सार्वजनिक प्रणाली फारम



**SY22 COVID19 परीक्षण कार्यक्रम सहमति फारम**

1. **परिचय**
2. **सहमति सम्झौता**
3. **व्यक्तिगत जानकारी**
4. **स्कुल छनोट**

COVID-19 परीक्षण गर्नुको हाम्रो लक्ष्य विद्यार्थी, तिनका परिवार र स्कुलहरूमा व्यापक क्वारेन्टिनको प्रभाव कम गर्दै विद्यार्थी र कर्मचारीहरू स्कुलमै उपस्थित भएर सुरक्षित रूपमा पठनपाठन गर्न गराउन सकून् भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्नु हो ।

यस फारममा तपाईंको विद्यार्थीको परीक्षण गराउन सहमतिका लागि अनुरोध, परीक्षणसम्बन्धी जानकारी कसरी आदानप्रदान गर्न सकिने छ भन्नेबारे विस्तृत विवरण र हाम्रो स्कुलले गराइरहेका परीक्षणका प्रकारहरूको विवरण समावेश गरिएको छ । हरेक परीक्षणको प्रयोजन फरक भएकाले हामी एकै पटकमा एकभन्दा बढी प्रकारका परीक्षण गर्न सक्छौँ ।   तपाईं यस सम्बन्धमा थप जानकारी प्राप्त गर्न चाहनुहुन्छ भने कृपया हाम्रो विद्यालयले गराउन सक्ने [सम्भावित परीक्षण विधिहरूका सम्बन्धमा यो उपयोगी मार्गदर्शन](https://education.vermont.gov/documents/COVID-19-response-testing-at-a-glance-flowchart)  (लिङ्क क्लिक गरेपछि अङ्ग्रेजी भाषाको पेज खुल्छ) पढ्नुहोस् ।

**सबै परीक्षण स्वैच्छिक हुन्छन् र सहमति आवश्यक पर्ने छ ।**

**यो सहमति फारम स्कुलमा कसैको परीक्षणको नतिजा पोजिटिभ रिपोर्ट आएका खण्डमा विशेष गरी PCR, LAMP वा एन्टिजन परीक्षण प्रयोग गरेर परीक्षण गराउनका लागि मात्र हो । साप्ताहिक निगरानी परीक्षणमा भाग लिन चाहने कर्मचारी वा विद्यार्थीहरूका परिवारल**[**छुट्टै सहमति फारम**](https://www.cic-health.com/consent/vt) **(लिङ्क क्लिक गरेपछि अङ्ग्रेजी भाषाको पेज खुल्छ) भर्नु पर्ने हुन्छ ।**

अर्को



## SY22 COVID19 परीक्षण कार्यक्रम सहमति फारम

1. **परिचय**
2. **सहमति सम्झौता**
3. **व्यक्तिगत जानकारी**
4. **स्कुल छनोट**

**म यो फारम निम्न विद्यार्थीका लागि / निम्न व्यक्तिको रूपमा भरिरहेको छु: अनिवार्य**



### सहमति सम्झौता

#### जानकारी आदानप्रदानको सूचना

तपाईंको नाबालिग बच्चाको बारेमा जानकारी र उनको परीक्षणका नतिजाहरू परीक्षण कार्यक्रममा टेवा पुर्‍याउनका लागि भर्मोन्टमा रहेका केही एजेन्सी, ठेकेदार र प्रदायकहरूलाई र उनीहरूको बिचमा आदानप्रदान गरिने छ । यो जानकारी जनस्वास्थ्यका प्रयोजनहरू (जस्तै, तपाईंको नाबालिग बच्चा COVID-19 सङ्क्रमित व्यक्तिसँग सम्पर्कमा आएका छन् भने तपाईंको बच्चासँग नजिकको सम्पर्कमा आएका मानिसहरूलाई सूचित गर्ने र तपाईंको समुदायमा COVID-19 थप फैलन नदिन अन्य कदम चाल्ने) का लागि मात्र आदानप्रदान गरिने छ ।

तपाईंको बच्चाको बारेमा जानकारी परीक्षण कार्यक्रममा टेवा पुर्‍याउनका लागि भर्मोन्टमा रहेका एजेन्सी, ठेकेदार र COVID-19 परीक्षण गर्ने सेवा प्रदायकहरूलाई आदानप्रदान गर्न सकिने छ । यो जानकारीअन्तर्गत्र तपाईंको बच्चाको नाम र COVID-19 परीक्षणको नतिजा, जन्म मिति/उमेर, लिङ्ग, जाति/जातीयता, स्कुल/शिविरको नाम, शिक्षक (हरू) र परामर्शदाताहरू, कक्षाकोठा/समूह/पड नामाङ्कन र उपस्थिति विवरण र स्कुल-इत्तरका अतिरिक्त क्रियाकलाप वा अन्य कार्यक्रममा सहभागिता, परिवारका अन्य सदस्यहरू वा अभिभावकहरूको नाम, ठेगाना, टेलिफोन नम्बर र इमेल ठेगाना पर्न सक्ने छन् ।

