

Местная общественная организация (СВО)

Разрешение и свидетельство на предоставление комплексных услуг, связанных с заболеванием COVID-19

Указания

- Организация СВО и лицо, запрашивающее предоставление услуг, должно заполнить разделы 1 и 2.
- Если лицо, запрашивающее предоставление услуг, находилось на близком расстоянии от лица, инфицированного вирусом COVID-19 (на расстоянии в пределах шести футов от лица, инфицированного вирусом COVID-19 в течение 15 минут или дольше в течение периода времени, когда это лицо могло быть источником инфицирования вирусом COVID-19 для окружающих), заполните раздел 3. Пропустите раздел 4.
- Если лицо, запрашивающее предоставление услуг, является пациентом, инфицированным вирусом заболевания COVID-19, пропустите раздел 3 и заполните раздел 4.

Раздел 1. Информация о местной общественной организации (СВО)		
Название местной организации	Имя, фамилия сотрудника организации	
Раздел 2. Имя, фамилия лица, запрашивающего информацию об услугах		
Имя (имя, второе имя или отчество, фамилия):	Дата рождения:	Номер телефона:
Адрес:		Дата предоставления

Раздел 3. Свидетельство — тесный контакт с лицом, инфицированным вирусом COVID-19

Тесный контакт – лицо, находившееся в пределах 6 футов от больного, диагноз которого был подтвержден или предполагается, в течение 15 минут или более, в то время как это лицо могло быть инфицированным и соответствовало критериям самоизоляции, изданным системой общественного здравоохранения. Пожалуйста, заполните этот раздел, если вы полагаете, что находились в тесном контакте с лицом, у которого оказался положительный результат теста на наличие вируса COVID-19.

Дата, когда я находился(-лась) в пределах 6 футов от лица, инфицированного вирусом COVID-19, в общей сложности в течение **15 минут** или более:

Информация об известном случае инфицирования вирусом COVID-19

Пожалуйста, предоставьте как можно больше информации о лице, которое, как известно, подвергло вас риску инфицирования вирусом COVID-19.

Имя (имя, второе имя или отчество, фамилия):

Дата рождения:

Номер телефона:

Адрес:

Округ проживания:

Подтвердите и засвидетельствуйте своими инициалами, что предоставленная выше информация верна и достоверна.

(Инициалы)

Раздел 4. Освидетельствование – случай инфицирования вирусом COVID-19

Случай заболевания COVID-19 – заболевание лица, результат теста на наличие коронавируса которого оказался положительным теста ИЛИ которое имело два симптома заболевания COVID-19 или более в течение последних 10 дней и находилось в тесном контакте с больным, у которого оказался положительный результат теста на наличие вируса COVID-19. Заполните этот раздел, если вы считаете, что результат вашего теста на наличие вируса COVID-19 оказался положительным или предполагаете, что он может оказаться положительным. Вас могут попросить подтвердить ваши данные теста его результатами.

Подтвержденный положительный результат – информация о тесте

Дата получения положительного результата теста на наличие вируса COVID-19: _____

Предположительный положительный результат – информация о симптомах и риске инфицирования

Дата, когда у меня появились 2 нижеперечисленных симптома или более: одышка, кашель, лихорадка, не наблюдавшаяся ранее потеря обоняния или вкуса (если нет симптомов, напишите N/A): _____

А ТАКЖЕ

Дата, когда я находился(-лась) в пределах 6 футов от лица, инфицированного вирусом COVID-19, в общей сложности в течение **15 минут** или более: _____

Подтвердите и засвидетельствуйте своими инициалами, что предоставленная выше информация верна и достоверна.

(Инициалы)

ЛИЦО, ЗАПРАШИВАЮЩЕЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ:

Я даю свое разрешение местной общественной организации (СВО) и перечисленным выше сотрудникам просматривать и использовать мою личную информацию, чтобы помочь мне получать краткосрочную комплексную поддержку во время моей изоляции и карантина в связи с заболеванием COVID-19. При необходимости я разрешаю указанной выше организации СВО делиться моей информацией с местным управлением общественного здравоохранения (ЛРНА). Организация СВО и отдел ЛРНА обязаны защищать и сохранять конфиденциальность любого подписанного документа, содержащего информацию личного характера.

Я не получал(-а)/не получаю комплексные услуги для лиц, находящихся на самоизоляции или карантине, от другой организации.

Подпись

Дата

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:

Доступность документации: для лиц с ограниченными возможностями или лиц, говорящих на языке, отличном от английского, администрация управления ОНА может предоставить информацию в альтернативном формате, например, в переводе на другой язык, материалы, напечатанные крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Обратитесь к Мавел Моралес по тел. 1-844-882-7889, телетайпу для слабослышащих (TTY) 711 или по эл. почте ONA.ADAModifications@dhsosha.state.or.us.