



KIM JOHNSON  
DIRECTOR



GAVIN NEWSOM  
GOVERNOR

### COVID-19 Պատվաստումից ազատվելու ձև

Խնամակալի անունը (Տպատառ).

Խնամակալի համարը (9 թվանշան).

Համաձայն Կալիֆոռնիա նահանգի հանրային առողջապահության պաշտոնյայի 2021 թվականի սեպտեմբերի 28-ի հրամանի, Կալիֆոռնիայի հանրային առողջության վարչությունը (California Department of Public Health - CDPH) պարտադրում է, որ աշխատողները, ովքեր մատուցում են Տնային օժանդակ ծառայություններ (IHSS) կամ Անձնական խնամքի ծառայություններ այլընտրանքային ծրագրով (WPCS) ցանկացած խնամք ստացողին, ով ընտանիքի անդամ չէ կամ խնամակալի հետ չի ապրում, տրամադրել COVID-19-ի ամբողջական պատվաստման ապացույց մինչև 2021 թվականի նոյեմբերի 30-ը: Խնդրում ենք ձեր լրացված ձևի պատճենը տալ ձեր խնամք ստացողին(ներին) և պահել պատճեն ձեր գրառումների համար:

### Պատվաստումից ազատում

- Ես ազատված եմ COVID-19 պատվաստանյութ ստանալուց, հարգելի բժշկական պատճառով: *ՆՇՈԻՄ*. Այս արտոնությունից օգտվելու համար, ես հասկանում եմ, որ ես պետք է ստանամ նաև գրավոր հայտարարություն՝ ստորագրված բժշկի, բուժաշխատողի կամ այլ լիցենզավորված բուժաշխատողի կողմից, որը զբաղվում է բժշկի լիցենզիայի ներքո՝ նշելով, որ ես իրավասու եմ ազատման համար (բայց գրավոր հայտարարությունը չպետք է նկարագրի հիմքում ընկած բժշկական վիճակը կամ հաշմանդամությունը) և նշելով թե պատվաստումից ազատումը որքան ժամանակով է (կամ եթե տևողությունը անհայտ է կամ մշտական, ուրեմն նշեք):
- Կրոնական համոզմունքների հարմարեցում: Ես ունեմ անկեղծ կրոնական համոզմունք, գործելակերպ կամ ծես, որն ինձ խանգարում է ստանալ COVID-19 պատվաստանյութերից որևէ մեկը:

### Ստորագրություն և վկայական

Ես հասկանում եմ, որ եթե ես բավարարում եմ կրոնական կամ բժշկական բացառության պահանջները, ես ենթակա կլինեմ COVID-19-ի շարաթական պարտադիր թեստավորման և ես կրելու եմ վիրաբուժական դիմակ կամ ավելի

բարձր մակարդակի ռեսպիրատոր, որը հաստատված է Աշխատանքի անվտանգության և առողջության ազգային ինստիտուտի (NIOSH) կողմից, օրինակ՝ N95 ֆիլտրող դեմքի ռեսպիրատոր, որը համապատասխանում է 2021 թվականի սեպտեմբերի 28-ի CDPH հանրային առողջության պատվերին:

Ստորև ստորագրելով՝ ես սույնով հայտարարում և ընդունում եմ, որ կարդացել եմ և լիովին հասկանում եմ այս ազատման ձևի տեղեկատվությունը և սուտ վկայության պատժի ներքո հաստատում եմ, որ այս ազատման ձևում իմ տրամադրած տեղեկությունները ճշմարիտ և ճիշտ են: Ես հասկանում եմ, որ այն խնամք ստացողները, որոնց ես մատուցում եմ ծառայություններ, կարող են որոշել, որ այլևս իրենց ծառայություններ չտրամադրեն, քանի որ ես ընտրել եմ չստանալ COVID-19 պատվաստանյութը:

Ստորագրություն. \_\_\_\_\_ Ամսաթիվ. \_\_\_\_\_

ARMENIAN