

## Tổ chức Cộng đồng (CBO) Giấy Đồng ý dành cho Trợ cấp COVID-19 Toàn diện

Thông tin về Tổ chức Cộng đồng (CBO)		
Tên CBO:	Tên nhân viên CBO:	
<b>Người yêu cầu thông tin về dịch vụ</b>		
Tên (tên, tên lót, họ):	Ngày sinh:	Điện thoại:
Địa chỉ:	Ngày yêu cầu dịch vụ:	
<b>Thông tin về trường hợp nhiễm COVID-19 được biết</b> <i>Vui lòng điền càng nhiều thông tin càng tốt về cá nhân mà được biết là đã khiến đương đơn tiếp xúc với COVID-19.</i>		
Tên (tên, tên lót, họ):	Ngày sinh:	Điện thoại:
Địa chỉ:	Quận nơi họ đang cư trú:	

**NGƯỜI YÊU CẦU DỊCH VỤ:** Tôi đồng ý cho phép Tổ chức Cộng đồng (Community Based Organization, hoặc CBO) và nhân viên có tên nêu trên xem và sử dụng thông tin cá nhân của tôi để giúp tôi có được trợ cấp toàn diện ngắn hạn trong thời gian tôi phải cách ly và kiểm dịch COVID-19. Tôi đồng ý cho phép CBO nêu trên chia sẻ thông tin của tôi với Bộ Y tế Công cộng Địa phương (Local Public Health Department, hoặc LPHA) ở quận này. CBO và LPHA có nhiệm vụ bảo vệ và giữ kín mọi thông tin đã ký.

Chữ ký

Ngày

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

**Khả năng truy cập tài liệu:** Đối với các thân chủ bị khuyết tật hoặc không nói tiếng Anh, OHA có thể cung cấp thông tin ở các định dạng thay thế như bản dịch, bản in lớn hoặc chữ nổi Braille. Liên lạc với Trung tâm Thông tin Y tế (Health Information Center) theo số 1-971-673-2411, 711 TTY (đường dây dành cho người khiếm thính hoặc khuyết tật về phát âm), hoặc [COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us).