လွတ်လပ်သော ကျောင်းများ ဖောင်



**SY22 COVID19 စစ်ဆေးရေး ပရိုဂရမ် လွတ်လပ်သော ကျောင်း ခွင့်ပြုချက်ဖောင်**

1. **မိတ်ဆက်**
2. **ခွင့်ပြုရန် သဘောတူညီချက်**
3. **ကိုယ်ရေးအချက်အလက်**
4. **ကျောင်းရွေးချယ်မှု**

ကျွန်ုပ်တို့၏ COVID-19 စစ်ဆေးရသည့် ရည်ရွယ်ချက်မှာ ကျောင်းသားများ၊ သူတို့၏ မိသားစုများနှင့် ကျောင်းများတွင် နေရာအနှံ့အပြား ကွာရန်တင်းဝင်ရခြင်း၏ သက်ရောက်မှုများကို လျှော့ချရင်း လူကိုယ်တိုင် သင်ယူလေ့လာခြင်းတွင် ကျောင်းသားများနှင့် ဝန်ထမ်းများက ဘေးကင်းစွာဖြင့် သေချာ ပါဝင်ဆောင်ရွက်နိုင်စေရန် ဖြစ်ပါသည်။  

ဤဖောင်တွင် သင့်ကျောင်းသားကို စစ်ဆေးမှုပြုလုပ်ရန် ခွင့်ပြုချက်အတွက် တောင်းဆိုမှု၊ စမ်းသပ်မှု အချက်အလက်များအား မျှဝေမည့်နည်းလမ်းဆိုင်ရာ အသေးစိတ်များနှင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ ကျောင်းမှ ကမ်းလှမ်းထားသည့် စစ်ဆေးမှု အမျိုးအစားများ၏ ဖော်ပြချက်တို့ ပါဝင်ပါသည်။ စစ်ဆေးမှုတစ်ခုစီတိုင်းတွင် ကွဲပြားသော ရည်ရွယ်ချက်ရှိသောကြောင့် မည်သည့်အချိန်တွင်မဆို စစ်ဆေးမှု အမျိုးအစား တစ်ခုထက်ပို၍ ကျွန်ုပ်တို့အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။  နောက်ထပ် အချက်အလက်အတွက်၊ ကျွန်ုပ်တို့၏ ကျောင်းက ကမ်းလှမ်းသည့် ဤ[အလားအလာရှိသော စစ်ဆေးရေး ကိရိယာများဆိုင်ရာ အသုံးဝင် သောလမ်းညွှန်ချက်](https://education.vermont.gov/documents/COVID-19-response-testing-at-a-glance-flowchart) (အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် လင့်ခ်) ကို ဖတ်ရှုပေးပါ။ 

**စစ်ဆေးမှုအားလုံးမှာ ဆန္ဒအလျောက်ဖြစ်ပြီး ခွင့်ပြုချက် လိုအပ်ပါမည်။**

**ဤခွင့်ပြုချက်ဖောင်သည် အထူးသဖြင့် PCR၊ LAMP သို့မဟုတ် အန်တီဂျင် စစ်ဆေးမှုများကို အသုံးပြု၍ ကျောင်းတွင်း စစ်ဆေးမှု ပိုးတွေ့ဖြစ်ရပ်များကို တုံ့ပြန်မှုအဖြစ် စစ်ဆေးခြင်းအတွက်သာ ဖြစ်ပါသည်။ အပတ်စဉ် စောင့်ကြည့်ရေး စစ်ဆေးမှုတွင် ပါဝင်ရန် စိတ်ပါဝင်စားသော ဝန်ထမ်း သို့မဟုတ် ကျောင်းသာများနှင့်အတူ မိသားစုများက**[**သီးခြား ခွင့်ပြုချက်ဖောင်**](https://www.cic-health.com/consent/vt) **(အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် လင့်ခ်) ကို ဖြည့်စွက်ရမည်ဖြစ်သည်။**

ရှေ့သို့ 1 / 4



## SY22 COVID19 စစ်ဆေးရေး ပရိုဂရမ် လွတ်လပ်သော ကျောင်း ခွင့်ပြုချက်ဖောင်

1. **မိတ်ဆက်**
2. **ခွင့်ပြုရန် သဘောတူညီချက်**
3. **ကိုယ်ရေးအချက်အလက်**
4. **ကျောင်းရွေးချယ်မှု**

