



CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Por la presente, voluntariamente doy mi consentimiento para recibir servicios de apoyo de compañeros de salud mental en PEERSTAR LLC, SM.

Entiendo que el propósito del apoyo de pares es: (1) brindar oportunidades para dirigir mi propia recuperación; (2) enseñar y apoyar la adquisición y utilización de las habilidades necesarias para facilitar mi propia recuperación; (3) promover el conocimiento de las opciones y opciones de servicios disponibles; (4) promover la utilización de los recursos naturales dentro de la comunidad; y (5) para facilitar el desarrollo de un sentido de bienestar y autoestima.

Entiendo que los beneficios del apoyo de pares es permitirme darme cuenta de que tengo la capacidad de dirigir mi propia recuperación a través del crecimiento personal, la recuperación y la inclusión en la comunidad mediante el acceso a servicios y apoyos competentes de mi elección para poder disfrutar una mejor calidad de vida. Entiendo que las alternativas y los riesgos del apoyo de los compañeros son que es posible que no mejore si no asumo un papel activo en mi propia recuperación o si no sigo la orientación y las sugerencias de personas con experiencia y antecedentes de enfermedad mental.

Entiendo que dichos servicios de apoyo de pares consistirán en un proceso de evaluación, una evaluación de admisión y servicios y actividades de apoyo de pares de salud mental.

He recibido información sobre los servicios ofrecidos y autorizo a Peerstar LLC SM., a administrar los servicios de apoyo entre pares que se consideren convenientes. Sin embargo, dicho consentimiento no renuncia a mis derechos civiles y me reservo el derecho de rechazar cualquier servicio de apoyo entre pares que crea que no es lo mejor para mí (a menos que los servicios de apoyo entre pares hayan sido ordenados por un juez o cuando rechazar los servicios represente un riesgo inminente). de daño o muerte a mí mismo o a otros).

CONSENTIMIENTO DE TELESALUD (solo video/audio)

Por la presente doy voluntariamente mi consentimiento para recibir servicios de tratamiento de Peerstar LLC, donde recibiré tratamiento a través de telesalud (solo video/audio). Sí No

He recibido información sobre los servicios ofrecidos y autorizo a Peerstar LLC a administrar el tratamiento que el médico considere aconsejable. Sin embargo, dicho consentimiento no renuncia a mis derechos civiles y me reservo el derecho de rechazar cualquier tratamiento que crea que no sea lo mejor para mí (a menos que el tratamiento haya sido ordenado por un juez o cuando rechazar los servicios represente un riesgo inminente de daño o muerte). a mí mismo o a los demás). Entiendo que no se negará la atención si me niego a recibir servicios a través del encuentro de telesalud, y aunque entiendo que tengo derecho a rechazar los servicios, se me informará de las alternativas disponibles que podrían incluir demoras en el servicio, necesidad de viajes o riesgos



asociados a no contar con los servicios proporcionados por telesalud. Puedo optar por recibir servicios en persona en cualquier momento.: Sí / no

CONFIDENCIALIDAD

Entiendo que mis registros son confidenciales y no se divulgarán a otras personas o agencias fuera de Peerstar LLCSM sin mi consentimiento expreso por escrito. Sin embargo, entiendo que cierta información puede divulgarse sin mi autorización en las siguientes circunstancias:

1. Al recibir una citación u orden judicial legítima.
2. En caso de emergencia médica válida.
3. Si hay evidencia que sugiera que ha ocurrido abuso infantil.
4. Cuando un peligro para la seguridad pública (como un homicidio) requiere divulgación.
5. A terceros pagadores para verificar la prestación del servicio.

Entiendo que mis registros son confidenciales y no se divulgarán a otras agencias sin mi consentimiento por escrito. Sin embargo, entiendo que cierta información puede ser divulgada sin mi autorización si se presentara alguna de las circunstancias anteriores. Entiendo que la información adicional sobre las prácticas de privacidad de Peerstar LLCSM relacionadas con mis registros médicos está disponible en el Aviso de prácticas de privacidad integral de Peerstar LLCSM, una copia del cual se me ha puesto a mi disposición y que he leído o no deseo leer. antes de firmar este consentimiento. Entiendo que cualquier cambio en las prácticas de privacidad de Peerstar LLCSM resultará en modificaciones al aviso de Prácticas de Privacidad, y que los avisos actualizados estarán disponibles para mí, si decido revisarlos.

