



COVID-19 Forma de Declinación de la Vacuna

Solicitud de excepción de los empleados

Yo, _____, afirmo que me niego a proporcionar a Cordova Consulting documentación de vacunación contra el COVID-19.

Solicito la excepción del requisito de vacunación covid-19 debido a: (por favor verifique uno)

- Creencias religiosas
- Razones Médicas Certificadas:** Adjunte una declaración escrita y firmada por un médico, enfermera practicante u otro profesional médico con licencia que practique bajo la licencia de un médico que indique la calificación para la excepción médica.

Por favor, compruebe una de las siguientes opciones:

- Vivo con el consumidor o soy un miembro de la familia del consumidor. Y solo proporciono servicios a un hogar. Se aplican los siguientes requisitos.
 1. Tener un formulario firmado de aceptación de empleo como trabajador no vacunado del Consumidor o Padre/Tutor presentado a la oficina.
 2. No se requieren pruebas de COVID-19
- Soy un miembro que no es de la familia, un trabajador que no reside en el hogar o un empleado que brinda servicios a múltiples hogares. Mientras esté bajo esta excepción, entiendo que, para continuar trabajando como proveedor de cuidado de relevo en el hogar, deba cumplir con las siguientes expectativas.
 1. Tener un formulario firmado de aceptación de empleo como trabajador no vacunado del Consumidor o Padre/Tutor presentado a la oficina.
 2. Prueba de COVID-19 una vez a la semana o dentro de los 7 días anteriores a la prestación del servicio a un consumidor.
 - a. Haga que esta prueba resulte en una muestra negativa de COVID-19.
 - b. Aportar documentación de la prueba a Cordova Consulting.
 3. Usar una máscara quirúrgica o un respirador de nivel superior aprobado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) mientras trabaja con un consumidor.

Imprimir el nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha



COVID-19 Forma de Declinación de la Vacuna

Trabajador de cuidado de respiro: _____

Nombre y apellido del consumidor _____

Reconocimiento del consumidor

Yo _____ (Consumidor/Padre/Tutor), reconozco las condiciones encima las cuales se permite que mi trabajador de cuidado de respiro trabaje mientras mantenga la excepción de la vacunación contra COVID-19:

Por favor, inicie una de las siguientes opciones:

<p>_____ <i>Inicial del padre/tutor</i></p> <p>El trabajador de cuidado de relevo mencionado anteriormente es un miembro de la familia o vive con el consumidor. Este trabajador de cuidado de relevo solo brinda servicios a nuestro hogar.</p> <p>El trabajador de cuidado de relevo enumerado anteriormente no necesita proporcionar pruebas negativas de COVID-19 para proporcionar servicios al consumidor mencionado anteriormente.</p>
<p>_____ <i>Inicial del padre/tutor</i></p> <p>El trabajador de cuidado de relevo mencionado anteriormente no es un miembro de la familia o un empleado de vivienda del consumidor mencionado anteriormente. O el miembro de la familia o el empleado que vive en el hogar brinda servicios a más de un hogar. El trabajador de cuidado de relevo mencionado anteriormente debe cumplir con las siguientes expectativas.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tener una forma firmada de aceptación de empleo como trabajador no vacunado del Consumidor o Padre/Tutor.2. Prueba de COVID-19 una vez a la semana o dentro de los 7 días anteriores a la prestación del servicio a un consumidor.<ol style="list-style-type: none">a. Haga que esta prueba resulte en una muestra negativa de COVID-19.b. Aportar documentación de la prueba a Cordova Consulting.3. Use una máscara quirúrgica o un respirador de nivel superior aprobado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) mientras trabaja con un consumidor.

Círculo Uno:

Consumidor Padre Tutor

Imprimir el nombre de la parte responsable

Firma de la Parte Responsable

Fecha