

Sample Personnel Vaccination Program Ascertainment Form
(Revised August 12, 2021)

NOTE: This sample form is provided by way of example and is not legal advice to any Business. Any Business that implements a vaccination program should consult its own legal counsel regarding the content of any such program. But, as outlined by Sections 4, 6, and Appendix B to Health Officer Order No. C19-07y (including as that order is updated in the future), the required vaccination program for Personnel in High Risk Settings, Personnel in certain additional health care settings, and staff at certain indoor Businesses must include ascertainment of vaccination status addressing the issues included in this sample form.

COVID-19 MANDATORY VACCINATION
DISCLOSURE FORM

As stated in Sections 4, 6, and Appendix B to Health Officer Order No. C19-07y (including as that order is updated in the future), all Personnel or staff who work in High Risk Settings, certain additional health care settings, and certain indoor Businesses in the City and County of San Francisco are required to be fully vaccinated for COVID-19. As noted by the United States Equal Employment Opportunity Commission and California Department of Employment and Fair Housing, any person who has either (1) a medical condition or disability that prevents taking the vaccine or (2) a sincerely held religious belief, practice, or observance that prevents the person from taking the vaccine may be entitled to a reasonable accommodation.¹ Under Order C19-07, operators of these businesses must ascertain the vaccination status of all Personnel or staff and may be required to allow Personnel or staff who meet the criteria for exemption to decline the mandatory vaccination and instead follow the mandatory requirements for unvaccinated individuals listed in the Order (which include wearing a Well-Fitted Mask at all times other than when actively eating or drinking and being Tested weekly—refer to the Order for specific requirements and a Sample Employee Declination Form found at www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf).

Directions: All Personnel or staff must complete Section 1 (Disclosure of Vaccination Status) below unless the business operator otherwise obtains the required information, and anyone completing Section 1 must also complete Section 2 (Signature).

¹ For more information, see www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws and www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ_ENG.pdf.

Sample Personnel Vaccination Program Ascertainment Form
(Revised August 12, 2021)

Section 1 – Disclosure of Vaccination Status

[All Personnel or staff must complete this Section]

Each operator of a High Risk Setting and certain additional health care and indoor business settings in the City and County of San Francisco is required by Health Officer Order No. C19-07 to ascertain the vaccination status of all Personnel (including employees, contractors, and volunteers) or, where applicable, staff who routinely work onsite, and all such Personnel or staff are required to disclose their vaccination status. Please complete this section in order to provide your vaccination status. This information must be kept confidential by the entity consistent with privacy laws. *Check only one box in this section:*

- I want to be vaccinated. I have not yet received a vaccine for COVID-19 and wish to get information about becoming vaccinated. I understand that I will need to update this form once my vaccination is complete, and until then I will be required to comply with the conditions for Personnel who are not Fully Vaccinated. More information about vaccination is available online at sf.gov/covid-19-vaccine-san-francisco.
- I am in the process of being vaccinated. I have started the process of receiving a vaccine/vaccine series for COVID-19. Until two weeks after the final dose, I understand that I will be required to comply with the conditions for Personnel who are not Fully Vaccinated and that I will need to update this form once my vaccination is complete.

The date when I expect to be fully vaccinated (2 weeks after the final dose) is: _____

- I am Fully Vaccinated. I have completed my COVID-19 vaccination process. Below is the information about my vaccination series:

My date of birth: _____

Vaccine manufacturer:

- Johnson & Johnson/Janssen (1 dose)
- Moderna (2 doses)
- Pfizer (2 doses)
- Other (list manufacturer): _____

Date(s) of vaccine administration (list date of first dose and, if applicable, second dose): _____

- I decline to be vaccinated and am eligible for an exemption. I do not wish to be vaccinated and meet one of the two criteria for vaccination exemption in Health Officer Order C19-07. I understand that I will be required to comply with the conditions for Personnel or staff who are not Fully Vaccinated unless or until I am able to be fully vaccinated. **Please note:** employees who choose this option must refer to the Order for specific requirements and a Sample Employee Declination Form found at www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf. All required forms – including where applicable a signed Healthcare Provider Supporting Statement – must be provided before a request for declination is considered complete. Personnel are considered out of compliance with the vaccination program if they fail to completely fill out, sign, and submit all applicable forms and documents.

Sample Personnel Vaccination Program Ascertainment Form
(Revised August 12, 2021)

Section 2 – Signature and Attestation

[All Personnel or staff who complete any section of this form must complete this Section]

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the statement(s) in Section 1 above are true and correct.

Signature: _____

Date: _____

Printed name: _____

Location (City and State) where signed: _____

Sample Personnel Vaccination Program Declination Form
(Revised August 12, 2021)

NOTE: This sample form is provided by way of example and is not legal advice to any Business. Any Business that implements a vaccination program should consult its own legal counsel regarding the content of any such program. But, as outlined by Sections 4, 6, and Appendix B to Health Officer Order No. C19-07y (including as that order is updated in the future), the required vaccination program for Personnel in High Risk Settings, Personnel in certain additional health care settings, and staff at certain indoor Businesses must include ascertainment of vaccination status and providing a declination option addressing the issues included in this sample form.

COVID-19 MANDATORY DECLINATION FORM

As stated in Sections 4, 6, and Appendix B to Health Officer Order No. C19-07y (including as that order is updated in the future), all Personnel or staff who work in High Risk Settings, certain additional health care settings, and certain indoor Businesses in the City and County of San Francisco are required to be fully vaccinated for COVID-19. As noted by the United States Equal Employment Opportunity Commission and California Department of Employment and Fair Housing, any person who has either (1) a medical condition or disability that prevents taking the vaccine or (2) a sincerely held religious belief, practice, or observance that prevents the person from taking the vaccine may be entitled to a reasonable accommodation.¹ Under Order C19-07, operators of these businesses must ascertain the vaccination status of all Personnel or staff and must allow Personnel or staff who meet the criteria for exemption to decline the mandatory vaccination and instead follow the mandatory requirements for unvaccinated individuals listed in the Order (which include wearing a Well-Fitted Mask at all times other than when actively eating or drinking and being Tested weekly—refer to the Order for specific requirements).

Directions: All Personnel or staff must complete a separate Disclosure of Vaccination Status (found at www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf) unless the business operator otherwise obtains the required information. Any Personnel or staff seeking to decline vaccination must also complete Section 1 (Vaccine Declination) and Section 2 (Signature) of this form. **Please note:** Personnel and staff who choose the declination option must fill out all applicable forms. All required forms – including, where applicable a signed Healthcare Provider Supporting Statement – must be provided before a request for declination is considered complete. Personnel and staff are considered out of compliance with the vaccination program if they fail to completely fill out, sign, and submit all applicable forms and documents.