ASISTENCIA



Es importante que asista a las citas programadas para poder beneficiarse de los servicios que están recibiendo. Sin embargo, entendemos que hay momentos en los que debe cancelar su cita. En los casos en que no pueda asistir, comuníquese con la oficina para cancelar su cita 24 horas en avance.

NO DISCRIMINACIÓN

Peerstar no discriminará al personal ni a las personas que reciban servicios por motivos de raza, color, credo, discapacidad, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, género, identidad o expresión de género, orientación sexual, origen nacional, etnia o situación económica, y debe observar todos los estatutos y reglamentos estatales y federales aplicables.

DERECHOS DEL CLIENTE

Como cliente involucrado en servicios con Peerstar LLC, SM, tiene derecho a:

- Servicios de apoyo entre pares de calidad
- Servicios de apoyo entre pares, independientemente de la raza, religión, sexo, edad, origen étnico o discapacidad.
- Dignidad, compasión, respeto, comunicación abierta y relaciones sociales positivas.
- Un Plan de Servicio Individual
- Estar provisto de otro servicio o servicios adicionales, en caso de ser necesario.
- Ser informado sobre todos los aspectos de sus servicios de apoyo entre pares en un lenguaje que pueda entender.
- Participar en la planificación de su alta de los servicios de apoyo entre pares.
- Recibir servicios de apoyo entre pares en el entorno menos restrictivo posible
- Rechazar todos los servicios de apoyo entre pares o un aspecto específico de los servicios de apoyo entre pares (a menos que un tribunal lo ordene un juez, o cuando rechazar los servicios de apoyo entre pares pueda ponerlo a usted o a otros en riesgo de daño o muerte).
- Estar protegido contra la invasión de su privacidad, incluida la divulgación injustificada de registros.



RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Como cliente involucrado en servicios con Peerstar LLC SM., usted tiene la responsabilidad de:

- Asegúrese de comprender sus derechos y la información sobre los servicios de apoyo entre pares haciendo preguntas.
- Ser abierto y honesto con su especialista en apoyo entre pares para beneficiarse del apoyo entre pares servicios.
- Tome un papel activo en su plan de servicios de apoyo de pares individualizado.
- Mostrar respeto y preocupación por los demás compañeros, respetando tanto su privacidad como la propia.
- Ser cortés, respetuoso y cooperativo en los servicios de apoyo entre compañeros.
- Para asistir a reuniones programadas, citas, servicios de apoyo entre pares.
- Participar activamente y comprometerse en sesiones de apoyo entre pares sin verse afectado por ninguna forma de alcohol, narcóticos o sustancias controladas.

SEGURIDAD

Es política de Peerstar proporcionar un entorno seguro y libre de toda conducta amenazante e intimidatoria. Será una violación de esta política que cualquier individuo (personal o compañero) se involucre en cualquier conducta, verbal, sexual o física, que intimide, ponga en peligro o cree la percepción de la intención de dañar a las personas o la propiedad. Los ejemplos incluyen pero no se limitan a:

- Agresiones físicas/sexuales o amenazas de agresión física/sexual, ya sea en persona o por otros medios (es decir, por escrito, por teléfono, fax o correo electrónico).
- Conducta verbal que es intimidatoria y tiene el propósito o efecto de amenazar la salud o seguridad de otra persona.
- Posesión de armas de fuego o cualquier otra arma letal durante las sesiones de Peer. Las armas deben permanecer aseguradas durante las sesiones en el hogar.
- Cualquier otra conducta o acto que la gerencia crea que representa un peligro inminente o potencial para la seguridad.



CONFIDENCIALIDAD TELEFÓNICA

Puede ser necesario que el personal de Peerstar LLCSM se comunique con usted por teléfono para programar o cancelar citas, o para dar/recibir información. Indique si podemos identificar la agencia por su nombre cuando llame y enumere los números de teléfono donde se le puede localizar.

