Certificate of Exemption—Personal/Religious

ለትምህርት ቤት፣ ለልጆች እንክብካቤ እና ለቅድመ ት/ቤት የክትባት መስፈርቶች

የልጁ የመጨረሻ ስም፡-	የመጀመሪያ ስም፡-	የአባት ስም የመጀመሪያ ፊደል፡-	የልደት ቀን (ወር/ቀን/ዓ.ም)፡-

ማስታወቂያ፡- አንድ ወላጅ ወይም አሳዳጊ ይህንን የተሟላ ቅጽ ለልጁ ትምህርት ቤት እና/ወይም ለልጆች ተንከባካቢ በማቅረብ ከዚህ በታች ከተዘረዘሩት ክትባቶች ነፃ ማድረግ ይችላሉ። ከክትባት ነፃ የሆነ ሰው ክትባቱ ለሚሰጠው በሽታ ወይም በሽታዎች ተጋላጭ ነው ተብሎ ይታሰባል፡፡ ነፃ የሆነ ህፃን/ተማሪ ሙሉ በሙሉ ክትባቱን ላልተከተበለት በሽታ ወረርሽኝ ወቅት ከትምህርት ቤት ወይም ከልጆች እንክብካቤ ተቋማት እና ተግባራት ሊገለል ይችላል፡፡ በክትባት ሊከለከሉ የሚችሉ በሽታዎች አሁንም አሉ፣ እናም በትምህርት ቤት እና በልጆች እንክብካቤ መስጫ አካባቢዎች በፍጥነት መሰራጨት ይችላሉ። ክትባት ሰዎች ለከባድ በሽታ፣ ለአካል ጉዳተኝነት ወይም ለሞት ሊዳረጉ በሚችሉ በሽታዎች እንዳይያዙ እና እንዳያዛምቱ ለመከላከል ከምርጦቹ መንገዶች አንዱ ነው፡፡

የግል/የፍልስፍና ወይም የሃይማኖት ነፃነት

ልጄን በትምህርት ቤት ወይም በልጆች እንክብካቤ ለመከታተል ከሚያስፈልገው የሚከተሉት በሽታ(ዎች) ክትባት መስፈርት ነፃ እያወጣሁ ነው፡፡ (ነፃ የማድረግ አይነት እና ልጅዎን ከመከተብ ነፃ ሊያደርጉ የሚፈልጉትን ክትባት ይምረጡ):

የግል/የፍልስፍና ነፃነት* (Personal/Philosophical Exemption)

☐ ዲፕቴሪያ (Diphtheria) ☐ ሄፐታይተስ ቢ (Hepatitis A) ☐ ሂብ (Hib) ☐ ኒሞኮካል (Pneumococcal)

☐ ፖሊዮ (Polio) ☐ ትክትክ (ደረቅ ሳል) (Pertussis) ☐ ቲታነስ (Tetanus) ☐ ቫሪሴላ (ቺክንፖክስ) (Varicella)

****ኩፍኝ፣ መምፕስ፣ ወይም ሩበሊያ በሽታ በክፍለ-ግዛት ህግ ለግል/ከፍልስፍና ምክንያቶች ነፃ ሊሆኑ አይችሉም***

የሃይማኖት ነፃነት (Religious Exemption)

☐ ዲፕቴሪያ (Diphtheria) ☐ ሄፐታይተስ ቢ (Hepatitis B) ☐ ሂብ (Hib) ☐ ኒሞኮካል (Pneumococcal)

☐ ፖሊዮ (Polio) ☐ ትክትክ (ደረቅ ሳል) (Pertussis) ☐ ቲታነስ (Tetanus) ☐ ቫሪሴላ (ቺክንፖክስ) (Varicella)

☐ የኩፍኝ በሽታ (Measles) ☐ መምፕስ (Mumps) ☐ ሩቤሊያ (Rubella)

የወላጅ/አሳዳጊ መግለጫ

አንድ ወይም ከዚያ በላይ ከሚፈለጉት ክትባቶች መካከል ከግል፣ ከፍልስፍና ወይም ከሃይማኖታዊ እምነቶቼ ጋር የሚጋጩ ናቸው፡፡ የክትባት ጥቅሞችን እና አደጋዎችን ከጤና እንክብካቤ ባለሙያው ጋር ተወያይቻለሁ (ከዚህ በታች ተፈርሟል)፡፡ ልጄ የተከለከለበት የክትባት መከላከያ በሽታ ወረርሽኝ ከተከሰተ ልጄ እስከ ወረርሽኙ ጊዜ ድረስ ከትምህርት ቤታቸው ወይም ከልጆች እንክብካቤ ሊገለል ይችላል፡፡ በዚህ ቅጽ ላይ ያለው መረጃ የተሟላ እና ትክክለኛ ነው፡፡

X________________________ ________________________ ________________________

የወላጅ/አሳዳጊ ስም (ህትመት) | የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ | ቀን

Health Care Practitioner Declaration

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington State.