¹ For more information, see www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws and www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ_ENG.pdf.

Sample Personnel Vaccination Program Declination Form
(Revised August 12, 2021)

Section 1 –Vaccine Declination

[All Personnel or staff seeking an exemption from vaccination must complete this Section]

By completing this Section 1, I am declaring that I am unable to be vaccinated for COVID-19 on the following basis (check all that apply):

- Medical/Disability Accommodation:** I have a medical condition or disability that prevents me from being able to take any COVID-19 vaccine. *NOTE:* To be eligible for this exemption, I understand that I must also provide to my employer (or the Business where I work or volunteer) a written statement signed by a **physician, nurse practitioner, or other licensed medical professional practicing under the license of a physician**, stating that I qualify for the exemption (but the written statement should not describe the underlying medical condition or disability) and indicating the probable duration of my inability to receive the vaccine (or if the duration is unknown or permanent, so indicate). I may use the next page of this form for that purpose.

- Religious Belief Accommodation:** I have a sincerely held religious belief, practice, or observance that prevents me from taking any of the FDA authorized or approved COVID-19 vaccines.

Section 2 – Signature and Attestation

[All Personnel or staff who complete any section of this form must complete this Section]

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the statement(s) in Section 1 above are true and correct.

Signature: _____

Date: _____

Printed name: _____

Location (City and State) where signed: _____

Sample Personnel Vaccination Program Declination Form
(Revised August 12, 2021)

COVID-19 MANDATORY VACCINATION DECLINATION
Healthcare Provider Supporting Statement

In order for a person who works, provides services, or volunteers in High Risk Settings, certain additional health care settings, and certain indoor businesses in the City and County of San Francisco to qualify for a Medical/Disability Accommodation to the requirement to receive a COVID-19 vaccination, their healthcare provider (only a physician, nurse practitioner, or other licensed medical professional practicing under the license of a physician) must complete the following form to be provided by the person to their employer or other Business location where they work or volunteer. *NOTE – Do not state that nature of the underlying medical condition or disability.*

Name of person seeking
a medical/disability exemption: _____

Date of birth of person seeking exemption: _____

Name of physician, nurse practitioner, or
other licensed medical professional
practicing under the license of a physician: _____

Anticipated duration of medical condition/disability
(or indicate if the duration is unknown or permanent): _____

By completing and signing this form, I certify that my client/patient listed above should not receive the COVID-19 vaccine due to (*explain the specific contraindication to vaccination here, but do not identify the underlying medical condition or disability – attach a separate sheet or statement if necessary*):

I certify the above information to be true and accurate, and I request exemption from the COVID-19 vaccination for the above-named individual.

Signed by: _____

Dated: _____

License number: _____

Contact info (address and telephone number): _____

If practicing under the license of a physician,
name and license number of physician: _____

工作人員疫苗接種確認表樣本(最後修訂：2021 年 8 月 12 日)

工作人員疫苗接種確認表樣本

(最後修訂：2021 年 8 月 12 日)

注意: 此表格僅作樣本使用，不作商業用法律建議。任何商業機構如需實施疫苗接種項目應就任何相關計劃內容諮詢公司的法律顧問。但是，根據 C19-07y 號衛生官員指令(包括此衛生官員指令未來更新版本)第 4、6 及附錄 B 所列明，高風險設施、特定額外的醫療照護設施和特定室內商業規定的工作人員疫苗項目必須包含針對此問題的，在此樣本表格中列出的疫苗接種狀態確認表。

法定 COVID-19 新冠疫苗接種申報表

根據 C19-07y 號衛生官員指令(包括此衛生官員指令未來更新版本)第 4、6 部分及附錄 B 所表述，三藩市縣和市內的高風險設施、特定額外醫療照護設施和特定室內商業的所有工作人員或僱員必須已完成新冠病毒疫苗接種。根據美國公平就業機會委員會和加州公平就業和住房部列出，任何人士只要有以下情況之一(1) 健康狀況或殘障而無法接種疫苗，或(2) 因信仰、實踐或奉行宗教而無法接種疫苗，或有權獲得合理的調解。

根據 C19-07 號指令，商業經營者必須確認所有工作人員或僱員的疫苗接種狀態，及或會被要求允許符合特定豁免條件的工作人員拒絕強制疫苗接種規定，並以遵守指令中列出針對未接種疫苗人士而定的強制要求代替(包括除非在進行飲食的時候，須一直佩戴貼臉的口罩並且每星期進行檢測——如需查詢更多特定的要求，並索取樣本僱員拒絕表格，可瀏覽 www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf)。

指引：所有工作人員或僱員必須完整填寫以下的第 1 部分(疫苗接種狀態申報表)，除非商業經營者能夠以其他方法獲得所規定的資料，所有填寫第 1 部分的人士必須填寫第 2 部分(簽名)。

更多資訊，請瀏覽 www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-andada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws 及 www.dfeh.ca.gov/wpcontent/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ_ENG.pdf

工作人員疫苗接種確認表樣本(最後修訂：2021 年 8 月 12 日)

工作人員疫苗項目確認表樣本

(最後修訂：2021 年 8 月 12 日)

第 1 部分——疫苗狀態申報

[所有工作人員或僱員必須填寫此部分]

三藩市縣和市内每一個高風險設施、特定額外醫療照護設施及室內商業的經營者，須遵守衛生官員 C19-07 號指令，確認所有工作人員的疫苗接種狀態(包括僱員、合約承包商和志願者)，或當適用情況下，所有定期在設施內工作的僱員；所有工作人員或僱員必須申報他們的疫苗接種狀態。請填寫此部分以提供您的疫苗接種狀態。這些資料必須保密，機構必須遵守私隱條例。此表格中每部分只選一項：

我想接種疫苗。我暫時未接種新冠肺炎疫苗並且願意獲取如何接種疫苗的資訊。我明白當完成新冠疫苗接種後需更新此表格，並且必須遵守對未完全接種疫苗工作人員的規定，直到完全接種疫苗。更多接種新冠疫苗的資訊，請瀏覽 sf.gov/covid-19-vaccine-san-francisco。

我正在接受新冠疫苗接種。我已經開始了接種新冠疫苗的過程。我明白必須遵守對未完全接種疫苗工作人員的規定，直至最後一劑疫苗接種後兩星期，並且當完成新冠疫苗接種後需更新此表格：