CONFIDENCIALIDAD DE CORREO ELECTRÓNICO / MENSAJES DE TEXTO

¿Desea que el personal de Peerstar LLCSM se comunique con usted por correo electrónico, mensajes de texto o comunicación electrónica similar (juntos, correo electrónico)? Si lo hace, debe tener en cuenta que la comunicación por correo electrónico no es una forma segura de comunicación de información médica confidencial y que los correos electrónicos hacia o desde el personal de Peerstar LLCSM puede identificarlo como receptor de servicios de apoyo de pares de Peerstar LLCSM y puede contener otra información de salud personal. Peerstar LLCSM no puede garantizar la seguridad de la comunicación por correo electrónico. El teléfono y el correo regular son una forma más segura de comunicarse. Si aún desea autorizar al personal de Peerstar LLCSM a comunicarse con usted por correo electrónico, proporcione su dirección de correo electrónico y/o número de texto y sus iniciales a continuación, indicando que acepta el riesgo de divulgación de información médica confidencial enviada o recibida por correo electrónico.

Declaración de confidencialidad/HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO EL APOYO DE PARES / PSICOLÓGICO / PSIQUIÁTRICO / TERAPÉUTICO / DROGAS Y ALCOHOL E INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

I. Usos y divulgaciones para tratamiento, pago y operaciones de atención médica



Podemos usar o divulgar su información de salud protegida (PHI) para tratamiento, pago y operaciones de atención médica con su consentimiento. Para ayudar a aclarar estos términos, aquí hay algunas definiciones:

- 'PHI' se refiere a la información en su registro de salud que podría identificarlo.

- 'Tratamiento, Pago y Operaciones Sanitarias'

- 'Pago' es cuando obtenemos el reembolso de su atención médica. Ejemplos de pago son cuando divulgamos su PHI a su aseguradora de salud, organización de atención administrada, Asistencia Médica o Medicaid/Medicare para o

- 'Tratamiento' es cuando brindamos, coordinamos o administramos su atención médica y otros servicios relacionados con su atención médica. Un ejemplo de tratamiento sería cuando consultamos con otro proveedor de atención médica, como su médico de familia u otro psicólogo/psiquiatra/terapeuta.

- 'Operaciones de Atención de la Salud' son actividades que se relacionan con el desempeño y operación de la práctica. Ejemplos de operaciones de atención médica son actividades de evaluación y mejora de la calidad, asuntos relacionados con el negocio, como auditorías y servicios administrativos.

- 'Usos' se aplica solo a actividades dentro de la oficina, clínica, grupo de práctica, etc., como compartir, emplear, aplicar, utilizar, examinar y analizar información que lo identifique.

- La 'divulgación' se aplica a las actividades fuera del [consultorio, clínica, grupo de práctica, etc.], como divulgar, transferir o proporcionar acceso a información sobre usted a otras partes.

II. Usos y divulgaciones que requieren autorización



Podemos usar o divulgar PHI para fines fuera del tratamiento, pago y operaciones de atención médica cuando se obtiene su autorización correspondiente. Una 'autorización' es un permiso por escrito más allá del consentimiento general que permite solo divulgaciones específicas. En aquellos casos en los que se nos solicite información para fines ajenos al tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, obtendremos su autorización antes de divulgar esta información. También necesitaremos obtener una autorización antes de publicar sus notas de encuentro de apoyo entre pares o notas de progreso y Planes de servicio individuales (colectivamente, 'Notas de progreso'). Las 'Notas de progreso' son notas que hemos hecho sobre nuestra conversación durante una sesión de apoyo entre pares privada, grupal, conjunta o familiar.

tercero Usos y divulgaciones sin consentimiento ni autorización

Podemos usar o divulgar PHI sin su consentimiento o autorización en los siguientes circunstancias:

- Abuso infantil: si tenemos motivos razonables para sospechar abuso infantil, es posible que se nos solicite ley para informar esto al Departamento de Bienestar Público de Pensilvania o agencias similares.

- Abuso de Adultos y Doméstico: Si tenemos causa razonable para creer que un adulto mayor está en necesidad de servicios de protección (con respecto al abuso, la negligencia, la explotación o el abandono), podemos reportarlos a la agencia local que brinda servicios de protección.

- Procedimientos judiciales o administrativos: si está involucrado en un procedimiento judicial y se realiza una solicitud sobre los servicios que le brindamos o los registros de los mismos, dicha información es privilegiada según la ley estatal y no la divulgaremos sin su consentimiento por escrito. o una orden judicial. El privilegio no se aplica cuando está siendo evaluado por un tercero o cuando la evaluación es ordenada por un tribunal. Se le informará con antelación si este es el caso.

