



KIM JOHNSON
DIRECTOR



GAVIN NEWSOM
GOVERNOR

**Форма освобождения от вакцинации от
COVID-19**

Имя провайдера (печатными буквами):

Номер провайдера (9 цифр):

В соответствии с распоряжением Должностного лица по вопросам общественного здравоохранения штата Калифорния от 28 сентября 2021 года, Департамент общественного здравоохранения штата Калифорния (California Department of Public Health - CDPH) обязывает сотрудников, оказывающих услуги по программе Предоставления услуг на дому (In-Home Supportive Services - IHSS) или по Альтернативной программе оказания персональных услуг (Waiver Personal Care Services - WPCS) любому получателю, который не является членом семьи или не проживает со своим провайдером, предоставить подтверждение полной вакцинации от COVID-19 до 30 ноября 2021 года. Передайте, пожалуйста, копию заполненной формы получателю(ям) и сохраните копию для своего личного архива.

Освобождение от вакцинации

- Я освобожден(а) от вакцинации от COVID-19 по соответствующим медицинским показаниям. ПРИМЕЧАНИЕ: Чтобы иметь право на это освобождение, я понимаю, что я должен(на) также получить письменное заключение, подписанное **врачом, практикующим медработником или другим лицензированным медицинским специалистом, практикующим по лицензии врача**, в котором говорится, что я имею право на освобождение (но в письменном заключении не должно быть описания основного медицинского состояния или инвалидности) и указывается вероятная продолжительность моей неспособности получить вакцину (или, если продолжительность неизвестна или постоянна, то с указанием этого).
- Освобождение по религиозным убеждениям: У меня есть искренне исповедуемое религиозное убеждение, обычай или обряд, соблюдение которых не позволяет мне получить любую из вакцин от COVID-19.

Подпись и заверение

Я понимаю, что, если я отвечаю требованиям религиозного или медицинского освобождения, я должен(на) буду проходить обязательное еженедельное тестирование на COVID-19 и носить хирургическую маску или респиратор повышенного уровня, утвержденный Национальным институтом охраны труда и здоровья (National Institute of Occupational Safety and Health - NIOSH), например, фильтрующий респиратор N95, в соответствии с Постановлением CDPH об общественном здравоохранении от 28 сентября 2021 года.

Подписываясь ниже, я настоящим заявляю и подтверждаю, что я прочитал(а) и полностью понимаю информацию, содержащуюся в данной форме освобождения, и под страхом наказания за лжесвидетельство подтверждаю, что информация, предоставленная мной в данной форме освобождения, является правдивой и правильной. Я понимаю, что получатели, которым я предоставляю услуги, могут отказаться от предоставления им моих услуг, поскольку я решил(а) не получать вакцину от COVID-19.

Подпись: _____

Дата: _____