預計完成接種新冠疫苗的日期(接種最後一劑兩星期後)：_____

我已經完成疫苗接種。我已經完成 COVID-19 新冠疫苗接種過程。以下是我的疫苗接種資料：

出生日期：_____

疫苗製造商：

強生/楊森(一劑)

莫德納(兩劑)

輝瑞(兩劑)

其他(列出製造商):

接種疫苗的日期(列出第一劑，及若接種第二劑，包括第二劑的日期):

我拒絕接種疫苗並且符合豁免資格。我並不願意接種疫苗，並且符合衛生官員 C19-07 號指令下兩個豁免條件之一。我明白必須遵守對未完全接種疫苗工作人員的規定，直到我能夠完全接種疫苗。請注意：選此項的僱員必須參照指令列出的特定要求並且獲取樣本僱員拒絕疫苗表格，可在此獲取 www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf。必須提交所有規

工作人員疫苗接種確認表樣本(最後修訂：2021 年 8 月 12 日)

定的表格，包括醫療健保提供者簽名的支持聲明文件，拒絕接種申請才被視為完整。若工作人員無法完整填寫、簽署並提交所有規定的表格和文件，均被視為沒有遵守疫苗項目規定。

工作人員疫苗項目確認表樣本

(最後修訂：2021 年 8 月 12 日)

第 2 部分 - 簽名及證詞

[所有已經完整填寫此表格任何部分的工作人員或僱員均須填寫此部分]

根據加州法律關於偽證罪的規定，本人聲明在以上第 1 部分中填寫的內容均為真實及正確。

簽名：_____

日期：_____

名字正寫：_____

簽名地點(市和州):_____

工作人員拒絕疫苗接種表樣本(最後修訂：2021 年 8 月 12 日)

工作人員拒絕疫苗接種表樣本

(最後修訂：2021 年 8 月 12 日)

注意: 此表格僅作樣本使用，不作商業用法律建議。任何商業機構如需實施疫苗接種項目應就任何相關計劃內容諮詢公司的法律顧問。但是，根據 C19-07y 號衛生官員指令(包括此衛生官員指令未來更新版本)第 4、6 及附錄 B 所列明，高風險設施、特定額外的醫療照護設施和特定室內商業規定的工作人員疫苗項目必須包含疫苗狀態確認表，及在此樣本表格中包括的拒絕疫苗接種選擇。

拒絕法定 COVID-19 新冠疫苗接種表

根據 C19-07y 號衛生官員指令(包括此衛生官員指令未來更新版本)第 4、6 部分及附錄 B 所表述，三藩市縣和市內從事高風險設施、特定額外醫療照護設施和特定室內商業的所有工作人員或僱員必須已完成新冠病毒疫苗接種。根據美國公平就業機會委員會和加州公平就業和住房部列出，任何人只要有以下情況之一(1) 醫療狀況或殘障而無法接種疫苗，或(2) 因信仰、實踐或奉行宗教而無法接種疫苗，或有權獲得合理的調解。根據 C19-07 號指令，這些商業的經營者必須確認所有工作人員或僱員的疫苗接種狀態，並且必須允許符合特定豁免條件的工作人員或僱員拒絕接種疫苗，另以遵守指令中列出的針對未接種疫苗人士而定的強制性要求代替(包括除非在進行飲食的時候，須一直佩戴貼臉的口罩並且每週進行檢測)。

指示：所有工作人員或僱員必須完整填寫另一份疫苗接種狀態申報表(可在 www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-HealthOrder.pdf 索取)，除非商業經營者能夠以其他方法獲得所規定的資料。任何工作人員或僱員如需申請拒絕接種疫苗，必須完整填寫表格中第 1 部分(拒絕疫苗接種表)及第 2 部分(簽名)。請注意：選擇拒絕疫苗接種的工作人員和僱員必須填寫所有申請表格。在所有規定的表格提交後，包括醫療健保提供者簽名的支持聲明文件，拒絕接種申請才被視為完整。若工作人員無法完整填寫、簽署並提交所有規定的表格和文件，均被視為沒有遵守疫苗項目規定。

更多資訊，請瀏覽 www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-andada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws 及 www.dfeh.ca.gov/wpcontent/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ_ENG.pdf。

工作人員拒絕疫苗接種表樣本(最後修訂：2021 年 8 月 12 日)

工作人員拒絕疫苗接種表樣本

(最後修訂：2021 年 8 月 12 日)

第 1 部分——拒絕接種疫苗

[所有需申請拒絕接種疫苗的工作人員或僱員必須完整填寫此部分]

完成填寫第 1 部分，本人聲明，基於以下理由無法接種 COVID-19 新冠疫苗(可選所有適用):

醫療/殘障：本人因健康狀況或殘障而無法接種任何 COVID-19 新冠疫苗。請注意：為符合此豁免，本人明白本人必須向僱主(或志願服務的機構)提交一份由醫生、護士或持醫生執照的其他醫療人員簽署的書面聲明，表示本人符合豁免資格（但此書面聲明不應包括醫療狀況及殘障），並且註明無法接種疫苗的狀況持續時間(或持續時間屬於未知或永久，均須註明)。可使用此表格下一頁列明。

宗教信仰：本人有虔誠的宗教信仰、實踐及奉行而無法接種任何聯邦食品及藥物管理局授權或批准的 COVID-19 新冠疫苗。

第 2 部分 - 簽名及證詞

[所有已經完整填寫此表格任何部分的工作人員或僱員均須填寫此部分]

根據加州法律關於偽證罪的規定，本人聲明在以上第 1 部分中填寫的內容均為真實及正確。

簽名：_____

日期：_____

名字正寫：_____

簽名地點(市和州):_____

工作人員拒絕疫苗接種表樣本(最後修訂：2021 年 8 月 12 日)

工作人員拒絕疫苗接種表樣本

(最後修訂：2021 年 8 月 12 日)

拒絕法定 COVID-19 新冠病毒疫苗接種表

醫療提供者支持聲明

任何在三藩市縣和市內的高風險設施、特定額外醫療照護設施及特定室內商業內工作、提供服務或志願服務的人士，需符合醫療、殘障調節以獲得豁免接種 COVID-19 新冠疫苗，他們的醫療健保提供者(只有醫生、護士或持醫生執照的其他醫療人員)必須完整填寫以下表格，並交由本人提交給他們的僱主或其他工作或志願服務的地點。注意：不要列出此人的醫療狀況或殘障。

