

## المنظمة المرتكزة على المجتمعات (Community Based Organization: CBO). موافقة وشهادة للمساعدة الانتفافية المتعلقة بكوفيد-19

### التعليمات

- ينبغي على الـCBO والشخص الذي يطلب الخدمات تعبئة الأجزاء 1 و2.
- إذا كان للشخص الذي يطلب الخدمات اتصال وثيق بشخص مصاب بكوفيد-19 (أي كان ضمن ستة أقدام من شخص مصاب بكوفيد-19 لفترة 15 دقيقة أو أكثر أثناء الفترة التي كان بها المريض المصاب بكوفيد-19 معدي)، إملئوا الجزء 3. تخطوا الجزء 4.
- إذا كان الشخص الذي يطلب الحصول على الخدمات مصابًا بكوفيد-19، تخطوا الجزء 3 وأملئوا الجزء 4.

| الجزء 1. معلومات المنظمة المرتكزة على المجتمعات<br>(Community Based Organization: CBO) |                       |             |
|--|-----------------------|-------------|
| اسم الـCBO:  | اسم الموظف في الـCBO: |             |
| الجزء 2: معلومات الشخص الذي يطلب الخدمات   |                       |             |
| الاسم (الأول، الأوسط، الأخير):   | تاريخ الميلاد:        | رقم الهاتف: |
| العنوان:   | تاريخ الخدمات:        |             |

### الجزء 3. الشهادة – الاقتراب من شخص مصاب بكوفيد-19

إن الشخص ذو الاتصال الوثيق هو ذلك الشخص الذي كان ضمن ستة أقدام من شخص مشخص بالتأكد أو افتراضياً بكوفيد-19 لفترة 15 دقيقة أو أكثر أثناء احتمال كون ذلك الشخص في حالة معدية ويلبي الخطوط التوجيهية التابعة للصحة العامة للعزل. يُرجى تعبئة هذا الجزء إذا كنت تعتقد بأنك على اتصال وثيق مع شخص لديه حالة إيجابية لكوفيد-19.

التاريخ الذي كنت فيه ضمن ستة أقدام من شخص مصاب بكوفيد-19 لفترة يبلغ مجموعها 15 دقيقة أو أكثر:

### المعلومات المعروفة لحالة الكوفيد-19

يُرجى إكمال أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الشخص الذي يُعرف بأنه عرضك إلى كوفيد-19.

|                 |                |                                |
|-----------------|----------------|--------------------------------|
| رقم الهاتف:     | تاريخ الميلاد: | الاسم (الأول، الأوسط، الأخير): |
| مقاطعة الإقامة: |                | العنوان:                       |

أكد واشهد على أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ومضبوطة بالتأشير عليها بالأحرف الأولى لاسمك.

(الحرف الأول)

#### الجزء 4. الشهادة - حالة كوفيد-19

تعتبر الحالة بأنها إصابة بكوفيد-19 بأنها شخص تلقى نتيجة إيجابية للفحص أو إذا كان لديه إثنين أو أكثر من عوارض كوفيد-19 خلال العشرة أيام الأخيرة وكان على تواصل عن قرب من حالة مؤكدة لكوفيد-19. يُرجى تعبئة هذا الجزء إذا كنت تعتقد بأن لديك حالة إيجابية أو افتراضية لكوفيد-19. قد يُطلب منك تأكيد معلومات فحصك بالنتائج التي حصلت عليها.

#### إيجابي مؤكد - معلومات الفحص

التاريخ الذي حصلت فيه على نتيجة إيجابية لفحص كوفيد-19:

#### إيجابي افتراضي - العوارض ومعلومات التعرض

التاريخ الذي بدأت فيه إظهار عارضين أو أكثر من العوارض التالية: ضيق التنفس، السعال، الحمى، فقدان جديد لحاستي الشم أو التذوق (إن لم يكن لديك أية عوارض، اكتب لا يوجد (N/A) ):

و

التاريخ الذي كنت فيه ضمن ستة أقدام من شخص مصاب بكوفيد-19 لفترة يبلغ مجموعها 15 دقيقة أو أكثر:

أكد واشهد على أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة ومضبوطة بالتأشير عليها بالأحرف الأولى لاسمك.

(الحرف الأول)

#### الشخص الذي يطلب الخدمات:

إنني أوافق على السماح للمنظمة المرتكزة على المجتمعات ( Community Based Organization: CBO) والموظف المدرج اسمه أعلاه الاطلاع على معلوماتي الخاصة لمساعدتي في الحصول على أعمال الدعم الالتفافية قصيرة الأمد أثناء فترة عزلي وحجري الصحي بسبب كوفيد-19. أوافق على السماح للـ CBO المدرجة أعلاه بالمشاركة بمعلوماتي مع الإدارة المحلية للصحة العامة ( Local Public Health Authority: LPHA) عند الحاجة. يتعين على CBO و LPHA حماية أية معلومات شخصية موقعة والمحافظة على سريتها.

إنني لا اتلقى خدمات إنني لم/لا اتلقى خدمات التفافية للعزل أو الحجر الصحي من منظمة أخرى.

التاريخ

التوقيع

**For CBO administrative use:**

This person has met criteria to receive wraparound services  
(check at least one):

- Close contact:** This person has been within six feet of a known case for a total of 15 minutes during the time they would have been in isolation.
- Confirmed case:** This person has provided a positive test result.
- Presumptive case:** This person has been within six feet of a known case for a total of 15 minutes during the period they would have been in isolation AND has two or more symptoms of COVID-19.

---

CBO approval

Date:

Start date for services: \_\_\_\_\_

Estimated end date for services: \_\_\_\_\_

---

CBO denial:

Date:

التوصل إلى الوثيقة: بالنسبة للأفراد الذين يعانون من إعاقات أو الأفراد الذين يتكلمون لغة غير الانجليزية، بإمكان إدارة صحة توفير المعلومات بصيغ أخرى مثل الترجمات أو الطباعة بحروف كبيرة أو لغة برايل. اتصل بمارفل موراليس (OHA) أوريغون OHA.ADAModifications@dhsosha.state.or.us على الرقم 7889-882-844 أو 711 للمبرقة الكاتبة أو