

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与健康信息中心联系。