醫療狀況、殘障豁免申請人姓名: _____

豁免申請人出生日期: _____

醫生、護士或持醫生執照的其他醫療人員姓名: _____

醫療、殘障狀況預計持續時間(若未知或永久，請註明): _____

通過完整填寫並簽署此表格，本人聲明本人以上列出的客戶/病人不應接種 COVID-19 新冠疫苗，由於以下原因(在此解釋對疫苗的特定禁忌症，但不能列明醫療狀況或殘障，若需要可加頁):

本人證明以上資料真實及正確，並且本人要求上述名字的人士可獲 COVID-19 新冠疫苗豁免。

簽名: _____

日期: _____

執照號碼: _____

聯絡資料(地址及電話號碼): _____

醫生姓名及執照號碼(若以醫生執照執業): _____

Muestra del formulario de verificación del programa de vacunación para el personal
(Actualizado el 12 de agosto de 2021)

NOTA: Este formulario de muestra se ofrece a modo de ejemplo y no como asesoramiento legal para ningún negocio. Cualquier negocio que implemente un programa de vacunación debe consultar a su propio asesor legal con respecto al contenido de dicho programa. Sin embargo, como se indica en las Secciones 4 y 6, y en el Anexo B de la Orden del Oficial de Salud No. C19-07y (incluso cuando dicha orden se actualice en el futuro), el programa de vacunación requerido para el personal de los entornos de alto riesgo, el personal de ciertos entornos adicionales de atención médica y el personal de ciertos negocios en espacios interiores debe incluir una verificación de su estatus de vacunación en el que se responda a las preguntas incluidas en este formulario de muestra.

FORMULARIO DE DECLARACIÓN
SOBRE LA VACUNACIÓN
OBLIGATORIA CONTRA EL COVID-19

Como se indica en las Secciones 4 y 6, y en el Anexo B de la Orden del Oficial de Salud No. C19-07y (incluso cuando dicha orden se actualice en el futuro), todo miembro del personal o empleado que trabaje en entornos de alto riesgo, en ciertos entornos de atención médica y en ciertos negocios en espacios interiores de la Ciudad y el Condado de San Francisco está obligado a estar completamente vacunado contra el COVID-19. Tal y como lo señala la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de Estados Unidos y el Departamento de Empleo y Vivienda Justa de California, cualquier persona que tenga (1) una condición médica o una discapacidad que le impida vacunarse o (2) una creencia, práctica u observancia religiosa sincera que le impida vacunarse puede tener derecho a un acomodo razonable.¹ De acuerdo con la Orden C19-07, los operadores de estos negocios deben comprobar el estado de vacunación de todos los miembros del personal o empleados, y se les puede requerir que permitan que los miembros del personal o empleados que cumplan con los criterios de exención rechacen la vacunación obligatoria y, en su lugar, cumplan con los requisitos obligatorios para las personas no vacunadas que se enumeran en la Orden (los cuales incluyen el uso de un cubrebocas bien ajustado en todo momento, excepto cuando se come o bebe activamente, y la realización de pruebas semanales. Consulte la Orden para conocer los requisitos específicos y ver una muestra del formulario de rechazo a la vacuna, disponible en www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf).

Instrucciones: Todos los miembros del personal o empleados deben llenar la Sección 1 que se presenta a continuación (declaración sobre el estatus de vacunación), a menos que el administrador del negocio obtenga la información requerida de otra manera. Toda persona que complete la Sección 1 debe también completar la Sección 2 (firma).

¹ Para obtener más información, consulte: www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws y www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ_ENG.pdf.

Muestra del formulario de verificación del programa de vacunación para el personal
(Actualizado el 12 de agosto de 2021)

Sección 1. Declaración sobre su estatus de vacunación

[Todos los miembros del personal o empleados deben completar esta sección]

La Orden del Oficial de Salud No. C19-07 exige que todos los operadores de entornos de alto riesgo, ciertos entornos de atención médica y ciertos negocios en espacios interiores de la Ciudad y Condado de San Francisco declaren el estatus de vacunación de todo el personal (lo que incluye a los empleados, contratistas y voluntarios) o, cuando sea aplicable, de los empleados que normalmente trabajan en el sitio. Dichos miembros del personal o empleados tienen la obligación de declarar cuál es su estatus de vacunación. La entidad deberá mantener esta información confidencial, de acuerdo con las leyes de privacidad. *Marque solamente una casilla en esta sección:*

- Quiero vacunarme. Aún no he recibido la vacuna contra el COVID-19 y deseo recibir información sobre cómo vacunarme. Entiendo que tendré que actualizar la información de este formulario una vez que mi vacunación esté completa y que, hasta entonces, tendré la obligación de cumplir los requisitos para los miembros del personal que no están completamente vacunados. Consulte más información sobre la vacunación en sf.gov/es/covid-19-vaccine-san-francisco.
- Estoy en proceso de vacunarme. He comenzado el proceso para recibir una vacuna/serie de vacunas contra el COVID-19. Entiendo que tengo la obligación de cumplir con los requisitos para los miembros del personal que no están completamente vacunados hasta dos semanas después de haber recibido la dosis final de la vacuna. Asimismo, comprendo que tendré que actualizar la información de este formulario una vez que el proceso de vacunación haya sido completado.

La fecha en la que espero estar completamente vacunado
(2 semanas después de la dosis final) es: _____

- Estoy completamente vacunado. He completado el proceso de vacunación contra el COVID-19. La información sobre mi serie de vacunas es la siguiente:

Mi fecha de nacimiento: _____

Fabricante de la vacuna:

- Johnson & Johnson/Janssen (1 dosis)
- Moderna (2 dosis)
- Pfizer (2 dosis)
- Otra (escriba el nombre del fabricante): _____

Fecha(s) en que se administró la vacuna (escriba la fecha de la primera dosis y, si corresponde, la fecha de la segunda dosis): _____

- Rechazo que se me aplique la vacuna y declaro que soy una persona elegible para recibir una excepción. No quiero vacunarme y cumplo con uno de los dos criterios establecidos en la Orden del Oficial de Salud C19-07 para que se haga una excepción respecto a mi vacunación. Entiendo que tengo la obligación de cumplir con los requisitos para los miembros del personal que no están completamente vacunados, a menos que o hasta que esté completamente vacunado. **Tenga en cuenta:** los empleados que escojan esta opción deben consultar la Orden para conocer los requisitos específicos y obtener una muestra del formulario de rechazo a la vacuna en www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf. Todos los formularios requeridos, incluyendo una declaración de respaldo firmada por un proveedor de servicios médicos, deben presentarse antes de que la solicitud de

Muestra del formulario de verificación del programa de vacunación para el personal
(Actualizado el 12 de agosto de 2021)

rechazo a la vacuna se considere completada. Se considera que los miembros del personal están incumpliendo con el programa de vacunación si no llenan, firman y presentan todos los formularios y documentos requeridos.

