



KIM JOHNSON
DIRECTOR



GAVIN NEWSOM
GOVERNOR

COVID-19 백신 접종 면제 양식

제공자 이름(인쇄체):

제공자 번호(9 자릿수):

2021년 9월 28일자로 발표된 캘리포니아 주 공중보건 책임자 명령에 따라, 캘리포니아 공중보건부(CDPH)는 가내지원서비스(IHSS) 또는 면제 개인 간호 서비스(WPCS)를 제공하는 직원이 가족이 아니거나 제공자와 함께 거주하지 않는 모든 수혜자들에게, 2021년 11월 30일까지 COVID-19 백신 접종을 완료한 증명을 제공하도록 의무화하고 있습니다. 수혜자에게 작성 완료한 양식 사본을 주고, 당신의 기록을 위해 사본 한 부를 간직하십시오.

백신 접종 면제

- 본인은 적절한 의료적 이유로 COVID-19 백신 접종을 받는 것이 면제됩니다.
참고: 이 면제를 받을 자격이 되려면, 본인이 면제 자격이 있음을 진술하고 (그러나 서면 진술서에 기저 건강 상태나 장애를 설명해서는 안됨.), 백신을 접종 받을 수 없음으로 예상되는 기간을 명시하는 (또는 만일 그 기간을 잘 모르거나 영구적이라면, 이를 명시.), 의사 면허 아래 개업하는 의사, 임상 간호사(NP), 또는 기타 면허를 소지한 의료 전문가가 서명한 서면 진술서 또한 얻어야 한다는 것을 이해합니다.
- 종교적 신념으로 인한 조정: 본인은 진심으로 어떤 COVID-19 백신 접종이든 받지 못하게 하는 종교적 신념으로 이를 실천, 또는 준수합니다.

서명 및 증명

본인이 종교적 또는 의료적 면제 요구 조건을 충족시키면, 본인은 의무적으로 매주 COVID-19 검사를 받게 될 것이고, 2021년 9월 28일 CDPH 공중 보건 명령과 일치하는, N95 미립자 여과식 안면 호흡 보호구와 같은 국립 산업 안전 보건 연구소(NIOSH)가 승인한 수술 마스크 또는 고성능 호흡 보호구를 착용할 것임을 이해합니다.

아래에 서명함으로써, 본인은 이로써 이 면제 양식의 정보를 읽고 완전히 이해했음을 선언하고 인정하며 위증시 처벌을 받는다는 조건 아래 본인이 이 면제 양식에 제공한 정보가 사실이며 정확한 것임을 인증합니다. 본인은 COVID-19 백신 접종을 하지 않기로 했기 때문에 본인이 서비스를 제공하는 수혜자는 더 이상 본인으로부터 서비스를 받지 않겠다는 선택을 할 수 있음을 이해합니다.

서명: _____

날짜: _____