

### موافقة فحص COVID-19 الطلاب

تطلب مدرسة سانت ماري للصم (SMSD) موافقتك على فحص طفلك (أطفالك) لفيروس COVID-19 نحن نعمل بشكل تعاوني مع وزارة الصحة في ولاية نيويورك لفحص الطلاب والمعلمين والموظفين للكشف عن عدوى COVID-19 كجزء من الجهود لتحديد كتل الوباء الصغيرة لمقاطعة إيري.

سنعمل فقط مع تلك العائلات التي ترغب في الموافقة. بمجرد تقديم الموافقة ، يمكنك إلغاء هذه الموافقة عن طريق إرسال طلب مكتوب (إلغاء هذه الموافقة). لا توجد أي عواقب لأي طالب / عائلة تختار عدم المشاركة.

معلومات الوالد / الوصي	
يرجى تقديم أحدث معلومات الاتصال بالوالد (الوالدين) أو الوصي (الأوصياء) الذين يقدمون الموافقة ويتلقون النتائج.	
الاسم:	
العنوان:	
الهاتف:	

الأطفال	
يرجى إكمال أدناه لما يصل إلى أربعة أطفال / أفراد الأسرة. يقدم الوالد / الوصي الموافقة لجميع الأطفال المقدمين أدناه.	
اسم الطالب الأول:	صف الطالب الأول:
اسم الطالب الثاني:	صف الطالب الثاني:
اسم الطالب الثالث:	صف الطالب الثالث:
اسم الطالب الرابع:	صف الطالب الرابع:

موافقة الوالدين
<p><b>الإخطار بمشاركة المعلومات</b></p> <p>يسمح القانون بمشاركة بعض المعلومات المتعلقة بطفلك مع وكالات معينة في مقاطعة إيري وولاية نيويورك ومقدمي الخدمات المتعاقد معهم ، بما في ذلك المذكورة أدناه. سنتم مشاركة هذه المعلومات فقط لأغراض الصحة العامة ، والتي قد تشمل إخطار جهات الاتصال الوثيقة بحالة طفلك (اطفالك) في حالة إصابتهم بـ COVID-19 واتخاذ خطوات أخرى لمنع انتشار COVID-19 في مجتمع المدرسة.</p> <p>تتضمن المعلومات المتعلقة بطفلك التي يمكن مشاركتها مع وكالات الصحة العامة هذه ، اسم طفلك ونتائج فحص COVID-19 وتاريخ الميلاد / العمر. لن تتم مشاركة المعلومات بخصوص طفلك إلا وفقاً للقانون المعمول به وسياسات مدرسة سانت ماري للصم التي تحمي خصوصية الطلاب وأمن بيانات الطفل.</p> <p><b>موافقة</b></p> <p>• لقد وقعت على هذا النموذج بحرية وطوعية ، وأنا مفوض قانونياً لاتخاذ قرارات بشأن الطفل المذكور أعلاه.</p> <p>• أوافق على فحص طفلي بحثاً عن عدوى COVID-19.</p> <p>• أتفهم أنه قد يتم فحص طفلي عدة مرات حتى نهاية العام الدراسي 2020-2021 ، وأن الفحص قد يتم في الأيام التي تحددها مدرسة سانت ماري للصم للامتثال لمتطلبات الفحص الخاصة بولاية نيويورك -Micro استراتيجيات الفحص الجماعي.</p> <p>• أتفهم أن نموذج الموافقة هذا سيكون ساري المفعول حتى يونيو 2021 ، ما لم أخطر مسؤول الاتصال المعين من مدرسة طفلي كتابياً بأنني ألغيت موافقتي.</p> <p>• أدرك أنه قد يتم الكشف عن نتائج فحص طفلي والمعلومات الأخرى على النحو الذي يسمح به القانون لوكالات الصحة العامة المذكورة أعلاه.</p> <p>• أدرك أنه إذا كنت طالباً يبلغ من العمر 18 عاماً أو أكثر بانتي أوافق قانونياً وعلى الرعاية الصحية الخاصة بي و أوقع هذا النموذج نيابة عني.</p> <p>تقر وتقدم الموافقة على النحو المبين أعلاه.</p>

التاريخ:	التوقيع:
----------	----------

2253 Main Street - Buffalo, New York 14214 - 716-834-7200 (Voice) - 716-834-2720 (Fax) - 716-335-9614 (Video Phone) - [www.smsdk12.org](http://www.smsdk12.org)