. Dichos deberes y responsabilidades serán discutidos y aceptados por el voluntario antes de comenzar a desempeñar tareas.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, firmo la presente y estampo el sello de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, hoy 15 de enero de 2016.


Carmen M. Graulau Serrano
Administradora



Nombre: _____ Número expediente: _____

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROGRAMA DE VOLUNTARIADO INCENTIVADO

Yo, _____, solicito participar del Programa de Voluntariado Incentivado que ofrece la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMICA) en el centro donde recibo servicios de tratamiento. Al cumplimentar esta petición reconozco lo siguiente:

- Haber leído esta solicitud en su totalidad, o que la misma me fue leída y explicada en su totalidad, y comprendo el propósito y alcance del Programa de Voluntariado Incentivado, y que al leer y someter la misma se me proveyó copia de la Orden Administrativa Núm. 2016-01 emitida por la Administradora de ASSMICA el 15 de enero de 2016 la que crea este programa especial, describe sus objetivos y cita las fuentes legales de donde emana.
- Se me ha explicado el procedimiento de solicitud y que de ser considerado favorablemente, el mismo constituirá con mi firma y la del Director, Gerente o Coordinador a cargo de esta clínica un acuerdo de servicios voluntarios.
- Reconozco que existe un limitado número de espacios para participar de este programa, y que si el número de solicitudes sobrepasa la cantidad de los espacios disponibles, mi participación puede quedar sujeta al sorteo de los espacios para la asignación de los mismos de forma que quede libre de criterios arbitrarios.
- Comprendo que entre los objetivos que persigue este Programa de Voluntariado Incentivado, y según se desprende de la Orden Administrativa citada anteriormente, está el que pueda desarrollar destrezas técnicas y sociales asociadas al mundo laboral, lo que a su vez resulta beneficioso para mi tratamiento, y que las horas de servicio rendido podrán ser certificadas para acreditar experiencia de trabajo.
- Se me ha explicado que se me podrá asignar dinero en calidad de dietas para cubrir gastos razonables de alimentación, de viaje, u otros incidentales incurridos para ejercer las tareas que se me asignen, y que estos estipendios no excederán la cantidad de ciento veinticinco dólares (\$125.00) mensuales y mil quinientos dólares anuales (\$1,500.00), según establecido en la Ley 261.
- Comprendo que para ser elegible a participar de este Programa de Voluntariado debo cumplir con los siguientes requisitos mínimos:
 - Ser paciente activo del Centro de Tratamiento con Metadona del cual solicita participación en el Programa de Voluntariado Incentivado.
 - Encontrarse en al menos Fase II de tratamiento con metadona.
- Entre las tareas o labores que podré realizar en el centro se encuentran: orientar a otras personas sobre los servicios que se ofrecen en el centro; entregar material educativo del centro a otros pacientes o personas interesadas; mantener un tablón de edictos actualizado con actividades anunciadas para pacientes; reclutar potenciales participantes del programa de tratamiento con metadona a aquellas personas que no se encuentren recibiendo tratamiento; ofrecer apoyo en la coordinación de actividades recreativas y vocacionales; colaborar en la

preparación y recogido de los salones de actividades para pacientes; colaborar en la transportación de pacientes al centro; servir de amigo acompañante de otros pacientes cuando se refieren a servicios externos al centro; colaborar con ornato y limpieza sencilla; entre otras tareas.

- Comprendo que debo cumplir con las normas del centro para participar de este programa, y de incurrir en conducta que violente dichas normas mi participación en el *Programa de Voluntariado Incentivado* podrá ser suspendida.
- Entiendo que copia de esta solicitud/acuerdo podrá ser incluida dentro de mi expediente clínico y quedar sujeto a todas las normas relativas a la confidencialidad de mi información de salud.

Fecha (día/mes/año) _____ Firma del participante _____

Para uso exclusivo del personal directivo del Centro.

Luego de revisar esta Solicitud de Participación en el Programa de Voluntariado Incentivado se ha determinado que el(la) solicitante _____ **CUMPLE** _____ **NO CUMPLE**, con los requisitos mínimos del programa, y que el (la) mismo(a) será _____ **RECOMENDADO** _____ **NO RECOMENDADO** favorablemente para participar del mismo.

De ser recomendada favorablemente continuar con el siguiente paso:

Esta solicitud: _____ **SERÁ** incluida en el sorteo de espacios disponibles para el programa. _____ Toda vez que el número de solicitudes no excedió el cupo, el solicitante fue aceptado en el Programa.

Resultado del sorteo de espacios disponibles:

El(la) solicitante resultó ganador(a) en el sorteo.

El(la) solicitante no resultó ganador(a) en el sorteo, pero será incluido en la lista de espera de solicitantes esperando espacio disponibles para participar del programa.

Se aprueba la presente solicitud donde el participante _____ comenzará a prestar servicios voluntarios a través del Programa de Voluntariado Incentivado de ASSMCA a partir del _____ de _____ de 20 _____.

