

Tổ chức Cộng đồng (Community Based Organization, hoặc CBO)

Giấy đồng ý và chứng thực thông tin về Trợ cấp Toàn diện COVID-19

Hướng dẫn

- CBO và người yêu cầu dịch vụ cần điền nội dung của Phần 1 và 2.
- Nếu người yêu cầu dịch vụ có tiếp xúc gần với ca nhiễm COVID-19 (tiếp xúc trong vòng 6 feet với ca nhiễm COVID-19 trong 15 phút hoặc khoảng thời gian lâu hơn mà người này có thể đã bị lây nhiễm COVID-19), vui lòng điền nội dung Phần 3. Bỏ qua phần 4.
- Nếu người đang yêu cầu dịch vụ là một ca nhiễm COVID-19, bỏ qua Phần 3 và điền vào Phần 4.

Phần 1. Thông tin về Tổ chức Cộng đồng (Community Based Organization, hoặc CBO)		
Tên CBO:	Tên nhân viên CBO:	
Phần 2. Người yêu cầu thông tin về dịch vụ		
Tên (tên, tên lót, họ):	Ngày sinh:	Điện thoại:
Địa chỉ:	Ngày cung cấp dịch	

Phần 3. Chứng thực — Tiếp xúc gần ca nhiễm COVID-19

Tiếp xúc gần là khi một ai đó trong vòng sáu feet tiếp xúc với ca đã được xác định hoặc giả định dương tính với thời gian 15 phút hoặc lâu hơn, lúc này người đó có thể đã bị lây nhiễm và đã thỏa điều kiện cần sự cô lập theo nguyên tắc hướng dẫn y tế công cộng. Vui lòng điền phần nội dung này nếu quý vị tin rằng mình có tiếp xúc gần với ca dương tính COVID-19.

Ngày mà tôi đã tiếp xúc trong vòng 6 feet với ca nhiễm COVID-19 với tổng thời gian **15 phút** hoặc hơn:

Thông tin về ca nhiễm COVID-19 được biết

Vui lòng điền càng nhiều thông tin càng tốt mà quý vị có thể điền về cá nhân mà được biết là đã khiến quý vị phơi nhiễm với COVID-19.

Tên (tên, tên lót, họ):

Ngày sinh:

Điện thoại:

Địa chỉ:

Quận nơi họ đang cư

Xác nhận và chứng thực rằng thông tin trên là sự thật và chính xác bằng việc ký tắt tên quý vị.

(ký tắt)

Phần 4. Chứng thực – Ca nhiễm COVID-19

Ca nhiễm COVID-19 là khi một ai đó nhận được kết quả xét nghiệm dương tính HOẶC có từ 2 triệu chứng nhiễm COVID-19 trở lên trong vòng 10 ngày gần đây và đã có tiếp xúc gần với ca nhiễm dương tính COVID-19 đã được xác nhận. Vui lòng điền nội dung phần này nếu quý vị tin rằng quý vị hiện dương tính hoặc giả định dương tính với COVID-19. Quý vị có thể sẽ bị yêu cầu để xác minh thông tin xét nghiệm của mình với kết quả của quý vị.

Đã bị xác nhận dương tính – thông tin xét nghiệm

Ngày mà tôi đã nhận được kết quả xét nghiệm dương tính COVID-19: _____

Giả định dương tính – triệu chứng và thông tin phơi nhiễm

Ngày mà tôi đã bắt đầu có từ hai triệu chứng trở lên như sau: thờ gấp, ho, sốt, mới mất vị giác và thính giác (nếu không có các triệu chứng này, ghi Không có): _____

VÀ

Ngày mà tôi đã tiếp xúc trong vòng 6 feet với ca nhiễm COVID-19 với tổng thời gian **15 phút** hoặc hơn: _____

Xác nhận và chứng thực rằng thông tin trên là sự thật và chính xác bằng việc ký tắt tên quý vị.

(ký tắt)

NGƯỜI YÊU CẦU DỊCH VỤ:

Tôi đồng ý cho phép Tổ chức Cộng đồng (Community Based Organization, hoặc CBO) và nhân viên có tên nêu trên xem và sử dụng thông tin cá nhân của tôi để giúp tôi có được trợ cấp toàn diện ngắn hạn trong thời gian tôi phải cô lập và cách ly kiểm dịch COVID-19. Tôi đồng ý cho phép CBO có tên nêu trên chia sẻ thông tin của tôi với Cơ quan Quản lý Y tế Công cộng tại Địa phương (Local Health Authority, hoặc LPHA) nếu cần. CBO và LPHA có nhiệm vụ bảo vệ và giữ kín mọi thông tin cá nhân đã ký.

- Tôi trước giờ vẫn chưa/hiện không có nhận các dịch vụ trọn gói nào về việc cô lập hoặc cách ly kiểm dịch từ một tổ chức khác.

Chữ ký

Ngày

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:

Hỗ trợ tiếp cận tài liệu: Đối với các thân chủ bị khuyết tật hoặc không nói tiếng Anh, OHA có thể cung cấp thông tin ở các định dạng thay thế như bản dịch, bản in chữ lớn hoặc chữ nổi Braille. Liên hệ với Mavel Morales theo số 1-844-882-7889, TTY 711 (đường dây dành cho người khiếm thính hoặc khuyết tật phát âm) hoặc OHA.ADAModifications@dhsosha.state.or.us.