

Местная общественная организация (СВО)

Разрешение на предоставление комплексных услуг, связанных с заболеванием COVID-19

Информация о местной общественной организации (СВО)		
Название местной организации	Имя, фамилия сотрудника	
Имя, фамилия лица, запрашивающего информацию об услугах		
Имя (имя, второе имя или отчество, фамилия):	Дата рождения:	Номер телефона:
Адрес:	Дата запроса на предоставление	
Информация об известном случае заражения инфекцией COVID-19 <i>Пожалуйста, заполните как можно больше информации о лице, которое, как известно, подвергло заявителя риску заражения инфекцией COVID-19.</i>		
Имя (имя, второе имя или отчество, фамилия):	Дата рождения:	Номер телефона:
Адрес:	Округ проживания:	

ЛИЦО, ЗАПРАШИВАЮЩЕЕ УСЛУГИ: Я даю свое разрешение местной общественной организации (СВО) и перечисленным выше сотрудникам просматривать и использовать мою личную информацию, чтобы помочь мне получать краткосрочную комплексную поддержку во время моей изоляции и карантина в связи с заболеванием COVID-19. Я разрешаю перечисленной выше организации СВО делиться моей информацией с местным отделом общественного здравоохранения (ЛРНА) в этом округе. Организация СВО и отдел ЛРНА обязаны защищать и сохранять конфиденциальность любой подписанной информации.

Подпись

Дата

For CBO/LPHA administrative use:	
CBO approval:	Date:
LPHA approval:	Date:
CBO denial:	Date:
LPHA denial:	Date:

Доступность документов: для лиц с ограниченными возможностями или лиц, говорящих на языке, отличном от английского, администрация управления ОНА может предоставить информацию в альтернативном формате, например, в переводе на другой язык, материалы, напечатанные крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Обратитесь в информационный центр по вопросам здравоохранения по тел. 1-971-673-2411, 711 телетайп для слабослышащих или по эл. почте COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us.