Sección 2– Firma y declaración

[Todos los miembros del personal o empleados que completen cualquiera de las secciones que aparecen en este formulario deben completar la siguiente sección]

Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del estado de California que la(s) declaración(es) hechas en la Sección 1 que aparece anteriormente son verdaderas y correctas.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Lugar (ciudad y estado) donde se firma la presente: _____

Muestra del formulario de rechazo al programa de vacunación para el personal **(Actualizado el 12 de agosto de 2021)**

NOTA: Este formulario de muestra se ofrece a modo de ejemplo y no como asesoramiento legal para ningún negocio. Cualquier negocio que implemente un programa de vacunación debe consultar a su propio asesor legal con respecto al contenido de dicho programa. Sin embargo, como se indica en las Secciones 4 y 6, y en el Anexo B de la Orden del Oficial de Salud No. C19-07y (incluso cuando dicha orden se actualice en el futuro), el programa de vacunación requerido para el personal de entornos de alto riesgo, el personal de ciertos entornos adicionales de atención médica y el personal de ciertos negocios en espacios interiores debe incluir una verificación de su estatus de vacunación en el que se responda a las preguntas incluidas en este formulario de muestra.

FORMULARIO DE RECHAZO A LA **VACUNACIÓN OBLIGATORIA** **CONTRA EL COVID-19**

Como se indica en las Secciones 4 y 6, y en el Anexo B de la Orden del Oficial de Salud No. C19-07y (incluso cuando dicha orden se actualice en el futuro), todo miembro del personal o empleado que trabaje en entornos de alto riesgo, en ciertos entornos de atención médica y en ciertos negocios en espacios interiores de la Ciudad y el Condado de San Francisco está obligado a estar completamente vacunado contra el COVID-19. Tal y como lo señala la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de Estados Unidos y el Departamento de Empleo y Vivienda Justa de California, cualquier persona que tenga (1) una condición médica o una discapacidad que le impida vacunarse o (2) una creencia, práctica u observancia religiosa sincera que le impida vacunarse puede tener derecho a un acomodo razonable.¹ De acuerdo con la Orden C19-07, los operadores de estos negocios deben comprobar el estado de vacunación de todos los miembros del personal o empleados, y se les puede requerir que permitan que los miembros del personal o empleados que cumplan con los criterios de exención rechacen la vacunación obligatoria y, en su lugar, cumplan con los requisitos obligatorios para las personas no vacunadas que se enumeran en la Orden (los cuales incluyen el uso de un cubrebocas bien ajustado en todo momento, excepto cuando se come o bebe activamente, y la realización de pruebas semanales. Consulte la Orden para conocer los requisitos específicos y ver una muestra del formulario de rechazo a la vacuna. Consulte la Orden para conocer los requisitos específicos).

Instrucciones: Todos los miembros del personal o empleados deben completar por separado una declaración del estatus de vacunación (disponible en www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf), a menos que el operador del negocio obtenga la información requerida de otra manera. Todos los miembros del personal o empleados que rechacen la vacunación deben completar también la Sección 1 (rechazo a la vacuna) y la Sección 2 (firma) que aparecen en este formulario. **Tenga en cuenta:** Los miembros del personal y los empleados que seleccionen la opción de rechazar la vacuna deben llenar todos los formularios aplicables. Todos los formularios requeridos, incluyendo si fuera necesario, una declaración de respaldo firmada por un proveedor de servicios médicos, deben presentarse antes de que la solicitud de rechazo se considere completada. Se considera que los miembros del personal y los empleados no están cumpliendo con el programa de vacunación si no llenan, firman y entregan todos los formularios y documentos requeridos.

¹ Para obtener más información, consulte: www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws y www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ_ENG.pdf.

Muestra del formulario de rechazo al programa de vacunación para el personal
(Actualizado el 12 de agosto de 2021)

Sección 1. Rechazo a la vacuna

[Todos los miembros del personal o empleados que deseen conseguir una excepción para la vacunación deben completar esta sección]

Al completar esta Sección 1, declaro que no puedo recibir la vacuna contra el COVID-19 con base en lo siguiente (seleccione todo lo que sea aplicable):

- Acomodo por razones médicas/discapacidad: Tengo una condición médica o una discapacidad que me impide recibir cualquiera de las vacunas contra el COVID-19. *NOTA*: Para ser elegible para recibir esta excepción, entiendo que también debo presentar ante mi empleador (o el negocio donde trabajo como voluntario) una declaración por escrito firmada por un **médico, un enfermero especializado u otro profesional de la salud certificado que realice su labor bajo la licencia de un médico**, en la que se indique que califico para recibir la excepción (sin embargo, la declaración escrita no debe contener la descripción de la condición médica preexistente o discapacidad) y debe indicar la probable duración de mi incapacidad para recibir la vacuna (o indicar si la duración es desconocida o permanente, si corresponde). Puede utilizar la siguiente página de este formulario para tales fines.

- Acomodo por motivos de creencia religiosa: Mantengo una creencia religiosa, una práctica u observancia sincera que me impide recibir cualquiera de las vacunas contra el COVID-19 autorizadas o aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés).

Sección 2. Firma y declaración

[Todos los miembros del personal o empleados que completen cualquiera de las secciones de este formulario deben completar esta sección]

Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del estado de California que la(s) declaración(es) hechas en la Sección 1 que aparece anteriormente son verdaderas y correctas.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Lugar (ciudad y estado) donde se firma la presente: _____

Muestra del formulario de rechazo al programa de vacunación para el personal
(Actualizado el 12 de agosto de 2021)

RECHAZO A LA VACUNACIÓN OBLIGATORIA CONTRA EL COVID-19
Declaración de respaldo del proveedor de
servicios médicos

Con el fin de que una persona que trabaja, presta servicios o trabaja como voluntario en entornos de alto riesgo, ciertos entornos adicionales de atención médica y ciertos negocios en espacios interiores de la Ciudad y Condado de San Francisco califique para recibir un acomodo por razones médicas/discapacidad debido al requisito obligatorio de vacunarse contra el COVID-19, su proveedor de servicios médicos (solamente un médico, enfermero especializado u otro profesional médico certificado que realice su labor bajo la licencia de un médico) debe completar el siguiente formulario para que este sea presentado ante el empleador de la persona o el lugar donde dicha persona trabaja como voluntario. *NOTA: No declare la naturaleza de la condición médica preexistente o discapacidad.*

Nombre de la persona que desea obtener la excepción
por razones médicas/discapacidad: _____

Fecha de nacimiento de la persona que desea recibir la excepción: _____

Nombre del médico, enfermero especializado,
u otro profesional médico certificado que
realice su labor bajo la licencia de un médico: _____

Duración anticipada de la condición médica/discapacidad
(o indique si la duración es desconocida o permanente): _____

Al completar y firmar este formulario, certifico que el cliente/paciente cuyo nombre se menciona arriba no debe recibir la vacuna contra el COVID-19 debido a (*explique aquí la contraindicación específica para la vacuna, pero **no** especifique la condición médica preexistente o discapacidad. Adjunte una página o declaración por separado en caso de ser necesario*):

Certifico que la información anterior es verdadera y certera, y solicito que se realice una excepción para recibir la vacuna contra el COVID-19 para la persona antes mencionada.

