



KIM JOHNSON  
DIRECTOR

STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
**DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES**  
744 P Street • Sacramento, CA 95814 • [www.cdss.ca.gov](http://www.cdss.ca.gov)



GAVIN NEWSOM  
GOVERNOR

**Formulario de exención por vacunación COVID-19**

Nombre del proveedor (Escriba en letra de molde):

Número del proveedor (9 dígitos):

De conformidad con la Orden del Funcionario de Salud Pública del Estado de California con fecha del 28 de septiembre de 2021, el Departamento de Salud Pública de California (CDPH) exige que los empleados que proporcionen Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) o Servicios de Cuidado Personal por Exención (WPCS) a cualquier beneficiario que no es un miembro de familia o no vive con su proveedor, entreguen verificación de vacunación COVID-19 completa antes del 30 de noviembre de 2021. Entregue una copia de su formulario completo a su(s) beneficiario(s) y guarde una copia para sus registros.

**Exención de vacunación**

- Estoy exento de recibir una vacuna COVID-19 por una razón médica que me hace elegible. *NOTA:* Para ser elegible para esta exención, entiendo que también debo obtener una declaración escrita firmada por un **médico, enfermero practicante u otro profesional médico con licencia que ejerza bajo la licencia de un médico**, indicando que sea elegible para la exención (pero la declaración escrita no debe describir la condición médica subyacente o la discapacidad) e indicando la duración probable de mi discapacidad para recibir la vacuna (o si la duración es desconocida o permanente, indíquelo).
- Adaptación por creencias religiosas: Tengo una creencia, práctica u observancia religiosa sincera que me impide recibir cualquiera de las vacunas COVID-19.

**Firma y declaración**

Entiendo que, si cumplo con los requisitos de una exención religiosa o médica, estaré sujeto a pruebas de COVID-19 semanales obligatorias y usaré una mascarilla quirúrgica o un respirador de nivel superior aprobado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH), como un respirador de mascarilla con filtro N95, de conformidad con la Orden de Salud Pública del CDPH del 28 de septiembre de 2021.

Al firmar a continuación, declaro y reconozco que he leído y entendido completamente la información en este formulario de exención y certifico bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en este formulario de exención es verdadera y correcta. Entiendo que los beneficiarios a los que proporciono servicios pueden optar para que ya no les preste servicios porque he optado por no recibir la vacuna COVID-19.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_