- Amenaza grave a la salud o la seguridad: si expresa una amenaza grave o la intención de matar o lesione a una persona o grupo de personas identificado o fácilmente identificable, y determinamos que es probable que lleve a cabo la amenaza, debemos tomar medidas razonables para evitar daños. Las medidas razonables pueden incluir informar directamente a la posible víctima de la amenaza o intención.



- Compensación del trabajador: si presenta un reclamo de compensación del trabajador, es posible que debamos presentar informes periódicos a su empleador que incluirán, cuando corresponda, historial, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

IV. Derechos del paciente y deberes del psicólogo/psiquiatra/terapeuta

- 'Derecho a Solicitar Restricciones' Tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida sobre usted. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción que solicite.

- Derecho a recibir comunicaciones confidenciales por medios alternativos y en ubicaciones alternativas - Tiene derecho a solicitar y recibir comunicaciones confidenciales de PHI por medios alternativos y en ubicaciones alternativas. (Por ejemplo, es posible que no desee que un miembro de su familia sepa que nos está viendo. Si lo solicita, enviaremos sus facturas a otra dirección).

- 'Derecho a inspeccionar y copiar' Tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia (o ambas) de la PHI en sus registros de salud mental y de facturación utilizados para tomar decisiones sobre usted mientras la PHI se mantenga en el registro. Podemos negar su acceso a la PHI bajo ciertas circunstancias, pero en algunos casos, es posible que se revise esta decisión. Si lo solicita, discutiremos con usted los detalles del proceso de solicitud y denegación.

- 'Derecho a modificar' Tiene derecho a solicitar una modificación de la PHI mientras la PHI esté mantenido en el registro. Podemos denegar su solicitud. Si lo solicita, discutiremos con usted los detalles del proceso de enmienda.

- 'Derecho a un Informe' Generalmente tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de PHI para la cual no ha brindado consentimiento ni autorización (como se describe en la Sección III de este Aviso). Si lo solicita, discutiremos con usted los detalles del proceso contable.

- 'Derecho a una copia en papel' Tiene derecho a obtener una copia en papel de la notificación de nuestra parte al solicitud incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente.



Deberes del especialista de pares y del supervisor:

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la PHI y proporcionarle un aviso de nuestra deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI

- Nos reservamos el derecho de cambiar las políticas y prácticas de privacidad descritas en este aviso. Sin embargo, a menos que le notifiquemos dichos cambios, estamos obligados a cumplir con los términos actualmente en vigor.

- Si revisamos nuestras políticas y procedimientos, enviaremos un aviso revisado a cada paciente por correo.

V. Quejas

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión hicimos sobre el acceso a sus registros, puede comunicarse con nuestro Director de Integridad y Cumplimiento del Programa al (814) 515-2699.

También puede presentar una queja ante el gobierno federal, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos, por escribiendo a: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, 150 S. Independence Mall West - Suite 372, Philadelphia, PA. 19106-3499.

Sus servicios no se verán afectados por ninguna queja presentada a Peerstar LLC, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos o la Oficina de Derechos Civiles.

VI. Fecha de vigencia, restricciones y cambios en la política de privacidad

Este aviso entrará en vigor el 1 de abril de 2003, revisado a partir del 20 de febrero de 2012.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y de hacer las disposiciones del nuevo aviso efectiva para toda la PHI que mantenemos. Le enviaremos un aviso revisado por correo.



Formulario de elección del paciente

Se me ha informado que tengo derecho a elegir un proveedor de servicios de apoyo entre pares. He tenido la oportunidad de hablar sobre los servicios de apoyo entre pares con el personal de Peerstar LLC, SM, quienes me informaron sobre las opciones disponibles en mi condado. Soy consciente de que Peerstar LLC, SM está afiliada a Nulton Diagnostic and Treatment Center, PC a través de propiedad común. También me han informado que si me gustaría hablar sobre otras opciones para recibir el servicio de apoyo entre pares, puedo llamar a los siguientes números gratuitos.

