

Certificate of Exemption

СТОРОНА А:

Для освобождения по религиозным, личным, философским причинам и медицинским показаниям¹

FOR OFFICE USE ONLY CHILD'S LAST NAME

ЧАСТЬ 1: ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ОПЕКУНОВ

ЧАСТЬ 2: ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Для того, чтобы настоящая форма была действительной для освобождения по религиозным, личным, философским причинам или медицинским показаниям, пожалуйста, выполните следующие действия:

- Действие 1:** Внесите данные о Вашем ребенке в графы 1–4.
- Действие 2:** Прочитайте заявление родителя/опекуна.
- Действие 3:** Впишите Ваши инициалы в указанных местах.
- Действие 4:** Впишите печатными буквами Ваши имя и фамилию, и поставьте подпись и дату в графах 5–6.
- Действие 5:** Попросите медицинского работника заполнить Часть 2 настоящей формы.

1. Фамилия ребенка

2. Имя и второй инициал ребенка

3. Дата рождения (мм/дд/гггг)

 / /

4. Пол

- Мужской
 Женский

Я являюсь родителем или законным опекуном вышеуказанного ребенка. Прививка одной или несколькими требуемыми вакцинами противоречит моим личным, философским или религиозным убеждениям.

Заявление родителя/опекуна

Я понимаю, что:

- Моему ребенку могут не позволить посещать школу или детский сад во время вспышки эпидемии заболевания, от которого мой ребенок не получил полную вакцинацию. _____ (инициалы)
- Освобождение моего ребенка от какой-либо одной или всех требуемых прививок может привести к серьезным заболеваниям, инвалидности или смерти моего ребенка или других людей. Я осознаю риски и возможные последствия, связанные с моим решением освободить моего ребенка от получения прививок. _____ (инициалы)
- Представленная в настоящей форме информация является полной и достоверной. _____ (инициалы)

5. Имя и фамилия родителя/опекуна печатными буквами

6. Подпись родителя/опекуна и дата

 / /

Для того, чтобы настоящая форма была действительной, пожалуйста, выполните следующие действия:

- Действие 1:** Отметьте заболевание(-я) и тип запрашиваемого освобождения. Если освобождение запрашивается по медицинским показаниям, впишите букву «Т» для временного освобождения, и букву «Р» — для постоянного.
- Действие 2:** Обсудите преимущества и риски, связанные с иммунизацией, с родителем или опекуном.
- Действие 3:** Прочитайте заявление медицинского работника.
- Действие 4:** В графах 7–8 впишите печатными буквами Ваши имя и фамилию, должность, и поставьте подпись и дату.

Вакцина	Личные/ философские убеждения	Религиозные убеждения	Медицинские показания (Т/Р)	Дата истечения срока временного освобождения по медицинским показаниям
Дифтерия				
Гепатит В				
Нів (гемофильная инфекция типа В)				
Корь				
Свинка				
Коклюш				
Пневмококковая инфекция				
Полиомиелит				
Краснуха				
Столбняк				
Ветряная оспа				
Все заболевания				

***Медицинский работник может дать освобождение от прививок по медицинским показаниям только в том случае, если существуют медицинские противопоказания к вакцинации.*

Заявление медицинского работника

Я заявляю, что:

- Я обсудил(а) преимущества и риски прививок с родителем/опекуном в качестве условия освобождения ребенка от прививок.
 - Я являюсь дипломированным врачом общего профиля (MD), врачом натуропатом (ND), врачом остеопатом (DO), медсестрой/ медбратом высшей квалификации (ARNP) или ассистентом врача (PA), получившим лицензию согласно разделу 18 RCW (Свод пересмотренных законов штата Вашингтон).
 - Представленная в настоящей форме информация является полной и достоверной.
7. Имя, фамилия и сертификация медицинского работника (мд, нд, до, арнп, па)

8. Подпись медицинского работника и дата

 / /

FIRST NAME

M.I.

¹RCW 28A.210.080-090 «До или в первый день посещения каждым ребенком любой государственной или частной школы или лицензированного центра по уходу за детьми в штате Вашингтон родитель или опекун должен предоставить одно из следующих подтверждений: (1) подтверждение всех прививок, (2) подтверждение начала и выполнения графика иммунизации в соответствии с требованиями правил Совета здравоохранения штата, или (3) свидетельство об освобождении, подписанное родителем или опекуном, и (а) подписанное дипломированным медицинском работником, или (б) подтверждение принадлежности к церкви или религиозной организации, исключающей медицинское обслуживание детей медицинскими работниками.»

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ: Настоящая часть заполняется только в том случае, если Вы принадлежите к церкви или придерживаетесь вероисповедания, которые возражают против медицинского вмешательства.¹

Если у Вас есть возражения против прививок по религиозным мотивам, но убеждения и учения Вашей церкви или религии позволяют Вашему ребенку получать лечение у медицинских работников, например, врачей и медсестер, то Вы должны заполнить Сторону А настоящего Свидетельства об освобождении.

ИНСТРУКЦИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЯ ИЛИ ОПЕКУНОВ

Для того, чтобы настоящая форма имела юридическую силу по причине принадлежности к религиозным организациям, пожалуйста, выполните следующие действия:

Действие 1: Внесите данные о Вашем ребенке в графы 1–4.

Действие 2: Прочитайте заявление родителя/опекуна и впишите Ваши инициалы в указанных местах

Действие 3: В графах 5–7 впишите название церкви, к которой Вы принадлежите, или вероисповедания, которого Вы придерживаетесь, а также впишите печатными буквами Ваши имя и фамилию, поставьте подпись и дату.

1. Фамилия ребенка

2. Имя и второй инициал ребенка

3. Дата рождения (мм/дд/гггг)

4. Пол

 М Ж

Я являюсь родителем или законным опекуном вышеуказанного ребенка, и я освобождаю своего ребенка от всех требуемых прививок.

Заявление родителя/опекуна

Я понимаю, что:

- Моему ребенку могут не позволить посещать школу или детский сад во время вспышки эпидемии заболевания, от которого мой ребенок не получил полную вакцинацию. _____ (инициалы)
- Освобождение моего ребенка от всех требуемых прививок может привести к серьезным заболеваниям, инвалидности или смерти моего ребенка или других людей. Я осознаю риски или возможные последствия, связанные с моим решением освободить ребенка от получения прививок. _____ (инициалы)
- Представленная в настоящей форме информация является полной и достоверной. _____ (инициалы)

Я подтверждаю, что принадлежу к церкви или придерживаюсь вероисповедания, учение которых не позволяют моему ребенку получать какое-либо медицинское обслуживание медицинскими работниками.

5. Название церкви или религиозной организации, к которой Вы принадлежите

6. Имя и фамилия родителя/опекуна печатными буквами

7. Подпись родителя/опекуна и дата

¹RCW 28A.210.090 «Родитель или законный опекун предъявляет подтверждение принадлежности к религиозной организации или церкви, религиозные воззрения или учения которых не позволяют детям получать медицинское обслуживание.»