X________________________ ________________________ ________________________

Licensed Health Care Practitioner Name (print) | Licensed Health Care Practitioner Signature | Date

☐ MD ☐ ND ☐ DO ☐ ARNP ☐ PA Washington License #________________________

የኃይማኖት አባልነት ከግዴታ ነጻ መሆን

የህክምና ክትትልን የሚቃወም ቤተ ዕምነት ወይም ኃይማኖት አባል ከሆኑ ብቻ ይህን ክፍል ይሙሉ። ለክትባቶች ኃይማኖታዊ ተቃውሞ ካለዎት ነገር ግን የቤተ ዕምነትዎ ወይም የኃይማኖትዎ አቋም ወይም አስተምህሮ ልጅዎት እንደ ሐኪሞችና ነርሶች ባሉ የሕክምና ባለሙያዎች ህክምና እንዲደረግለት የሚፈቅድ ከሆነ ከላይ ያለውን ክፍል ይጠቀሙ።

የወላጅ/አሳዳጊ መግለጫ

ከላይ ስሙ የተጠቀሰው ልጅ ወላጅ ወይም ህጋዊ አሳዳጊ ነኝ። የሕክምና ባለሙያዎች ለልጄ የሕክምና ክትትል እንዲያደርጉ አስተምህሮው የማይፈቅድ ቤተ ዕምነት ወይም ኃይማኖት ዓባል መሆኔን አረጋግጣለሁ። ልጄ ከግዴታ ነጻ የሆነበት በክትባት መከላከል የሚቻል በሽታ ወረርሺኝ ከተከሰተ፣ ልጄ በወረርሺኙ ወቅት ከት/ቤቱ ወይም ከእንክብካቤ ሰጪው ሊገለል እንደሚችል ተነግሮኛል። በዚህ ቅጽ ላይ ያለው መረጃ ሙሉና ትክክለኛ ነው።

X________________________ ________________________ ________________________

የወላጅ/አሳዳጊ ስም (ህትመት) | የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ | ቀን

ነፃ የማውጣት የምስክር ወረቀት-ህክምና

ለትምህርት ቤት፣ ለልጆች እንክብካቤ እና ለቅድመ ት/ቤት የክትባት መስፈርቶች

የልጁ የመጨረሻ ስም፡-	የመጀመሪያ ስም፡-	የአባት ስም የመጀመሪያ ፊደል፡-	የልደት ቀን (ወር/ቀን/ዓ.ም)፡-

ማስታወቂያ፡- አንድ የጤና አጠባበቅ ባለሙያ ለየት ያለ ክትባት ለህክምናው የማይመች መሆኑን ሲወስን ይህ ቅጽ ልጅን ከክትባት መስፈርት ነፃ ለማድረግ ሊያገለግል ይችላል፡፡ ይህ ቅጽ በጤና እንክብካቤ ባለሙያ መሞላት እና በወላጅ/አሳዳጊ መፈረም አለበት። ከክትባት ነፃ የሆነ ልጅ/ተማሪ ሙሉ በሙሉ ክትባቱን ባላገኘበት በሽታ ወረርሽኝ ወቅት ከትምህርት ቤት ወይም ከልጆች እንክብካቤ ሊገለል ይችላል፡፡ በክትባት ሊከለከሉ የሚችሉ በሽታዎች አሁንም አሉ፣ እና በትምህርት ቤት እና በልጆች እንክብካቤ አካባቢዎች በፍጥነት ሊሰራጭ ይችላል፡፡

Medical Exemption

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine required by rule of the Washington State Board of Health only if in their judgment, the vaccine is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine (RCW 28A.210.090). Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommendations via the Centers for Disease Control and Prevention publication, "Guide to Vaccine Contraindications and Precautions," or the manufacturer's package insert. The ACIP guide can be found at: www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html.

*Please indicate which vaccination the **medical** exemption is referring to by disease. If the patient is not exempt from certain vaccinations, mark "not exempt.":*

በሽታ (Disease)	አልተወገደም (Not Exempt)	በቋሚነት ከግዴታ ነፃ (Permanent Exempt)	በጊዜያዊነት ከግዴታ ነፃ (Temporary Exempt)	ጊዜያዊ ህክምና የሚያበቃበት ቀን (Expiration Date for Temporary Medical)
ዲፕቴሪያ (Diphtheria)	☐	☐	☐	
ሄፐታይተስ ቢ (Hepatitis B)	☐	☐	☐	
ሂብ (Hib)	☐	☐	☐	
የኩፍኝ በሽታ (Measles)	☐	☐	☐	
መምፕስ (Mumps)	☐	☐	☐	
ትክትክ (Pertussis)	☐	☐	☐	
ኒሞኮካል (Pneumococcal)	☐	☐	☐	
ፖሊዮ (Polio)	☐	☐	☐	
ሩቤሊያ (Rubella)	☐	☐	☐	
ቲታነስ (Tetanus)	☐	☐	☐	
ቫሪሴላ (Varicella)	☐	☐	☐	

Health Care Practitioner Declaration

I declare that vaccination for the disease(s) checked above is/are not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed in Washington State, and the information provided on this form is complete and correct.

X ______________________________ ______________________________ ______________________

Licensed Health Care Practitioner Name (print) Licensed Health Care Practitioner Signature Date

☐ MD ☐ ND ☐ DO ☐ ARNP ☐ PA Washington License #______________________

የወላጅ/አሳዳጊ መግለጫ

የክትባት ጥቅሞችን እና አደጋዎችን ይህንን የህክምና ነፃነት ከሚሰጠው የጤና እንክብካቤ ባለሙያ ጋር ተወያይቻለሁ፡፡ ልጄ የተከለከለበት የክትባት መከላከያ በሽታ ወረርሽኝ ከተከሰተ ልጄ እስከ ወረርሽኙ ጊዜ ድረስ ከትምህርት ቤታቸው ወይም ከልጆች እንክብካቤ ሊገለል ይችላል፡፡ በዚህ ቅጽ ላይ ያለው መረጃ የተሟላ እና ትክክለኛ ነው፡፡

X ______________________________ ______________________________ ______________________

የወላጅ/አሳዳጊ ስም (ህትመት) የወላጅ/አሳዳጊ ፊርማ ቀን