



## Свидетельство о соответствии критериям г. Нью-Йорка для вакцинации от COVID-19 по медицинским показаниям

Жители Нью-Йорка 16 лет и старше со следующими заболеваниями, документированными или диагностированными их поставщиком медицинских услуг, соответствуют критериям для получения вакцины от COVID-19:

- рак (в настоящее время или в ремиссии, включая раковые заболевания, связанные с терактами 11 сентября);
- хроническое заболевание почек;
- легочные заболевания, включая, в числе прочих, ХОЗЛ (хроническое обструктивное заболевание легких), астму (от умеренной до сильной), легочный фиброз, муковисцидоз и легочные заболевания, связанные с терактами 11 сентября;
- задержка умственного развития и другие нарушения развития, включая синдром Дауна;
- сердечные заболевания, включая, в числе прочих, сердечную недостаточность, ишемическую болезнь сердца, кардиомиопатию и гипертонию (высокое кровяное давление);
- состояния ослабленного иммунитета (ослабленной иммунной системы), включая, в числе прочих, трансплантацию солидного органа, крови или костного мозга, иммунодефицит, ВИЧ, использование кортикостероидов, использование других ослабляющих иммунную систему препаратов или иные причины;
- крайняя степень ожирения (индекс массы тела от 40 кг/м<sup>2</sup> или выше) или ожирение (индекс массы тела от 30 кг/м<sup>2</sup> до 40 кг/м<sup>2</sup>);
- беременность;
- серповидно-клеточная анемия или талассемия;
- сахарный диабет 1 или 2 типа;
- цереброваскулярная болезнь (затрагивающая кровеносные сосуды и кровоснабжение мозга);
- неврологические заболевания, включая, в числе прочих, болезнь Альцгеймера или деменцию;
- заболевания печени.

Настоящим с учетом установленной законом ответственности свидетельствую, что у меня имеется одно или более из перечисленных выше заболеваний, документированных или диагностированных моим поставщиком медицинских услуг, и что, насколько мне известно, информация, на которой основано данное свидетельство, является верной и точной.

\_\_\_\_\_  
Имя печатными буквами

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
Число

**Если вакцинируемому от 16 до 17 лет, или личное свидетельство невозможно по другой причине:**

\_\_\_\_\_  
Имя опекуна печатными буквами

\_\_\_\_\_  
Подпись опекуна

\_\_\_\_\_  
Число