भर्मोन्ट स्वास्थ्य विभागले स्कुलहरूबाट COVID-19 बिरामीका बारेमा प्राप्त डाटा सार्वजनिक रूपमा रिपोर्ट गर्ने छ । तपाईंको बच्चाको जानकारी विद्यार्थी र क्याम्परको गोपनीयता तथा तपाईंको बच्चाको डाटाको सुरक्षा गर्ने प्रचलित कानुन र हाम्रो संगठनका नीतिहरूबमोजिम आदानप्रदान गरिने छ ।

* मैले तल हस्ताक्षर गरेँ भने म [मेरो बच्चाका / आफ्ना] लागि निम्न  [COVID-19 परीक्षण प्रकार](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-types-flowchart)  मा सहभागी गराउन सहमत छु भन्ने अर्थ लाग्छ (लिङ्क क्लिक गरेपछि अङ्ग्रेजी भाषाको पेज खुल्छ):

        o   स्कुलभित्र PCR परीक्षण

        o   घरमा PCR परीक्षण

        o   टेस्ट टु स्टे (भौतिक उपस्थितिमा सिकाइका लागि परीक्षण) एन्टिजेन परीक्षण

* यदि मेरो बच्चा सङ्क्रमित व्यक्तिसँग नजिकको सम्पर्कमा आएका छन् वा उनमा लक्षण देखिएको छ भने उनलाई COVID-19 को परीक्षणमा सहभागी हुन अनुरोध गरिने छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु
* परीक्षणको प्रकार (माथि दिइएका विकल्पहरू) फरक पर्न सक्छ र परिस्थितिमा भर पर्न सक्छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु ( [COVID-19 परीक्षणसम्बन्धी संक्षिप्त जानकारी](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-at-a-glance-flowchart) - लिङ्क क्लिक गरेपछि अङ्ग्रेजी भाषाको पेज खुल्छ)।
* म बिरामीको आमाबाबु वा कानुनी अभिभावक हुँ वा म आफैँ बिरामी हुँ र मेरो उमेर कम्तीमा 18 वर्षको छ भनी प्रमाणित गर्दछु ।
* मलाई माथि उल्लिखित परीक्षणको प्रकारको बारेमा प्रश्न सोध्ने अवसर दिइएको थियो ।
* स्कुलले गराउने COVID-19 को परीक्षण स्वैच्छिक हो र म कुनै पनि बेला (मेरो बच्चालाई) भाग लिन अस्वीकार गर्न सक्छु भन्ने कुरा मैले बुझेको छु ।
* यदि मैले (मेरो बच्चालाई) COVID-19 को परीक्षणमा भाग लिनबाट अस्वीकार गरेँ भने मेरो बच्चा / मलाई क्वारेन्टाइनमा बस्न लगाउन सकिने छ भन्ने कुरा मैले बुझेको छु ।

म माथि दिइएका कथनहरू पढेको छु, ती कथनमा सहमत छु र सहमति जनाउँछु । अनिवार्य,

हो

मैले माथि दिइएका कथनहरू पढेको छु, ती कथनहरूमा सहमत छु र सहमति जनाउँछु । अनिवार्य छ ।

यदि तपाईं सहमत हुनुहुन्न भने कृपया यो फारम भर्न छाड्नुहोस् ।

पछाडि अर्को

2 / 4



## SY22 COVID19 परीक्षण कार्यक्रम सहमति फारम

1. **परिचय**
2. **सहमति सम्झौता**
3. **व्यक्तिगत जानकारी**
4. **स्कुल छनोट**

व्यक्तिगत तथा जनसांख्यिक जानकारी आमाबाबु वा अभिभावक अनिवार्य





परीक्षणमा सहभागी व्यक्तिको नाम अनिवार्य





ठेगाना अनिवार्य











**फोन अनिवार्य**



**इमेल**



परीक्षणमा सहभागी व्यक्तिको जन्मजात लिङ्ग अनिवार्य

महिला

पुरुष

अन्य

परीक्षणमा सहभागी व्यक्तिको जाति/जनसांख्यिक

अमेरिकी आदिवासी वा अलास्का आदिवासी

एसियाली

अश्वेत वा अफ्रिकी अमेरिकी

हवाईको मूलवास वा अन्य प्रशान्त द्विपवासी

श्वेत

थाहा छैन

उत्तर दिन अस्वीकार गर्छु

कृपया तपाईं आफूलाई पहिचान गर्ने जाति/जनसांख्यिक छनोट गर्नुहोस् ।

के परीक्षणमा सहभागी व्यक्ति स्वास्थ्य सेवा क्षेत्रमा कार्यरत छन् ? अनिवार्य

अँ

अहँ

के परीक्षणमा सहभागी व्यक्ति संयुक्त आवासमा बस्छन् (जस्तै दीर्घकालीन स्याहार केन्द्र, सुधारगृह वा आश्रय केन्द्र)? अनिवार्य – पूर्वनिर्धारित प्रतिक्रिया "अहँ“ भनी सेट गरिएको छ:

