

### NYC DOE ZGODA NA TESTOWANIE NA OBECNOSC WIRUSA COVID-19

#### Do czego sluzy ten formularz?

Prosimy o Twoją zgodę na przebadanie Twojego dziecka pod kątem zakażenia COVID-19. New York City Department of Education (NYC DOE), współpracując z NYC Health + Hospitals i New York City Department of Health and Mental Hygiene, współpracuje z laboratoriami i innymi dostawcami, aby przetestować NYC DOE studentów, nauczycieli i pracowników pod kątem COVID -19 infekcji.

#### Jak czesto moje dziecko ma byc testowane?

Organizujemy, aby nasi partnerzy testowi z laboratorium i dostawcy przychodzili do każdej szkoły raz w miesiącu, aby przetestować niektórych uczniów i pracowników. Jeśli wyrazisz zgodę, Twoje dziecko może zostać wybrane do badań w jednej lub kilku z tych okazji. Ponadto Twoje dziecko może być również badane przez cały rok szkolny, jeśli wykazuje jeden lub więcej objawów COVID-19 lub jest bliski kontakt ucznia, nauczyciela lub pracownika z zakażeniem COVID-19.

#### Na czym polega test?

**Jeśli wyrazisz zgodę**, Twoje dziecko otrzyma bezpłatny test diagnostyczny na obecność wirusa COVID-19. Załączony list zawiera więcej informacji na temat typów testów, które można zastosować. Pobranie próbki do badań polega na włożeniu małego wacika, podobnego do końcówki Q, do przedniej części nosa i / lub zebraniu śliny (śliny).

#### Jak sie dowiem , że moje dziecko uzyska wynik pozytywny?

Jeśli Twoje dziecko ma próbkę pobraną do badań w szkole, prześlemy Ci informację do domu, aby Cię o tym poinformować. Wyniki testu COVID-19 są zwykle dostarczane w ciągu 48-72 godzin.

#### Co mam zrobić, gdy otrzymam wyniki testu mojego dziecka?

Jeśli wyniki testu Twojego dziecka są pozytywne, należy natychmiast skontaktować się z lekarzem dziecka, aby zapoznać się z wynikami testu i omówić dalsze postępowanie. Powinieneś zatrzymać dziecko w domu i poinformować o tym szkołę dziecka. Jeśli wyniki testu Twojego dziecka są negatywne, oznacza to, że wirus nie został wykryty w próbce Twojego dziecka. Testy czasami dają nieprawidłowe wyniki negatywne (zwane „fałszywie negatywnymi”) u osób z COVID-19. Jeśli Twoje dziecko uzyska wynik negatywny, ale ma objawy COVID-19 lub jeśli masz obawy dotyczące narażenia dziecka na COVID-19, zadzwoń do lekarza dziecka. Jeśli potrzebujesz pomocy w znalezieniu lekarza, zadzwoń pod numer (844) NYC-4NYC.

### Wypełnia rodzic, opiekun lub dorosły uczeń

#### Dane rodzica/opiekuna

Imie/nazwisko Drukowane:			
Adres rodzica/opiekuna			
Telefon opiekuna/rodzica :			
Email rodzica/opiekuna :			
Najlepsza forma kontaktu			

#### Dane ucznia

Imie/nazwisko Drukowane:			
Numer School ID/OSIS #:		Data urodzenia Ucznia:	

Nazwa szkoły ucznia	
Adres ucznia	

### POWIADOMIENIE O UDOSTĘPNIANIU INFORMACJI

Prawo zezwala na udostępnianie niektórych informacji o Twoim dziecku niektórym agencjom Nowego Jorku i stanu Nowy Jork oraz ich usługodawcom, w tym wymienionym poniżej. Informacje te będą udostępniane wyłącznie do celów związanych ze zdrowiem publicznym, co może obejmować powiadamianie o bliskich kontaktach z dzieckiem, jeśli było narażone na COVID-19, oraz podejmowanie innych kroków, aby zapobiec dalszemu rozprzestrzenianiu się COVID-19 w społeczności szkolnej. Informacje o Twoim dziecku, które mogą być udostępniane tym agencjom i usługodawcom przeprowadzającym testy na COVID-19, obejmują imię i nazwisko Twojego dziecka oraz wyniki testu na COVID-19, datę urodzenia / wiek, płeć, rasę / pochodzenie etniczne, nazwę szkoły, nauczyciela(s), klasa / kohorta / kapsuła, historia zapisów i frekwencji oraz uczestnictwo w zajęciach pozaszkolnych lub innych programach, nazwiska innych członków rodziny lub opiekunów, adres, telefon, numer telefonu komórkowego i adres e-mail. Udostępnianie informacji o Twoim dziecku będzie odbywać się wyłącznie zgodnie z obowiązującymi prawami i zasadami miasta chroniącymi prywatność uczniów i bezpieczeństwo danych Twojego dziecka.

Departament Edukacji Nowy Jork	NYC Department of Youth and Community Development
NYC Department of Health and Mental Hygiene	NYC Health and Hospitals Corporation
NYS Department of Health	Contracted Service Providers for COVID-19 Testing

### CONSENT

Podpisując się poniżej, zaświadczam, że:

Podpisałem niniejszy formularz dobrowolnie i dobrowolnie oraz jestem prawnie upoważniony do podejmowania decyzji dotyczących wyżej wymienionego dziecka. Wyrażam zgodę na przebadanie mojego dziecka w kierunku zakażenia COVID-19.

Rozumiem, że moje dziecko może być badane wielokrotnie do 30 września 2021 r. i że badanie może odbywać się w dni zaplanowane przez NYC DOE, jeśli moje dziecko wykazuje jeden lub więcej objawów COVID-19 lub jest w bliskim kontakcie z osobą zakażoną COVID-19.

Rozumiem, że niniejszy formularz zgody będzie ważny do 30 września 2021 r., chyba że powiadomię na piśmie wyznaczoną osobę kontaktową ze szkoły mojego dziecka, że cofnę zgodę.

Rozumiem, że jeśli cofnę moją zgodę lub odmówię podpisu, moje dziecko może być zobowiązane do kontynuowania nauki poprzez naukę zdalną.

Rozumiem, że wyniki testów mojego dziecka i inne informacje mogą zostać ujawnione zgodnie z prawem.

Rozumiem, że jeśli jestem uczniem w wieku 18 lat lub starszym lub mogę w inny sposób prawnie wyrazić zgodę na własną opiekę zdrowotną, odniesienia do „mojego dziecka” odnoszą się do mnie i mogę podpisać ten formularz we własnym imieniu.

Podpis rodzica/opiekuna* (jeśli uczeń jest nieletni)		Data
Podpis ucznia (jeśli ma 18 lat lub więcej, albo ma upoważnienie)		Data