

Форма заявления на освобождение от вакцинации против COVID-19 по медицинским показаниям

Указания: см. [Инструкции по заполнению заявления на освобождение от вакцинации против COVID-19 по медицинским показаниям Форма заявления](#). Если вы запрашиваете освобождение от вакцинации против COVID-19 по медицинским показаниям, необходимо заполнить эту форму и **подать ее своему работодателю или другому ответственному лицу**.

НЕ ОТПРАВЛЯЙТЕ ЭТУ ФОРМУ В УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШТАТА ОРЕГОН.

Прошу освободить меня от обязательной вакцинации против COVID-19 на основании диагностированного физического или психического заболевания, которое препятствует прохождению мной вакцинации против COVID-19, что ниже подтверждается моим врачом.

Ф. И. О. заявителя:	Дата рождения:
Номер телефона:	
Подпись:	Дата:
Работодатель/организация:	Должность:

Обратите внимание, что в случае удовлетворения вашего заявления на освобождение ваш работодатель или иное ответственное лицо будет вправе обязать вас принять дополнительные меры для защиты вас и окружающих лиц от заражения и распространения COVID-19. Работодатель не обязан обеспечивать освобожденному от вакцинации лицу условия для работы, если это создает прямую угрозу для освобожденного лица и иных лиц на рабочем месте либо сопряжено с необоснованными трудностями.

Заявление врача

Ваш пациент, Ф. И. О. которого указано выше, просит освободить его от обязательной вакцинации против COVID-19 в связи с заболеванием. Укажите ниже соответствующую информацию.

Отметьте галочками необходимые поля ниже и ответьте на сопутствующие вопросы:

Пациента необходимо освободить от вакцинации против COVID-19 в связи с заболеванием.

Какое заболевание препятствует вакцинации пациента против COVID-19?

Да Нет Это хроническое заболевание?

Да Нет Это временное заболевание? Если «да», укажите предполагаемый срок выздоровления.

Опишите, как это заболевание влияет на способность пациента пройти вакцинацию против COVID-19.

Пациент не может проходить вакцинацию против COVID-19 определенными вакцинами. Пациент может проходить вакцинацию вакциной, произведенной .

Пациент может проходить вакцинацию против COVID-19.

Подтверждаю, что приведенная выше информация является верной и точной.

Ф. И. О. врача (печатными буквами):	Дата:
Подпись врача:	Адрес места работы:
	Номер рабочего телефона:

Возможность ознакомиться с документом: для людей с ограниченными возможностями или людей, не говорящих на английском языке, Управление здравоохранения штата Орегон может предоставить информацию в иных форматах, например в переводе, крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Обратитесь в Центр медицинской информации по телефону 1-971-673-2411, 711 (телетайп) или по адресу COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us.