Firmado por: _____

Fecha: _____

Número de licencia: _____

Información de contacto (dirección y número telefónico): _____

Si se trata de un enfermero especializado que realiza
su labor bajo la licencia de un médico,
Escriba el nombre y número de licencia del médico: _____

Sample na Tivak na Form ng Programa ng Pagbabakuna ng Tauhan
(Binago Agosto 12, 2021)

TANDAAN: Ang sampol ng form na ito ay ibinibigay sa pamamagitan ng halimbawa at hindi ligal na payo sa anumang Negosyo. Anumang Negosyo na nagpapatupad ng isang programa ng pagbabakuna ay dapat komunsulta sa sarili nitong ligal na payo tungkol sa nilalaman ng anumang nasabing programa. Ngunit, tulad ng nakabalangkas sa Mga Seksyon 4, 6, at Appendix B sa Health Officer Order No. C19-07y (kasama na ang order na iyon ay na-update sa hinaharap), ang kinakailangang programa sa pagbabakuna para sa Mga Tauhan na Mga Mataas sa Panganib, Tauhan sa ilang karagdagang kalusugan mga setting ng pangangalaga, at kawani sa ilang mga panloob na Negosyo ay dapat na may kasamang pagtiyak ng katayuan sa pagbabakuna na tumutugon sa mga isyung kasama sa sampol na form na ito.

COVID-19 PANGKALAHATANG PAGBABAKUNA
PAGHAHAYAG NA FORM

Tulad ng nakasaad sa Seksyon 4, 6, at Appendix B sa Health Officer Order No. C19-07y (kasama na ang order na iyon ay na-update sa hinaharap), lahat ng Tauhan o kawani na nagtatrabaho sa Mga setting ng Mataas na Panganib, ilang mga karagdagang setting ng pangangalaga ng kalusugan, at ang ilang mga panloob na Negosyo sa Lungsod at County ng San Francisco ay kinakailangang buong nabakunahan para sa COVID-19. Tulad ng nabanggit ng Estados Unidos Equal Employment Opportunity Commission at Kagawaran ng Pagtatrabaho at Makatarungang Pabahay ng California, ang sinumang tao na mayroong (1) isang kondisyong medikal o may kapansanan na pumipigil sa pagkuha ng bakuna o (2) isang taos-pusong pinaniniwalaang pangrelihiyon, kasanayan, o ang pagmamasid na pinipigilan nito ang tao mula sa pagkuha ng bakuna ay maaaring maging karapat-dapat sa isang makatwirang tirahan.¹ Sa ilalim ng Order C19-07, ang mga nagpapatakbo ng mga negosyong ito ay dapat alamin ang katayuan sa pagbabakuna ng lahat ng Tauhan o kawani at maaaring kailanganin upang payagan ang Tauhan o tauhan na nakakatugon sa pagbubukod ng pamantayan na tumatanggi sa pangkalahatan na pagbabakuna at sa halip ay sundin ang mga ipinag-uutos na kinakailangan para sa mga hindi nabuong indibidwal na nakalista sa Order (na kasama ang pagsusuot ng isang Well-Fitted Mask sa lahat ng oras maliban sa kapag aktibong kumakain o umiinom at nasusuri ng lingguhan-sumangguni sa Order para sa tukoy na mga kinakailangan at isang Halimbawang Form ng Pagpapasya ng empleyado na matatagpuan sa www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf).

Mga Direksyon: Ang lahat ng Tauhan o kawani ay dapat kumpletuhin ang Seksyon 1 (Paghahayag ng Katayuan sa Pagbabakuna) sa ibaba maliban kung makuha ng nagpapatakbo ng negosyo ang kinakailangang impormasyon, at ang sinumang nakumpleto ang Seksyon 1 ay dapat din na kumpletuhin ang Seksyon 2 (Lagda).

¹ Para sa karagdagang impormasyon, tingnan ang www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws at www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employment-Information-on-COVID-19-FAQ_ENG.pdf.

Sample Personnel Vaccination Program Form na Pagkuha
(Binago Agosto 12, 2021)

Seksyon 1 - Paghahayag ng Katayuan sa Pagbabakuna

[Lahat ng Tauhan o kawani ay dapat kumpletuhin ang Seksyon na ito]

Ang bawat nagpapatakbo ng isang setting na Mataas na Panganib at ilang mga karagdagang pangangalaga sa kalusugan at panloob na mga setting ng negosyo sa Lungsod at Lalawigan ng San Francisco ay hinihiling ng Health Officer Order No. C19-07 upang matiyak ang katayuan sa pagbabakuna ng lahat ng Tauhan (kabilang ang mga empleyado, kontratista, at mga boluntaryo) o, kung naaangkop, kawani na regular na nagtatrabaho sa lugar, at lahat ng nating Tauhan ay kinakailangang ihayag ang kanilang katayuan sa pagbabakuna. Mangyaring kumpletuhin ang seksyong ito upang maibigay ang katayuan sa iyong pagbabakuna. Ang impormasyong ito ay dapat na manatiling lihim ng entity na naaayon sa mga batas sa privacy. I-tsek lamang ang isang kahon sa seksyong ito:

- Gusto kong mabakunahan. Wala pa akong natatanggap na bakuna para sa COVID-19 at nais kong makakuha ng impormasyon tungkol sa nabakunahan. Nauunawaan ko na kakailanganin kong baguhin ang form na ito kapag nakumpleto na ang aking pagbabakuna, at hanggang sa panahong iyon ay hihilingin akong sumunod sa mga kundisyon para sa Tauhan na hindi Ganap na Nabakunahan. Ang karagdagang impormasyon tungkol sa pagbabakuna ay makukuha online sa sf.gov/covid-19-vaccine-san-francisco.
- Nasa proseso ako ng pagbabakuna. Sinimulan ko ang proseso ng pagtanggap ng isang serye ng bakuna / bakuna para sa COVID-19. Hanggang sa dalawang linggo pagkatapos ng pangwakas na dosis, naiintindihan ko na hihilingin akong sumunod sa mga kundisyon para sa Tauhan na Hindi Ganap na Nabakunahan at kakailanganin kong i-update ang form na ito kapag kumpleto na ang aking pagbabakuna.

