

# СОГЛАСИЕ НА ТЕСТИРОВАНИЕ НА COVID-19

## Содержание формы

Нам требуется ваше разрешение на участие ребенка в тестировании на COVID-19. Департамент образования г. Нью-Йорка (NYC DOE), Департамент по содействию молодежи и местным сообществам (DYCD), больничная система NYC Health + Hospitals и Департамент здравоохранения г. Нью-Йорка (DOHMH) совместно с лабораториями и другими поставщиками услуг проводят тестирование на COVID-19 учащихся, учителей и сотрудников программы Summer Rising.

## Частота тестирования

Мы организуем выборочное периодическое тестирование учащихся, учителей и сотрудников всех программ Summer Rising с помощью сотрудников нашей лаборатории и партнерских организаций. В соответствии с руководящими положениями программы, в случае вашего согласия ваш ребенок может быть включен в группу тестирования. Кроме того, в течение всего срока проведения программы ребенок может также быть протестирован (1) в соответствии с городскими и штатовскими распоряжениями, (2) при демонстрации симптомов COVID-19 или (3) в случае тесного контакта с инфицированными COVID-19 лицами (учащимися, учителями или сотрудниками).

## Что представляет собой тест

**В случае вашего согласия** ребенок пройдет бесплатное диагностическое тестирование на вирус COVID-19. Сбор образца для тестирования предполагает введение ватной палочки (похожей Q-Tip) для забора мазка из передней части носовой полости и /или сбор слюны.

## Как узнать, что у ребенка положительный результат

Если образец был взят в программе Summer Rising, мы передадим вам результат теста с ребенком. Результаты тестирования на COVID-19 обычно готовы в течение 48-72 часов.

## Что делать по получении результатов тестирования

Если результат положительный, незамедлительно обращайтесь к врачу ребенка для обсуждения ваших детальнейших действий. Оставьте ребенка дома и проинформируйте координатора программы Summer Rising. Отрицательный результат означает, что вирус не был обнаружен. **Иногда** у людей с COVID-19 встречаются неверные отрицательные («ложноотрицательные») результаты. Если у ребенка отрицательный результат теста, но есть симптомы COVID-19, или если у вас есть опасения по поводу его контакта с больным COVID-19, следует позвонить врачу. За помощью в поиске врача обращайтесь по тел. (844) NYC-4NYC.

## ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ/СОВЕРШЕННОЛЕТНИМ УЧАЩИМСЯ

### ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЕ/ОПЕКУНЕ

Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами): \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон/мобильный телефон: \_\_\_\_\_

Имейл: \_\_\_\_\_

Предпочтительный способ связи: \_\_\_\_\_

### ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЕНКЕ

Имя и фамилия ребенка (печатными буквами): \_\_\_\_\_

Номер ID/OSIS учащегося (если имеется): \_\_\_\_\_ Дата рождения ребенка: \_\_\_\_\_

Программа Summer Rising: \_\_\_\_\_

Домашний адрес ребенка: \_\_\_\_\_

## УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОБМЕНЕ ИНФОРМАЦИЕЙ

Закон разрешает обмениваться некоторой информацией о ребенке определенным агентствам города Нью-Йорка и штата Нью-Йорк и их контрактным поставщикам услуг, включая перечисленных ниже. Эта информация передается только в целях общественного здравоохранения; она может включать уведомление лиц, находившихся в близком контакте с ребенком, если они подверглись воздействию COVID-19, и принятие других мер для предотвращения дальнейшего распространения COVID-19 в школьном сообществе. Передаваемая агентствам и поставщикам услуг, проводящим тестирование на COVID-19, информация о ребенке включает его имя и результаты теста на COVID-19, дату рождения/возраст, пол, расу/этническую принадлежность, название программы Summer Rising, имена учителей, поток/группу, сведения о зачислении и посещаемости, сведения об участии в программе, имена членов семьи или опекунов, адрес, телефон, номер мобильного телефона и имейл. Передача информации о ребенке осуществляется только в соответствии с действующим законодательством и политикой города, защищающими конфиденциальность учащихся и безопасность данных.

- Департамент образования г. Нью-Йорка
- Департамент здравоохранения г. Нью-Йорка
- Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк
- Департамент по содействию молодежи и местным сообществам
- NYC Health + Hospitals
- Поставщики услуг тестирования на COVID-19

## СОГЛАСИЕ

Своей подписью ниже я подтверждаю:

- Я подписал(а) эту форму по собственному желанию и выбору, и у меня есть законные полномочия принимать решения в отношении указанного выше ребенка.
- Я даю согласие на тестирование ребенка на COVID-19.
- Я понимаю, что до 1 сентября 2021 г. ребенок может быть протестирован многократно: (1) в назначенные NYC DOE и/или DYCD дни, в соответствии с городскими и штатовскими распоряжениями, (2) в случае демонстрации симптомов COVID-19 или (3) тесного контакта с инфицированными COVID-19 лицами (учащимися, учителями или сотрудниками).
- Я понимаю, что эта форма согласия действительна до 1 сентября 2021 г., если я не подам уполномоченному сотруднику программы Summer Rising письменное уведомление об отзыве согласия.
- Я понимаю, что в случае моего отзыва согласия или отказа от подписания формы ребенку не будет разрешено участие в очных занятиях программы Summer Rising.
- Я понимаю, что результаты тестирования и другая информация о ребенке могут быть раскрыты в рамках, установленных законом.
- Я понимаю, что по достижении 18-летнего возраста или при наличии другого законного права принимать решения о своем здоровье, упоминание в документе «ребенка» относится ко мне, и я могу подписать эту форму от своего имени.

Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(если ребенок младше 18 лет)

Подпись совершеннолетнего учащегося: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(если ребенок достиг 18-летнего возраста или имеет право давать согласие по иной причине)