

社区组织（CBO） 新冠肺炎配套协助同意书和见证书

说明

- 社区组织（CBO）和请求服务的人须填写第 1 节和第 2 节。
- 如果请求服务的人是新冠肺炎密切接触者（在该人可能感染新冠肺炎期间，距离新冠肺炎病例 6 英尺以内长达 15 分钟或更长时间），请填写第 3 节。跳过第 4 节。
- 如果请求服务的人是新冠肺炎病例，跳过第 3 节并填写第 4 节。

第 1 节. 社区组织（CBO）信息		
社区组织（CBO）名称：	社区组织（CBO）员工姓名：	
第 2 节. 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：		服务日期：

第 3 节. 见证书 —— 新冠肺炎密切接触者

密切接触者是指距离确诊或推定阳性病例（该人可能已经具有传染性并符合公共卫生隔离指南）6 英尺以内长达 15 分钟或更长时间的人。如果您认为您是新冠肺炎阳性病例密切接触者，请填写本节。

我距离新冠肺炎病例六英尺以内总共长达
15 分钟或更长时间的日期：

已知新冠肺炎案例的信息

请尽可能多地提供有关使您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：

请用您姓名的首字母确认并证明上述信息真实无误。

(姓名首字母)

第 4 节. 见证书 —— 新冠肺炎病例

新冠肺炎病例是指在过去 10 天内检测结果呈阳性或出现 2 次以上新冠肺炎症状，并且是已确诊新冠肺炎阳性病例密切接触者。如果您认为您是新冠肺炎阳性或推定阳性病例，请填写本节。您可能会被要求用您的结果来验证您的检测信息。

确诊阳性 —— 检测信息

我收到新冠肺炎阳性测试结果的日期： _____

推定阳性 —— 症状和接触信息

我开始出现以下两种或以上症状的日期：
气促、咳嗽、发烧、近期嗅觉或味觉丧失
(如果没有症状，请填写不适用)： _____

及 _____

我距离新冠肺炎病例六英尺以内总共长达
15 分钟或更长时间的日期： _____

请用您姓名的首字母确认并证明上述信息真实无误。

(姓名首字母)

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。我同意必要时让上述社区组织 (CBO) 与当地公共卫生部门 (LPHA) 分享我的信息。要求社区组织 (CBO) 和当地公共卫生部门 (LPHA) 保护并保持所有签名信息的隐私性。

我尚未/没有从另一个组织获得隔断或隔离配套服务。

签名

日期

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:

文件可读性：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、大字版或盲文版。请致电 1-844-882-7889、711 TTY 或发送电子邮件至 OHA.ADAModifications@dhsosha.state.or.us 与 Mavel Morales 联系。