Ang petsa kung kailan inaasahan kong maging ganap nabakunahan (2 linggo pagkatapos ng huling dosis) ay: _____

- Ako ay Ganap na Nabakunahan. Nakumpleto ko na ang proseso ng pagbabakuna sa COVID-19. Nasa ibaba ang impormasyon tungkol sa aking serye ng pagbabakuna:

Ang aking petsa ng kapanganakan:

Tagagawa ng bakuna:

- Johnson & Johnson / Janssen (1 dosis)
- Moderna (2 dosis)
- Pfizer (2 dosis)
- Iba pa (tagagawa ng listahan):

Mga (mga) petsa ng pangangasiwa ng bakuna (petsa ng listahan ng unang dosis at, kung naaangkop, pangalawang dosis): _____

- Tumanggi akong mabakunahan at karapat-dapat para sa isang exemption. Hindi ko nais na mabakunahan at matugunan ang isa sa dalawang pamantayan para sa exemption sa pagbabakuna sa Health Officer Order C19-07. Nauunawaan ko na hihilingin akong sumunod sa mga kundisyon para sa Tauhan o tauhan na hindi Ganap na Nabakunahan maliban o hanggang sa ganap na mabakunahan ako. **Mangyaring tandaan:** ang mga empleyado na pumili ng pagpipilian na ito ay dapat sumangguni sa Order para sa mga tukoy na kinakailangan at isang Halimbawang Form ng Pagpapahayag ng empleyado na matatagpuan sa www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf. Lahat ng kinakailangang form - kasama ang kung saan naaangkop ang isang pirmadong Pahayag ng Pagsuporta sa Tagapag-alaga ng Pangangalaga - ay dapat ibigay bago maisip na kumpleto ang isang kahilingan para sa pagtanggap. Ang mga tauhan ay itinuturing na hindi pagsunod sa programa ng pagbabakuna kung nabigo silang ganap na punan, pirmahan, at isumite ang lahat ng naaangkop na mga form at dokumento

Sample Personnel Vaccination Program Form na Pagkuha
(Binago Agosto 12, 2021)

Seksyon 2 - Lagda at Attestation

[Lahat ng Tauhan o kawani na kumpletuhin ang anumang seksyon ng form na ito ay dapat kumpletuhin ang Seksyon na ito]

Idineklara sa ilalim ng parusa ng perjury sa ilalim ng mga batas ng Estado ng California na ang (mga) pahayag sa Seksyon 1 sa itaas ay totoo at wasto.

Lagda: _____

Petsa: _____

Naka-print na pangalan: _____

Lokasyon (Lungsod at Estado) kung saan nilagdaan: _____

Sample Personnel Vaccination Program Form Declination
(Binago noong Agosto 12, 2021)

TANDAAN: Ang sampol form na ito ay ibinibigay sa pamamagitan ng halimbawa at hindi ligal na payo sa anumang Negosyo. Anumang Negosyo na nagpapatupad ng isang programa ng pagbabakuna ay dapat kumunsulta sa sarili nitong ligal na payo tungkol sa nilalaman ng anumang nasabing programa. Ngunit, tulad ng nakabalangkas sa Mga Seksyon 4, 6, at Appendix B sa Health Officer Order No. C19-07y (kasama na ang order na iyon ay na-update sa hinaharap), ang kinakailangang programa sa pagbabakuna para sa Mga Tauhan sa Mga Mataas na Panganib na Panganib, Tauhan sa ilang karagdagang kalusugan mga setting ng pangangalaga, at kawani sa ilang mga panloob na Negosyo ay dapat na may kasamang pagtiyak ng katayuan sa pagbabakuna at pagbibigay ng isang pagpipilian sa pagtanggap na tugunan ang mga isyung kasama sa sample na form na ito.

COVID-19 NA FORM NA KINAKAILANGAN KAPAG TUMATANGGI

Tulad ng nakasaad sa Seksyon 4, 6, at Appendix B sa Health Officer Order No. C19-07y (kasama na ang order na iyon ay na-update sa hinaharap), lahat ng Tauhan o kawani na nagtatrabaho sa Mga setting ng Mataas na Panganib, ilang mga karagdagang setting ng pangangalaga ng kalusugan, at ang ilang mga panloob na Negosyo sa Lungsod at County ng San Francisco ay kinakailangang buong bakuna para sa COVID-19. Tulad ng nabanggit ng Estados Unidos Equal Employment Opportunity Commission at Kagawaran ng Pagtatrabaho at Makatarungang Pabahay ng California, ang sinumang tao na mayroong (1) isang kondisyong medikal o kapansanan na pumipigil sa pagkuha ng bakuna o (2) isang taos-pusong pinaniniwalaang paniniwala, kasanayan, o ang pagtalima na pumipigil sa tao mula sa pagkuha ng bakuna ay maaaring maging karapat-dapat sa isang makatwirang tirahan.¹ Sa ilalim ng Order C19-07, dapat alamin ng mga operator ng mga negosyong ito ang katayuan sa pagbabakuna ng lahat ng Tauhan o kawani at dapat payagan ang Tauhan o kawani na nakakatugon sa mga pamantayan para sa exemption upang tanggihan ang sapilitan na pagbabakuna at sa halip ay sundin ang mga ipinag-uutos na kinakailangan para sa mga hindi nabakunahang indibidwal na nakalista sa Order (na kasama ang pagsusuot ng isang Well-Fitted Mask sa lahat ng oras maliban sa kapag aktibong kumakain o umiinom at nasusuri lingguhan-sumangguni sa Order para sa mga tiyak na kinakailangan).

