

지역사회 기반 단체(CBO) 코로나 19 포괄 지원 관련 동의서 및 증명서

지침

- CBO 및 서비스 요청자는 섹션 1 과 2 를 작성하셔야 합니다.
- 서비스 요청자가 코로나 19 밀접 접촉자인 경우(코로나 19 전염성이 있었을 수 있는 기간에 해당하는 코로나 19 확진자와 15 분 이상 6 피트 이내 머무른 자), 섹션 3 을 작성해 주십시오. 섹션 4 는 건너뛰십시오.
- 서비스 요청자가 코로나 19 확진자인 경우, 섹션 3 을 건너뛰고 섹션 4 를 작성해 주십시오.

섹션 1. 지역사회 기반 단체(CBO) 정보		
CBO 명칭:	CBO 직원 이름:	
섹션 2. 서비스 요청자 정보		
성명(이름, 중간 이름, 성):	생년월일:	전화번호:
주소:	서비스 날짜	

섹션 3. 증명서 — 코로나 19 밀접 접촉자

밀접 접촉자는 전염성이 있었을 수 있고 공중 보건 자가격리 지침에 부합했을 수 있는 기간에 해당하는 확진자 또는 양성 판정 추정자와 6 피트 이내에서 15분 이상 머문 사람입니다. 코로나 19 양성 확진자와 밀접 접촉했다고 생각되시는 경우 이 섹션을 작성해 주십시오.

코로나 19 확진자와 6 피트 이내 **15 분**
이상 머문 날짜:

알려진 코로나 19 확진자 정보

본인에게 코로나 19 를 노출시킨 것으로 알려진 사람에 대해 가능한 한 많은 정보를 작성해 주십시오.

성명(이름, 중간 이름, 성):

생년월일:

전화번호:

주소:

거주 카운티:

위의 정보가 사실이며 정확함을 이니셜 서명으로 확인 및 증명해 주십시오.

(이니셜)

섹션 4. 증명서 - 코로나 19 확진자

코로나 19 확진자는 양성 판정을 받았거나, 지난 10 일 이내에 코로나 19 증상이 2 개 이상이며, 코로나 19 양성 확진자와 밀접 접촉한 사람입니다. 코로나 19 양성 확진자 또는 양성 추정자라고 생각되시는 경우 이 섹션을 작성해 주십시오. 본인의 검사 결과 정보를 입증하라는 요청을 받으실 수 있습니다.

양성 확진자 - 검사 정보

코로나 19 양성 판정을 받은 날짜: _____

양성 추정자 - 증상 및 노출 정보

다음 증상 중 두 가지 이상이 발생하기 시작한 날짜:

숨가쁨, 기침, 발열, 새로운 후각 또는 미각

상실(증상이 없는 경우 '해당 없음(N/A)' 기재): _____

및

코로나 19 확진자와 6 피트 이내 **15 분** 이상 머문
날짜: _____

위의 정보가 사실이며 정확함을 이니셜 서명으로 확인 및 증명해 주십시오.

(이니셜)

서비스 신청자:

본인은 코로나 19 로 인한 격리· ◦검역 기간 동안 단기 포괄 지원을 받을 수 있도록 위에 열거된 지역 사회 기반 단체(CBO) 및 직원이 본인의 개인 정보를 열람하고 사용하는 데 동의합니다. 본인은 상기 명시된 CBO 가 필요한 경우 본인의 정보를 지역 공중 보건 당국(Local Public Health Authority, LPHA)과 공유하는 데 동의합니다. CBO 와 LPHA 는 서명된 정보를 보호하고 비공개로 유지해야 합니다.

본인은 다른 기관으로부터 격리 또는 검역 목적으로 포괄 지원 서비스를 받은 적이 없습니다/받고 있지 않습니다.

서명

날짜

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:

문서 이용: 장애인 또는 영어 이외의 언어를 사용하는 개인의 경우 OHA에서 번역, 큰 활자 또는 점자 등의 대체 형식으로 정보를 제공해 드릴 수 있습니다. Mavel Morales(1-844-882-7889, 711 TTY 또는 OHA.ADAModifications@dhsosha.state.or.us)에게 연락하십시오.