

## 社区组织（CBO） 新冠肺炎配套协助同意书

社区组织（CBO）信息		
社区组织（CBO）名称：	社区组织（CBO）员工姓名：	
请求服务信息的人		
姓名（名字、中间名、姓氏）：	出生日期：	电话号码：
地址：	请求服务的日期：	
已知新冠肺炎案例的信息 请尽可能多地提供有关已知使申请人接触到新冠肺炎的人的信息。		
姓名（名字、中间名、姓氏）：	出生日期：	电话号码：
地址：	居住县：	

**请求服务的人：**我同意让上面列出的社区组织（CBO）和工作人员看到并使用我的个人信息，以帮助我在新冠肺炎隔断和隔离期间获得短期的配套协助。我同意让上述社区组织（CBO）与该县的当地公共卫生部门（LPHA）共享我的信息。要求社区组织（CBO）和与该县的当地公共卫生部门（LPHA）保护并保持所有签名信息的隐私性。

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
日期

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

**文件的可取得性：**对于残障人士或除说英语以外的其他语言的人士，OHA可以提供其他格式的信息，例如翻译文本，大字版或盲文版。请致电1-971-673-2411、711 TTY或发送电子邮件至 [COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us)与健康信息中心联系。