**အောက်ပါ လိုအပ်သောအရာများအတွက် ဤဖောင်ကို ကျွန်ုပ် ဖြည့်စွက်နေပါသည်-**



### ခွင့်ပြုရန် သဘောတူညီချက်

#### သတင်းအချက်အလက် မျှဝေခြင်း အသိပေးချက်

စစ်ဆေးရေး ပရိုဂရမ်အား ထောက်ပံ့ရန်အလို့ငှာ သင်၏ အသက်မပြည့်သေးသော ကလေးနှင့် သူ သို့မဟုတ် သူမ၏ စစ်ဆေးမှု ရလဒ်များဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို Vermont (ဗားမောင့်) အေဂျင်စီများ၊ ကန်ထရိုက်တာများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူအချို့ထံ မျှဝေပေးသွားပါမည်။ အချက်အလက်များကို အများပြည်သူ ကျန်းမာရေး ရည်ရွယ်ချက်များအတွက်သာ မျှဝေသွားမည်ဖြစ်ပြီး ၎င်းတို့တွင် သင်သည် COVID-19 နှင့် ထိတွေ့ထားပြီးဖြစ်ပါက သင်၏ အသက်မပြည့်သေးသော ကလေး၏ အနီးကပ်ထိတွေ့သူများထံ အကြောင်းကြားခြင်းနှင့် သင့်လူမှုအသိုက်အဝိုင်းတွင် COVID-19 ၏ နောက်ထပ် ကူးစက်ပျံ့နှံ့မှုကို ကြိုတင်ကာကွယ်ရန် အခြားအဆင့်များ လုပ်ဆောင်ခြင်းတို့ ပါဝင်နိုင်ပါသည်။

သင်၏ အသက်မပြည့်သေးသော ကလေးနှင့် ပတ်သက်သော အချက်အလက်များကို Vermont (ဗားမောင့်) အေဂျင်စီများ၊ ကန်ထရိုက်တာများနှင့် COVID-19 စစ်ဆေးမှု ပြုလုပ်ပေးနေသည့် ဝန်ဆောင်မှုပေးသူများထံ မျှဝေပေးသွားမည်ဖြစ်ပြီး ယင်းတွင် သင်၏ အသက်မပြည့်သေးသော ကလေး၏ အမည်နှင့် COVID-19 စစ်ဆေးမှု ရလဒ်များ၊ မွေးနေ့/အသက်၊ လိင်၊ လူမျိုးစု/တိုင်းရင်းသား၊ ကျောင်း/စခန်းအမည်များ၊ ဆရာ(များ) နှင့် အကြံပေးများ၊ စာသင်ခန်း/ကူညီပေးသူ/ပေါ့ဒ်စာရင်းသွင်းမှုနှင့် တက်ရောက်မှု မှတ်တမ်းအပြင် ကျောင်းပြီးနောက်ပိုင်း သို့မဟုတ် အခြား ပရိုဂရမ် ပါဝင်ဆောင်ရွက်မှု၊ အခြားမိသားစုဝင်များ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူများ၏ အမည်များ၊ လိပ်စာ၊ တယ်လီဖုန်းနံပါတ်နှင့် အီးမေးလ်လိပ်စာတို့ ပါဝင်ပါသည်။

Vermont (ဗားမောင့်) ကျန်းမာရေးဌာနသည် ကျောင်းများတွင် COVID-19 ပိုးတွေ့လူနာများနှင့် ပတ်သက်၍ သူတို့ လက်ခံရရှိသည့် ဒေတာများကို လူသိရှင်ကြား သတင်းပေးပို့သွားပါမည်။ သင်၏ အသက်မပြည့်သေးသော ကလေး၏ အချက်အလက်များကို ကျောင်းသားနှင့် စခန်းချသူ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုအပြင် သင်၏ အသက်မပြည့်သေးသော ကလေး၏ ဒေတာဆိုင်ရာ လုံခြုံရေးကို ကာကွယ်ပေးနေသည့် သက်ဆိုင်ရာ ဥပဒေနှင့် ကျွန်ုပ်တို့ အဖွဲ့အစည်း၏ မူဝါဒများနှင့်အညီသာ မျှဝေသွားပါမည်။

* အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့်၊ အောက်ပါ [COVID-19 စစ်ဆေးမှု အမျိုးအစားများ](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-types-flowchart)တွင် ပါဝင်ဆောင်ရွက်ရန် [ကျွန်ုပ်၏ကလေး / ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင်] ကို ကျွန်ုပ် ခွင့်ပြုပါသည်-