Mga Direksyon: Lahat ng Tauhan o kawani ay dapat kumpletuhin ang isang hiwalay na Katayuan ng Pagbubunyag (matatagpuan sa www.sfdph.org/dph/alerts/files/C19-07-Safer-Return-Together-Health-Order.pdf) maliban kung ang operator ng negosyo ay hindi man kumukuha ng kinakailangang impormasyon. Ang sinumang Tauhan o kawani na naghahangad na tanggihan ang pagbabakuna ay dapat ding kumpletuhin ang Seksyon 1 (Pagpapahayag sa Bakuna) at Seksyon 2 (Lagda) ng form na ito. Mangyaring tandaan: Ang mga tauhan at tauhan na pumili ng pagpipiliang pagtanggap ay dapat punan ang lahat ng naaangkop na mga form. Lahat ng kinakailangang form - kasama, kung saan nalalapat ang isang naka-sign na Pahayag ng Pagsuporta sa Tagapag-alaga ng Pangangalaga - ay dapat ibigay bago maisip na kumpleto ang isang kahilingan para sa pagtanggap. Ang mga tauhan at tauhan ay itinuturing na wala sa pagsunod sa programa ng pagbabakuna kung nabigo silang ganap na punan, pirmahan, at isumite ang lahat ng naaangkop na mga form at dokumento.

¹ Para sa karagdagang impormasyon, tingnan ang www.eeoc.gov/wysk/what-you-should-know-about-covid-19-and-ada-rehabilitation-act-and-other-eeo-laws at www.dfeh.ca.gov/wp-content/uploads/sites/32/2020/03/DFEH-Employado-Impormasyon-sa-COVID-19-FAQ-ENG.pdf.

Sample Personnel Vaccination Program Form Declination
(Binago noong Agosto 12, 2021)

Seksyon 1 –Pagpapasiya sa Totoo

[Lahat ng Tauhan o kawani na humihiling ng isang exemption mula sa pagbabakuna ay dapat kumpletuhin ang Seksyon na ito]

Sa pamamagitan ng pagkumpleto ng Seksyon 1 na ito, ipinapahayag ko na hindi ako mabakunahan para sa COVID-19 sa sumusunod na batayan (suriin ang lahat ng nalalapat):

- Tirahan ng Medikal / Kapansanan: Mayroon akong kondisyong medikal o kapansanan na pumipigil sa akin na makakuha ng anumang bakuna sa COVID-19. TANDAAN: Upang maging karapat-dapat para sa pagbubukod na ito, naiintindihan ko na dapat ko din na ibigay sa aking tagapag-empleyo (o sa Negosyo kung saan ako nagtatrabaho o nagboboluntaryo) ng isang nakasulat na pahayag na nilagdaan ng isang manggagamot, nars na magsasanay, o iba pang mga lisensyadong propesyonal sa medikal na nagsasanay sa ilalim ng lisensya ng isang manggagamot, na nagsasaad na kwalipikado ako para sa exemption (ngunit ang nakasulat na pahayag ay hindi dapat ilarawan ang pinagbabatayan ng kondisyong medikal o kapansanan) at ipinapahiwatig ang maaaring tagal ng aking kawalan ng kakayahan na makatanggap ng bakuna (o kung ang tagal ay hindi alam o permanente, kaya ipahiwatig) . Maaari kong gamitin ang susunod na pahina ng form na ito para sa hangaring iyon.

- Panunuluyan sa Paniniwala sa Relihiyon: Ako ay may taos-pusong nagtataglay ng paniniwala, kasanayan, o pagsunod sa relihiyon na pumipigil sa akin na kumuha ng alinman sa mga bakunang pinahintulutan o naaprubahan ng COVID-19 ng FDA.

Seksyon 2 - Lagda at Attestation

[Lahat ng Tauhan o kawani na kumpletuhin ang anumang seksyon ng form na ito ay dapat kumpletuhin ang Seksyon na ito]

Idineklara sa ilalim ng parusa ng perjury sa ilalim ng mga batas ng Estado ng California na ang (mga) pahayag sa Seksyon 1 sa itaas ay totoo at wasto.

Lagda: _____

Petsa: _____

Naka-print na pangalan: _____

Lokasyon (Lungsod at Estado) kung saan nilagdaan: _____

Sample Personnel Vaccination Program Form Declination
(Binago noong Agosto 12, 2021)

COVID-19 PANGKALAHATANG PAGTANGGI SA PAGBABAKUNA
Pahayag ng Pagsuporta sa Tagapagbigay ng Kalusugan

*Upang ang isang tao na nagtatrabaho, nagbibigay ng mga serbisyo, o mga boluntaryo sa Mga setting ng Mataas na Panganib, ilang mga karagdagang mga setting ng pangangalagang pangkalusugan, at ilang mga panloob na negosyo sa Lungsod at Lalawigan ng San Francisco na maging karapat-dapat para sa isang Medikal / Kapansanan na Tirahan sa kinakailangang makatanggap ng isang Ang pagbabakuna ng COVID-19, ang kanilang tagabigay ng pangangalaga ng kalusugan (isang manggagamot lamang, tagapagsanay ng nars, o iba pang lisensyadong propesyonal na medikal na nagsasanay sa ilalim ng lisensya ng isang manggagamot) ay dapat kumpletuhin ang sumusunod na form upang maibigay ng tao sa kanilang pinagtatrabahuhan o ibang lokasyon ng Negosyo kung saan sila nagtatrabaho o boluntaryo. **TANDAAN** - Huwag sabihin ang likas na katangian ng pinagbabatayanang kondisyong medikal o kapansanan.*

Pangalan ng taong naghahanap
isang exemption sa medikal / kapansanan: _____

Petsa ng kapanganakan ng taong naghahangad ng exemption: _____

Pangalan ng manggagamot, nagsasanay ng nars, o iba pang lisensyadong propesyonal sa medikal nagsasanay sa ilalim ng lisensya ng isang manggagamot: _____

Inaasahang tagal ng kondisyong medikal / kapansanan
(o ipahiwatig kung ang tagal ay hindi alam o permanente): _____

Sa pamamagitan ng pagkumpleto at pag-sign sa form na ito, pinatutunayan ko na ang aking kliyente / pasyente na nakalista sa itaas ay hindi dapat makatanggap ng bakunang COVID-19 dahil sa (ipaliwanag ang tukoy na kontraindikasyon sa pagbabakuna dito, ngunit **huwag** kilalanin ang napapailalim na kondisyong medikal o kapansanan - maglakip ng isang magkahiwalay na sheet o pahayag kung kinakailangan):

Pinatunayan ko ang impormasyon sa itaas na totoo at tumpak, at humihiling ako ng exemption mula sa pagbabakuna ng COVID-19 para sa indibidwal na may pangalang nabanggit.

Nilagdaan ni: _____

Petsa: _____

Numero ng lisensya: _____

Impormasyon sa pakikipag-ugnay (address at numero ng telepono): _____

Kung nagsasanay sa ilalim ng lisensya ng isang manggagamot,
pangalan at numero ng lisensya ng _____ manggagamot: