



KIM JOHNSON  
DIRECTOR



GAVIN NEWSOM  
GOVERNOR

## សំណៅសុំឲ្យមានការលើកលែងលើការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជម្ងឺ COVID-19

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា (សរសេរជាអក្សរពុម្ព):

លេខអ្នកផ្តល់សេវា (លេខ 9 ខ្ទង់):

អនុលោមទៅតាមបទបញ្ជារបស់មន្ត្រីសុខាភិបាលសាធារណៈរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា ដែលចុះនៅថ្ងៃទី 28 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 2021 ក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រនីញ៉ា (CDPH) កំពុងបង្ហាញឱ្យនិយោជិតដែលផ្តល់ សេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះ (IHSS) ឬ សេវាការលើកលែងការមើលថែទាំផ្ទាល់ខ្លួន (WPCS) ដល់អ្នកទទួលជំនួយណាមួយដែលមិនមែនជាសមាជិកគ្រួសារ ឬមិនរស់នៅជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់ពួកគេ ផ្តល់ភស្តុតាងនៃការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជម្ងឺ COVID-19 ឱ្យបានចប់សព្វគ្រប់នៅថ្ងៃទី 30 ខែវិច្ឆិកា ឆ្នាំ 2021 ។ សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃសំណៅដែលបានបំពេញចប់សព្វគ្រប់ទៅអ្នកទទួលជំនួយរបស់អ្នក ហើយរក្សាទុកច្បាប់ចម្លងសម្រាប់កំណត់ត្រារបស់អ្នក។

### ការលើកលែងលើការចាក់វ៉ាក់សាំង

- ខ្ញុំត្រូវបានលើកលែងពីការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជម្ងឺ COVID-19 សំរាប់ហេតុផលសុខភាពដែលមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់។ *ការកត់ចំណាំ៖* ដើម្បីមានសិទ្ធិទទួលបានការលើកលែងនេះ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំក៏ត្រូវទទួលបានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរដែលបានចុះហត្ថលេខាដោយគ្រូពេទ្យ អ្នកជំនាញផ្នែកគិលានុបដ្ឋាយិកា ឬ អ្នកជំនាញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណផ្សេងទៀតដែលអនុវត្តក្រោមអាជ្ញាប័ណ្ណគ្រូពេទ្យ ដែលបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំមានលក្ខណៈសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់សម្រាប់ការលើកលែង (ប៉ុន្តែសេចក្តីថ្លែងការណ៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមិនគួរពិពណ៌នាអំពីស្ថានភាពសុខភាព ឬពិការភាពជាមូលដ្ឋានឡើយ) និង បញ្ជាក់អំពីរយៈពេលដែលទំនងថាខ្ញុំមិនអាចទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជម្ងឺ (ឬបើសិនរយៈពេលនេះមិនដឹង ឬជាអចិន្ត្រៃយ៍ ដូច្នោះសូមបញ្ជាក់) ។
- ដំណោះស្រាយលើជំនឿសាសនា៖ ខ្ញុំមានជំនឿលើសាសនាដោយស្មោះត្រង់ទាំងការអនុវត្ត ឬការគោរពដែលរារាំងខ្ញុំមិនឱ្យទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជម្ងឺ COVID-19 ណាមួយឡើយ។

**សេចក្តីថ្លែងបញ្ជាក់ និងការចុះហត្ថលេខា**

ខ្ញុំយល់ថា បើខ្ញុំបំពេញតាមតម្រូវការនៃការលើកលែងព្រោះតែជំនឿសាសនា ឬសុខភាព ខ្ញុំនឹងត្រូវធ្វើតេស្តរកមេរោគ COVID-19 ប្រចាំសប្តាហ៍ជាចាំបាច់ ហើយខ្ញុំនឹងពាក់ម៉ាស់វះកាត់ ឬឧបករណ៍ដកដង្ហើមកំរិតខ្ពស់ ដែលបានយល់ព្រមដោយវិទ្យាស្ថានជាតិនៃសុខភាព និងសុវត្ថិភាពក្នុងការងារ (NIOSH) ដូចជាឧបករណ៍ដកដង្ហើមពាក់លើមុខដែលមានតម្រង N95 ដែលស្របទៅតាមបទបញ្ជាក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈរបស់ CDPH ដែលចុះនៅថ្ងៃទី 28 ខែកញ្ញា ឆ្នាំ 2021 ។

តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ខ្ញុំសូមប្រកាស និងទទួលស្គាល់ថាខ្ញុំបានអាន និងយល់ច្បាស់ទាំងអស់អំពីព័ត៌មាននៅក្នុងសំណេរនៃការលើកលែងនេះ ហើយសូមបញ្ជាក់នៅក្រោមទោសបញ្ញត្តិនៃបទភូតភរកុហកថា ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនក្នុងសំណេរនៃការលើកលែងនេះគឺជាការពិត និងត្រឹមត្រូវ។ ខ្ញុំយល់ថា អ្នកទទួលជំនួយដែលខ្ញុំផ្តល់សេវាការមើលថែទាំក្នុងផ្ទះ អាចជ្រើសរើសលែងអោយខ្ញុំ ផ្តល់សេវាកម្មទាំងនោះដល់ពួកគេ ព្រោះតែខ្ញុំបានជ្រើសរើសការមិនចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជម្ងឺ COVID-19 ។

ហត្ថលេខា: \_\_\_\_\_

កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_