Fecha (día/mes/año)

Firma del Director/Gerente/Coordinador

Nombre: _____

Número expediente: _____

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN PROGRAMA DE VOLUNTARIADO INCENTIVADO

Yo, _____, solicito participar del Programa de *Voluntariado Incentivado* que ofrece la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) en el centro donde recibo servicios de recuperación. Al cumplimentar esta petición reconozco lo siguiente:

- Haber leído esta solicitud en su totalidad, o que la misma me fue leída y explicada en su totalidad, y comprendo el propósito y alcance del Programa de Voluntariado Incentivado, y que al leer y someter la misma se me proveyó copia de la Orden Administrativa Núm. 2016-01 emitida por la Administradora de ASSMCA el 15 de enero de 2016 la que crea este programa especial, describe sus objetivos y cita las fuentes legales de donde emana.
- Se me ha explicado el procedimiento de solicitud y que de ser considerado favorablemente, el mismo constituirá con mi firma y la del Director, Gerente o Coordinador a cargo del Programa un acuerdo de servicios voluntarios.
- Reconozco que existe un limitado número de espacios para participar de este Programa, y que si el número de solicitudes sobrepasa la cantidad de los espacios disponibles, mi participación puede quedar sujeta al sorteo de los espacios para la asignación de los mismos de forma que quede libre de criterios arbitrarios.
- Comprendo que entre los objetivos que persigue este Programa de *Voluntariado Incentivado*, y según se desprende de la Orden Administrativa citada anteriormente, está el que pueda desarrollar destrezas técnicas y sociales asociadas al mundo laboral, lo que a su vez resulta beneficioso para mi recuperación, y que las horas de servicio rendido podrán ser certificadas para acreditar experiencia de trabajo.
- Se me ha explicado que se me podrá asignar dinero en calidad de dietas para cubrir gastos razonables de alimentación, de viaje, u otros incidentales incurridos para ejercer las tareas que se me asignen, y que estos estipendios no excederán la cantidad de ciento veinticinco dólares (\$125.00) mensuales y mil quinientos dólares anuales (\$1,500.00), según establecido en la Ley 261.
- Comprendo que para ser elegible a participar de este Programa de Voluntariado debo cumplir con los siguientes requisitos mínimos:
 - Ser participante activo del Programa de Recuperación del cual solicita participación en el Programa de Voluntariado Incentivado.
- Entre las tareas o labores que podré realizar en el centro se encuentran: orientar a otras personas sobre los servicios que se ofrecen en el Programa de Recuperación; entregar material educativo del centro a otros participantes o personas interesadas; mantener un tablón de edictos actualizado con actividades anunciadas para participantes; reclutar potenciales participantes del Programa de Recuperación a aquellas personas que no se encuentren recibiendo servicios; ofrecer apoyo en la coordinación de actividades recreativas y vocacionales; colaborar en la preparación y recogido de los salones de actividades para participantes; colaborar en la transportación de pacientes al centro;

- servir de amigo acompañante de otros participantes cuando se refieren a servicios externos al Programa; colaborar con ornato y limpieza sencilla; entre otras tareas.
- Comprendo que debo cumplir con las normas establecidas para participar de este Programa, y de incurrir en conducta que violente dichas normas mi participación en el *Programa de Voluntariado Incentivado* podrá ser suspendida.
 - Entiendo que copia de esta solicitud/acuerdo podrá ser incluida dentro de mi expediente y quedar sujeto a todas las normas relativas a la confidencialidad de mi información de salud.

Fecha (día/mes/año)

Firma del participante

Para uso exclusivo del personal directivo del Centro.

Luego de revisar esta Solicitud de Participación en el Programa de Voluntariado Incentivado se ha determinado que el(la) solicitante _____ **CUMPLE** _____ **NO CUMPLE**, con los requisitos mínimos del Programa, y que el (la) mismo(a) será _____ **RECOMENDADO** _____ **NO RECOMENDADO** favorablemente para participar del mismo.

De ser recomendada favorablemente continuar con el siguiente paso:

Esta solicitud: _____ **SERÁ** incluida en el sorteo de espacios disponibles para el Programa.

_____ Toda vez que el número de solicitudes no excedió el cupo, el solicitante fue aceptado en el Programa.

Resultado del sorteo de espacios disponibles:

El(la) solicitante resultó ganador(a) en el sorteo.

El(la) solicitante no resultó ganador(a) en el sorteo, pero será incluido en la lista de espera de solicitantes esperando espacio disponibles para participar del programa.

Se aprueba la presente solicitud donde el participante _____ comenzará a prestar servicios voluntarios a través del Programa de Voluntariado Incentivado de ASSMCA a partir del _____ de _____ de 20 _____.

Fecha (día/mes/año)

Firma del Director/Gerente/Coordinador