Opciones de estado de la baliza

www.beaconhealthoptions.com

pawemaster@beaconhealthoptions.com

Westmoreland: 1-877-688-5977

Armstrong: 1-877-688-5969

Indiana: 1-877-688-5969

PerformCare (anteriormente CBHNP)

Sitio web: <http://pa.performcare.org> -- Correo electrónico: <https://pa.performcare.org/securecontact/index.aspx>

Condado de Franklin-Fulton: 1-866-773-7917

Cumberland: 1-888-722-8646 (TTY 1-800-654-5984)

Delfin: 1-888-722-8646 (TTY 1-800-654-5984)

Lancaster: 1-888-722-8646 (TTY 1-800-654-5984)

Líbano: 1-888-722-8646 (TTY 1-800-654-5984)



Perry: 1-888-722-8646 (TTY 1-800-654-5984)

Organización de Salud Conductual de Atención Comunitaria - CCBHO

Sitio web: www.ccbh.com

Bedford: 866-483-2908

Somerset: 866-483-2908

Blair: 855-520-9715

Clearfield: 866-878-6046

Jefferson: 866-878-6046

Centro: 866-878-6046

Huntington: 866-878-6046

Mifflin: 866-878-6046

Juniata: 866-878-6046

Wayne: 866-878-6046

Susquehanna: 866-668-4696

Lackawanna: 866-668-4696

Luzerna: 866-668-4696

Wyoming: 866-668-4696

Carbón: 866-473-5862

Monroe: 866-473-5862

Lucio: 866-473-5862

Delaware: 855-889-7827

Magallanes

Sitio web: www.magallanes.com

Condado de Cambria: 800-424-0485



Condado de Lehigh: 866-238-2311

Condado de Northampton: 866-238-2312

Salud conductual comunitaria (CBH)

Condado de Filadelfia

801 mercado calle

serie 7000

Filadelfia, PA 19107

(215) 413-3100

Recursos

Si desea recursos adicionales o información sobre las opciones de tratamiento de salud mental, utilice los enlaces a los sitios web enumerados anteriormente para cada organización de atención administrada, o llame a los números gratuitos que se indican.

Quejas/inquietudes sobre la calidad del servicio

Puede comunicarse con el Director de Integridad y Cumplimiento del Programa de Peerstar LLC, SM al 1-888-733-7781 con cualquier queja o inquietud que pueda tener con respecto a la calidad de los servicios que recibe.

Además, puede comunicarse con su Organización de Atención Administrada (MCO) por el número de teléfono que se indica arriba.

Quejas/inquietudes sobre desperdicio, fraude o abuso de Medicaid: puede comunicarse con el Departamento de Cumplimiento de Peerstar LLC al 1-888-733-7781 con cualquier queja o inquietud que pueda tener con respecto al desperdicio, fraude o abuso de Medicaid. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios Humanos de PA al 1-866-379-8477.



Plan de acción de recuperación del bienestar (WRAP)

Recibí un WRAP de bolsillo y me ofrecieron la oportunidad de trabajar en mi WRAP.

Cada WRAP es totalmente voluntario. Yo, la persona que estoy desarrollando el WRAP, decido si quiero hacerlo, cuándo quiero hacerlo, cuánto tiempo me tomará, qué incluirá y quién me ayuda y apoya.

Prevención y control del tabaco

Línea gratuita para dejar de fumar de Pensilvania: 1-800-QUIT-NOW (784-8669)

Si se comunica con la Línea gratuita para dejar de fumar de PA, puede recibir:

- Hasta 5 sesiones de coaching por teléfono
- Llamadas ilimitadas a PA Free Quitline según sea necesario
- Materiales educativos para dejar de fumar
- Terapia de reemplazo de nicotina (NRT) gratuita (hasta 8 semanas de parches) para llamadas calificadas.

PROGRAMA DE APOYO DE PARES DE ASISTENCIA MÉDICA DE PENNSYLVANIA

Yo, la persona antes mencionada, he solicitado que Peerstar LLC, SM me brinde servicios de apoyo entre pares. Lo hago entendiendo, reconociendo y aceptando los siguientes términos con la intención de estar legalmente obligado:



- Tipo de servicio: los servicios de apoyo entre pares se componen de interacciones realizadas por uno mismo consumidores identificados actuales o anteriores de servicios de salud del comportamiento que están capacitados y certificados para ofrecer apoyo y asistencia para ayudar a otros en su proceso de recuperación de salud mental e integración comunitaria.

