



KIM JOHNSON
DIRECTOR



GAVIN NEWSOM
GOVERNOR

COVID-19 疫苗接種豁免表格

服務提供人員姓名 (正楷書寫) :

服務提供人員號碼 (9 位數字) :

根據 2021 年 9 月 28 日的加州公共衛生官員令，加州公共衛生局 (CDPH) 強制性要求正在為提供居家支援服務 (IHSS) 或豁免個人護理服務 (WPCS) 給任何領受者的員工 (不是領受者的家庭成員或不與領受者同住)，必須在 2021 年 11 月 30 日之前提供已接種 COVID-19 疫苗的證明。請將你填寫好的表格副本給你的領受者並自己保留一份副本以備記錄。

疫苗豁免

- 我因符合條件的醫療原因而無需接種 COVID-19 疫苗。注意：要獲得此豁免的資格，我瞭解我亦必須獲得由**醫生、執業護士或其他獲得醫生執照的執業醫療專業人士**簽署的書面聲明，說明我有資格獲得豁免 (但書面聲明不應描述潛在的醫療狀況或殘疾) 並提供我無法接種疫苗的可能持續期 (或者如果持續期是不能確定的或屬永久性的，請說明)。
- 宗教信仰原因：我有一個真誠的宗教信仰、習俗或戒律而阻止我接種任何 COVID-19 疫苗。

簽名和證明

我瞭解，如果我符合宗教或醫療豁免的要求，我將每週接受強制性 COVID-19 測試，我將佩戴外科口罩或者由國家職業安全衛生研究所 (NIOSH) 所認可的更高級別的呼吸器如 N95 過濾式面罩呼吸器，以符合 2021 年 9 月 28 日 CDPH 所發布的公共衛生令要求。

通過在下面簽名，我在此聲明並確認我已閱讀並完全理解此豁免表格中的資訊，並根據在作偽證會遭受懲罰的法律下，我在此豁免表格中所提供的資訊是真實和正確的。我瞭解我所提供服務的領受者可能會選擇不再讓我向他們提供服務，因為我選擇了不接種 COVID-19 疫苗。

簽署姓名：_____

日期：_____