

社區組織 (CBO)

COVID-19 全方位協助同意書與證明書

說明

- 社區組織 (Community Based Organization, CBO) 和服務申請人應填寫第 1 部分和第 2 部分。
- 如果服務申請人是 2019 年冠狀病毒疾病 (Coronavirus Disease 2019, COVID-19) 的密切接觸者 (曾與 COVID-19 病例在六英尺的距離內接觸達到或超過 15 分鐘，且在該段時間，該病例可能患有具有傳染性的 COVID-19)，請填寫第 3 部分。請跳過第 4 部分。
- 如果服務申請人是 COVID-19 病例，請跳過第 3 部分並填寫第 4 部分。

第 1 部分 社區組織 (CBO) 資訊		
CBO 名稱：	CBO 工作人員姓名：	
第 2 部分 服務申請人資訊		
姓名 (名字、中間名、姓氏)：	出生日期：	電話號碼：
地址：		服務日期：

第 3 部分 證明書 — COVID-19 密切接觸者

密切接觸者是指曾與確診病例或推定陽性病例在六英尺的距離內接觸達到或超過 15 分鐘，且在該段時間，該病例可能具有傳染性並符合公共衛生的隔離準則。如果您認為自己是 COVID-19 陽性病例的密切接觸者，請填寫本部分。

本人與 COVID-19 病例在六英尺的距離內接觸總計達到或超過 **15 分鐘** 的日期：

已知 COVID-19 病例資訊

請盡您所能填寫有關使您接觸到 COVID-19 之已知人士的詳細資訊。

姓名（名字、中間名、姓氏）：

出生日期：

電話號碼：

地址：

居住郡縣：

請簽署您的姓名縮寫，以確認並證明以上資訊均屬實且正確無誤。

(姓名縮寫)

第 4 部分 證明書 – COVID-19 病例

COVID-19 病例是獲得陽性檢測結果的人士，或者在過去 10 天內曾出現兩項或兩項以上 COVID-19 症狀且是 COVID-19 確診陽性病例的密切接觸者。如果您認為自己是 COVID-19 陽性病例或推定陽性病例，請填寫本部分。您可能必須提交檢測結果以證明您的檢測資訊。

確診陽性 – 檢測資訊

我獲得 COVID-19 陽性檢測結果的日期： _____

推定陽性 – 症狀與接觸史資訊

我開始出現下列兩項或兩項以上症狀的日期：呼吸急促、咳嗽、發燒、新發生的嗅覺或味覺喪失

(如果沒有症狀，請填寫不適用)： _____

以及 _____

本人與 COVID-19 病例在六英尺的距離內接觸總計達到或超過 **15 分鐘** 的日期： _____

請簽署您的姓名縮寫，以確認並證明以上資訊均屬實且正確無誤。

(姓名縮寫)

服務申請人：

本人同意讓上列社區組織 (CBO) 和工作人員查看及使用本人的個人資訊，以協助本人在 COVID-19 隔離和檢疫期間獲得短期全方位支援。如有需要，本人同意讓上列 CBO 與當地公共衛生機關 (Local Public Health Authority, LPHA) 分享本人的資訊。CBO 和 LPHA 必須保護任何經簽名的資訊並為這些資訊保密。

本人尚未/沒有透過其他組織獲得隔離或檢疫的全方位服務。

簽名

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:

無障礙文件：針對殘障人士或使用英文以外之其他語言的人士，俄勒岡中衛生監管機關 (Oregon Health Authority, OHA) 可以提供其他格式的資訊，如翻譯版、大字版或盲文版。請透過 1-844-882-7889、聽障專線 711 或 OHA.ADAModifications@dhsoha.state.or.us 與 Mavel Morales 聯絡。