- Sin tratamiento médico o de salud mental: los servicios de apoyo entre pares no son servicios médicos o de salud mental. o servicios de tratamiento de abuso de sustancias. Se ofrecen además de y no como reemplazo de dichos servicios.

- Especialistas en pares: Los servicios de apoyo entre pares de PeerstarSM me serán proporcionados por un especialista en pares certificado que es una persona que se ha identificado a sí misma como alguien que se ha recuperado de una enfermedad mental, abuso de sustancias y/o trastornos concurrentes similares y que recibió capacitación en salud mental. recuperación de la salud antes de recibir su certificación. Un especialista colega certificado no puede y no brinda asesoramiento médico o psicológico.

- Confidencialidad: Peerstar se compromete a tratar su información de manera confidencial según lo requiera la ley aplicable. (Incluyendo el Código de 55 Pa. 5100.31-5100.39 (relacionado con la confidencialidad de los registros de salud mental) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") y sus reglamentos de implementación (relacionados con la privacidad y seguridad de la información de salud protegida).

- Antecedentes penales: especialistas en pares: se ha demostrado que los servicios de apoyo entre pares son más efectivos cuando el especialista en pares certificado que brinda los servicios tiene antecedentes similares a los de la persona que recibe el servicio. Esto incluye a personas con antecedentes y antecedentes penales.

- Divulgación de antecedentes penales -- Especialistas en pares y supervisores: PeerstarSM por la presente me informa que algunos especialistas en pares certificados y supervisores empleados por PeerstarSM para brindar servicios de apoyo entre pares tienen antecedentes penales o antecedentes penales conocidos o conocidos por PeerstarSM.

Transporte



- PeerstarSM no proporciona transporte: PeerstarSM no proporciona transporte de ningún amable con los clientes que reciben servicios de apoyo entre pares, y PeerstarSM no autoriza, ordena ni requiere especialistas certificados en apoyo entre pares para transportar clientes por ningún motivo dentro del alcance de su empleo con Peerstar LLC, SM.

- Transporte de cortesía provisto por especialistas y supervisores de pares: como cortesía, los mismos supervisores y especialistas de apoyo de pares de PeerstarSM pueden ocasionalmente, actuando a su entera discreción y criterio y fuera del alcance de su empleo y supervisión, ofrecer proporcionar un automóvil personal o otras formas de transporte para apoyar a los clientes y/o miembros de la familia de los clientes u otras personas designadas.

- Transporte -- Asunción de Riesgo. Entiendo y acepto que existen previsible y riesgos imprevisibles de lesiones corporales graves o la muerte mientras conduce o es pasajero en un automóvil u otra forma de transporte. Si acepto una oferta de un especialista o supervisor de apoyo entre pares de Peerstar LLC SM para el transporte de automóviles, lo hago voluntariamente y asumo completamente todos esos riesgos. Acepto que ni Peerstar LLC SM, ni sus funcionarios, directores, accionistas o empleados son responsables ante mí de ninguna manera por las acciones o inacciones de los especialistas certificados en apoyo de pares, supervisores o terceros que elijan proporcionarme transporte, lo cual no está en el ámbito de su empleo. Acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a Peerstar LLC SM y a sus funcionarios, directores, accionistas y empleados, incluido el miembro del personal que maneja, de cualquier responsabilidad, pérdida, costo, daño, reclamo o demanda de cualquier tipo por cualquier lesión, pérdida, enfermedad o daños resultantes o relacionados con mi transporte por parte de un especialista o supervisor de apoyo entre pares. Reconozco y acepto que Peerstar LLC SM no mantiene un seguro para reembolsarme por cualquier lesión que yo, mi familia u otras personas designadas podamos sufrir mientras somos transportados por un especialista o supervisor de apoyo de pares de Peerstar LLC SM y que los especialistas o supervisores de apoyo de pares de Peerstar LLC, SM los supervisores pueden o no mantener dicho seguro. Asumo voluntariamente este riesgo. Acepto que esta declaración será vinculante para mí, los miembros de mi familia y mis herederos, albaceas y representantes.