अँ

अहँ

पछाडि अर्को

3 / 4



## SY22 COVID19 परीक्षण कार्यक्रम सहमति फारम

1. **परिचय**
2. **सहमति सम्झौता**
3. **व्यक्तिगत जानकारी**
4. **स्कुल छनोट**

### स्कुलसम्बन्धी जानकारी

**सुपरभाइजरी युनियन अनिवार्य**



**स्कुल अनिवार्य**



पछाडि पेस गर्नुहोस्

4 / 4

PUBLIC SYSTEM FORM



**SY22 COVID19 Testing Program Consent Form**

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

Our goal for COVID-19 testing is to ensure that students and staff can safely participate in in-person learning while reducing the impacts of widespread quarantine on students, their families and schools.

This form includes a request for consent to have your student tested, details about how test information may be shared, and a description of the testing types that our school is offering. We may be using more than one testing type at any given time because each has a different purpose.   For more information, please review this [helpful guide on the potential testing tools](https://education.vermont.gov/documents/COVID-19-response-testing-at-a-glance-flowchart) (link in English) that our school may offer.

**All testing is voluntary and will require consent.**

**This consent form is ONLY for testing in response to a positive case at school, specifically using PCR, LAMP or antigen tests. Staff or families with students interested in participating in weekly surveillance testing will need to complete a**[**separate consent form**](https://www.cic-health.com/consent/vt) **(link in English).**

Next



## SY22 COVID19 Testing Program Consent Form

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

**I am completing this form for/as a: required**



### Consent Agreement

#### NOTIFICATION OF INFORMATION SHARING

The information about your minor and his or her test results will be shared with and among certain Vermont agencies, contractors and providers to support the testing program. This information will be shared only for public health purposes, which may include notifying close contacts of your minor if they have been exposed to COVID-19, and taking other steps to prevent the further spread of COVID-19 in your community.

Information about your minor may be shared with the Vermont agencies, contractors and service providers conducting COVID-19 Testing, and includes your minor's name and COVID-19 test results, date of birth/age, sex, race/ethnicity, school/camp names, teacher(s) and counselors, classroom/cohort/pod enrollment and attendance history, and after school or other program participation, names of other family members or guardians, address, telephone number, and email address.

The Vermont Department of Health will report publicly data they receive about COVID-19 cases in schools. Your minor’s information will only be shared in accordance with applicable law and our organization's policies protecting student and camper privacy and the security of your minor's data.

* By signing below, I am consenting [for my child / myself] to participate in the following [COVID-19 Testing Types](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-types-flowchart) (link is in English):

        o   In school PCR testing

        o   Take home PCR testing

        o   Test to Stay Antigen testing

* I understand that if my child is a close contact or symptomatic, they will be asked to participate in COVID-19 response testing
* I understand that the type of testing (the options above) may vary and is dependent on the situation ([COVID-19 Testing At A Glance](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-at-a-glance-flowchart) – link is in English).
* I certify that I am the parent or legal guardian of the patient, or I am patient and at least 18 years of age.
* I have been given the opportunity to ask questions about the test types outlined above.
* I understand that school COVID-19 response testing is voluntary, and that I may decline to (have my child) participate at any time.
* I understand that if I decline to (have my child) participate in COVID-19 response testing, my child / I may be asked quarantine.

I have read, agree and consent to the above statements. required,

Yes

I have read, agree and consent to the above statments. is required.

Please do not continue filling out this form if you do not agree.

BackNext

2 / 4



## SY22 COVID19 Testing Program Consent Form

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

Personal and Demographic InformationParent or Guardian required





Testing Participant Name required





Address required











**Phone required**



**Email**



Testing Participant Biological Sex required

Female

Male

Other

Testing Participant Race/Demographics

American Indian or Alaskan Native

Asian

Black or African American

Native Hawaiian or other Pacific Islander

White

Unknown

Refused to answer

Please select the race/demographic that you identify with.

Is the testing participant employed in the healthcare industry? required

Yes

No

Does the testing participant live in congregate housing (e.g. long-term care facility, correctional facility or shelter)? Required – default response set to “No”

Yes

No

BackNext

3 / 4



## SY22 COVID19 Testing Program Consent Form

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

### School Information

**Supervisory Union required**



**School required**



BackSubmit

4 / 4