

COVID-19 테스트 동의 양식

이 양식은 무엇입니까?

자녀분의 COVID-19 감염 여부 테스트를 위해 여러분의 동의를 구합니다. 뉴욕시 교육청(NYC DOE) 및 뉴욕시 청소년과 지역사회 개발부(DYCD)는 NYC Health + Hospitals 및 뉴욕시 보건정신위생부와 함께 진단 랩들 및 기타 제공처와 연계하여 Summer Rising 참여자, 교사, 교직원의 COVID-19 감염을 테스트하고 있습니다.

얼마나 자주 테스트를 받나요?

저희는 테스트를 실시하는 랩 및 제공처에 모든 Summer Rising 프로그램을 정기적으로 방문하여 일부 참여자, 교사, 교직원을 테스트하도록 준비하였습니다. 부모님이 동의하시면 자녀분은 한번 또는 그 이상 프로그램 지침에 부합하여 테스트 받도록 선택될 수 있습니다. 또한 자녀분은 프로그램 실시 기간 중 (1) 뉴욕주 및 뉴욕시 규정에 따라 또는 (2) COVID-19 증상 중 하나 이상을 보이거나 (3) COVID-19 에 감염된 참여자, 교사 또는 교직원과 밀접 접촉한 경우 테스트를 받게 될 수도 있습니다.

무슨 테스트인가요?

부모님이 동의하시면 자녀분은 무료 COVID-19 바이러스 진단 테스트를 받습니다. 테스트를 위한 시료 채취는 Q-Tip 과 같은 작은 면봉을 비강으로 삽입하거나 타액(침)을 채취합니다.

제 아이의 결과가 양성인지 어떻게 알 수 있습니까?

Summer Rising 에서 테스트를 위해 자녀의 시료를 채취했다면 가정으로 정보를 보내드릴 것입니다. COVID-19 테스트 결과는 일반적으로 48-72 시간 내 제공됩니다.

자녀의 테스트 결과를 받으면 어떻게 해야 하나요?

자녀의 테스트 결과가 양성이라면 자녀의 의사에게 즉시 연락하여 테스트 결과를 검토하고 다음 조치를 논의하십시오. 자녀를 집에 머무르게 하고 자녀분의 Summer Rising 프로그램 코디네이터에게 알려 주십시오. 자녀의 테스트 결과가 음성이라면 자녀의 시료 샘플에서 바이러스가 발견되지 않았음을 의미합니다. **때로는** 테스트에서 COVID-19 에 걸린 사람도 부정확한 음성 결과(허위 음성)가 나올 수 있습니다. 자녀의 테스트 결과가 음성이지만, COVID-19 증상을 보이거나 자녀가 COVID-19 에 노출되었음을 걱정하신다면 자녀의 의사에게 전화하십시오. 의사를 찾는데 도움이 필요하면 (844) NYC-4NYC 로 전화하십시오.

학부모, 보호자 또는 성인인 참가자 작성

학부모/보호자 정보

학부모/보호자 성명(인쇄체로): _____

학부모/보호자 주소: _____

학부모/보호자 전화/휴대전화 번호: _____

학부모/보호자 이메일 주소: _____

가장 좋은 연락 방법: _____

자녀 정보

자녀(인쇄체로 성명): _____

자녀 학교 ID/OSIS #(알고 계신다면): _____ 자녀의 생년월일: _____

자녀의 Summer Rising 프로그램: _____

자녀 집주소: _____

정보 공유 안내

법에 따라 자녀에 대한 일부 정보는 뉴욕시 및 뉴욕주 일부 기관 및 다음 목록을 포함한 계약을 맺은 서비스 제공처와 공유되며 기관 간에 공유됩니다. 이 정보는 공공 보건 목적으로만 공유되며 COVID-19 노출된 경우 자녀분과 밀접 접촉한 사람에게 연락하고 커뮤니티에서 COVID-19 가 확산되는 것을 막기 위한 조치를 취하기 위한 목적을 포함합니다. 다음 기관 및 COVID-19 테스트를 실시하는 서비스 제공처에 공유될 수 있는 제 아이의 정보는 자녀의 이름, COVID-19 테스트 결과, 생년월일/나이, 성별, 인종/민족, Summer Rising 프로그램 이름(들), 교사(들), 코호트/파드, 등록 및 출결 기록, 프로그램 참여, 기타 가족 또는 보호자 이름, 주소, 전화번호, 휴대전화 번호, 이메일 주소입니다. 자녀분에 대한 정보 공유는 해당 법규 및 사생활과 자녀분의 데이터 안전을 보호하는 뉴욕시 정책에 따라서만 공유될 것입니다.

- NYC 교육청
- NYC 보건정신위생부
- NYS 보건부
- NYC 청소년 및 커뮤니티 개발부
- NYC Health and Hospitals Corporation
- COVID-19 테스트를 위해 계약을 맺은 서비스 제공처

동의

아래 서명함으로써 다음에 동의합니다:

- 본인은 이 양식에 자유 의사로 자발적으로 서명하였으며 상기 명시된 제 아이에 대한 결정을 할 법적 권한을 가지고 있습니다.
- 본인은 제 아이가 COVID-19 감염 테스트를 받도록 동의합니다.
- 본인은 2021년 9월 1일까지 제 아이가 여러 번 테스트를 받을 수 있으며 (1) 프로그램 방침이나 뉴욕주 및 뉴욕시 규정에 따라 NYC DOE 및/또는 DYCD 가 계획한 날들 또는 (2) 참여자가 COVID-19 증상 중 하나를 보이거나 (3) COVID-19 에 감염된 참여자, 교사 또는 교직원과 밀접 접촉한 경우 테스트를 받게 될 수도 있다는 것을 이해합니다.
- 본인은 제 아이의 Summer Rising 프로그램의 지정된 연락 담당자에게 서면으로 연락하여 동의를 철회하지 않는 한, 이 동의 양식이 2021년 9월 1일까지 유효하다는 것을 이해합니다.
- 본인은 동의를 철회하거나 서명을 거부하면, 제 아이가 Summer Rising 의 대면 프로그램에 참여가 허용되지 않을 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 제 아이의 테스트 결과 및 기타 정보가 법에 허용되는 범위에서 공개될 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 본인이 18 세 이상의 참가자인 경우 또는 본인의 건강 돌봄에 대한 법적 동의를 스스로 할 수 있는 경우 “제 아이”로 지칭되는 사람이 본인이며 본인에 대해 본 양식에 서명하는 것을 이해합니다.

학부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____
(아이가 18 세 이하라면)

참가자 서명: _____ 날짜: _____
(18 세 이상이거나 동의할 권한이 있는 경우)