        o   ကျောင်းတွင်း PCR စစ်ဆေးခြင်း

        o   အိမ်သို့ယူဆောင်ရသော PCR စစ်ဆေးခြင်း

        o   အန်တီဂျင် ရှိနေကြောင်း စစ်ဆေးခြင်း

* ကျွန်ုပ်၏ ကလေးသည် အနီးကပ်ထိတွေ့သူ သို့မဟုတ် ရောဂါလက္ခဏာပြနေသူ ဖြစ်ပါက ကလေးအား COVID-19 တုံ့ပြန်ရေး စစ်ဆေးခြင်းတွင် ပါဝင်ခိုင်းမည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။
* စစ်ဆေးမှု အမျိုးအစား (အထက်ပါ ရွေးချယ်စရာများ) သည် ကွဲပြားနိုင်ပြီး အခြေအနေ ([COVID-19 ချက်ချင်းလက်ငင်း စစ်ဆေးခြင်း](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-at-a-glance-flowchart)) ပေါ်မူတည်နိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။
* ကျွန်ုပ်သည် လူနာ သို့မဟုတ် လူနာ၏ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူဖြစ်သည် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်က လူနာဖြစ်ပြီး အနည်းဆုံး အသက် 18 နှစ် ပြည့်ပြီး ဖြစ်ကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။
* ကျွန်ုပ်အား အထက်တွင် ဖော်ပြထားသော စစ်ဆေးမှု အမျိုးအစားများနှင့် ပတ်သက်၍ မေးခွန်းများ မေးမြန်းရန် အခွင့်အလမ်း ပေးထားပါသည်။
* ကျောင်း COVID-19 တုံ့ပြန်ဖြေရှင်းရေး စစ်ဆေးခြင်းသည် ဆန္ဒအလျောက်ဖြစ်ပြီး ကျွန်ုပ်က အချိန်မရွေး ပါဝင်ရန် (ကျွန်ုပ်ကလေးအား ပါဝင်ခိုင်းရန်) ငြင်းဆိုနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။
* COVID-19 တုံ့ပြန်ဖြေရှင်းရေး စစ်ဆေးခြင်းတွင် ပါဝင်ရန် (ကျွန်ုပ်ကလေးအား ပါဝင်ခိုင်းရန်) ငြင်းဆိုပါက ကျွန်ုပ်၏ကလေး/ကျွန်ုပ်အား ကွာရန်တင်းဝင်ခိုင်းနိုင်သည်ကို ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။

အထက်ပါ ပြောဆိုချက်များကို ကျွန်ုပ် ဖတ်ရှု၊ သဘောတူပြီး ခွင့်ပြုပါသည်။ လိုအပ်သည်

ဟုတ်ပါသည်

သင်သဘောမတူပါက ဤဖောင်ကို ဆက်လက်၍ မဖြည့်ပါနှင့်။

နောက်သို့ ရှေ့သို့

2 / 4



## SY22 COVID19 စစ်ဆေးရေး ပရိုဂရမ် လွတ်လပ်သော ကျောင်း ခွင့်ပြုချက်ဖောင်

1. **မိတ်ဆက်**
2. **ခွင့်ပြုရန် သဘောတူညီချက်**
3. **ကိုယ်ရေးအချက်အလက်**
4. **ကျောင်းရွေးချယ်မှု**

### ကိုယ်ရေးကိုယ်တာနှင့် အိမ်ထောင်စုစာရင်း အချက်အလက်

မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူ လိုအပ်သည်





စစ်ဆေးခြင်း ပူးပေါင်းပါဝင်သူ အမည် လိုအပ်သည်





လိပ်စာ လိုအပ်သည်











**ဖုန်း လိုအပ်သည်**



**အီးမေးလ်**



စစ်ဆေးခြင်းတွင် ပါဝင်သူ မွေးရာပါလိင် လိုအပ်သည်

အမျိုးသမီး

အမျိုးသား

အခြား

စစ်ဆေးခြင်းတွင် ပါဝင်သူ လူမျိုး/အိမ်ထောင်စု

အမေရိကန်အင်ဒီးယန်း သို့မဟုတ် အလက်စကာဇာတိ

အာရှတိုက်သား

ဟာဝိုင်အီ ဇာတိ သို့မဟုတ် ပစိဖိတ် ကျွန်းသား

လူဖြူ

မသိပါ

မဖြေလိုပါ

စစ်ဆေးခြင်းတွင် ပါဝင်သူသည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းနယ်ပယ်တွင် ပါဝင်နေပါသလား။ လိုအပ်သည်

ဟုတ်ပါသည်

မဟုတ်ပါ

စစ်ဆေးခြင်းတွင် ပါဝင်သူသည် စုပေါင်း အိမ်ရာ (ဥပမာ၊ ကာလရှည် စောင့်ရှောက်ရေး အဆောက်အအုံ၊ ပြုပြင်ထိန်းသိမ်းရေး အဆောက်အအုံ သို့မဟုတ် ခိုလှုံရာ) တွင် နေထိုင်ပါသလား။ လိုအပ်သည် – ပုံသေ တုံ့ပြန်ဖြေဆိုမှုကို “မဟုတ်ဟု သတ်မှတ်ထားသည်-

ဟုတ်ပါသည်

မဟုတ်ပါ

နောက်သို့ ရှေ့သို့

3 / 4



## SY22 COVID19 စစ်ဆေးရေး ပရိုဂရမ် လွတ်လပ်သော ကျောင်း ခွင့်ပြုချက်ဖောင်

1. **မိတ်ဆက်**
2. **ခွင့်ပြုရန် သဘောတူညီချက်**
3. **ကိုယ်ရေးအချက်အလက်**
4. **ကျောင်းရွေးချယ်မှု**

### ကျောင်းအချက်အလက်

**လွတ်လပ်သော ကျောင်းများ လိုအပ်သည်**



နောက်သို့ တင်ပြမည်

4 / 4

INDEPENDENT SCHOOLS FORM



**SY22 COVID19 Testing Program Independent School 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

1 / 4



## SY22 COVID19 Testing Program Independent School 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):

        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)).
* 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

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

BackNext

2 / 4



## SY22 COVID19 Testing Program Independent School Consent Form

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

### Personal and Demographic Information

.

Parent 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

Native Hawaiian or other Pacific Islander

White

Unknown

Refused to answer

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 Independent School Consent Form

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

### School Information

**Independent School required**



BackSubmit

4 / 4