



Certificat d'éligibilité au vaccin contre le COVID-19 en raison d'un problème médical

Les New-Yorkais âgés de 16 ans et plus souffrant des problèmes de santé suivants, documentés et diagnostiqués par leur prestataire de soins de santé, sont éligibles au vaccin contre le COVID-19 :

- cancer (en cours ou en rémission, y compris les cancers liés au 11 septembre) ;
- maladie rénale chronique ;
- maladie pulmonaire, y compris, sans s'y limiter, BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive), asthme (modéré à sévère), fibrose pulmonaire, mucoviscidose et maladies pulmonaires liés au 11 septembre ;
- handicaps intellectuels et développementaux, y compris Trisomie 21 ;
- maladies cardiaques, y compris, sans s'y limiter, insuffisance cardiaque, maladie coronarienne, cardiomyopathies ou hypertension (pression artérielle élevée) ;
- état immunodéprimé (système immunitaire affaibli), y compris, sans s'y limiter, transplantation d'organe solide ou greffe de sang ou de moelle osseuse, déficiences immunitaires, VIH, utilisation de corticostéroïdes, utilisation d'autres médicaments qui affaiblissent le système immunitaire ou autres causes ;
- obésité sévère (indice de masse corporelle de 40 kg/m² ou plus) ou obésité (indice de masse corporelle situé entre 30 kg/m² et 40 kg/m²) ;
- grossesse ;
- drépanocytose ou thalassémie ;
- diabète sucré de types 1 ou 2 ;
- maladie cérébrovasculaire (affecte les vaisseaux sanguins et l'apport sanguin au cerveau) ;
- maladies neurologiques, y compris, sans s'y limiter, maladie d'Alzheimer ou démence ;
- maladie du foie.

Je certifie par la présente que je souffre d'un ou plusieurs des problèmes de santé énumérés ci-dessus, tel(s) que documenté(s) et diagnostiqué(s) par mon prestataire de soins de santé et que, à ma connaissance, les informations sur lesquelles cette certification repose sont vraies et exactes, sous peine de sanctions prévues par la loi.

Nom en capitales

Signature

Date

Si le bénéficiaire du vaccin est âgé de 16 à 17 ans ou dans l'incapacité de certifier :

Nom en capitales du représentant légal

Signature du représentant légal

Date