

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES

직원, 자원봉사자, 가족 건강 진단서
보육 프로그램

지침:

- 이 양식의 양면에 서명이 필요합니다. 유일한 역할이 가구원인 경우 첫 페이지를 작성하십시오.
- 의료 상태 섹션은 의료 서비스 제공자(의사, 의사 보조사, 전문 간호사)만 작성/서명할 수 있습니다.
- 인가된 간호사는 의료 상태 섹션에 서명할 권한이 없지만 결핵 검사 정보에는 서명할 수 있습니다.
- 의료 전문가는 이 양식에 정보가 포함되어 있는 한 동등한 양식을 사용할 수 있습니다.
- 뒷면에 있는 투베르쿨린 검사에 대한 추가 지침을 참조하십시오.
- 정자체로 명확히 작성해 주십시오.

본인은 이 문서에 포함된 어떠한 정보도 위조하거나 변경하지 않았음을 증명합니다. 본인은 위조되었거나 변경된 문서를 제출하거나 소지하는 것이 범죄에 해당할 수 있음을 알고 있습니다. 잠재적으로 형사 기소 대상이 될 수 있을 뿐만 아니라, 해당 문서를 제출 및/또는 소지한 것으로 밝혀진 모든 프로그램은 뉴욕주 아동 및 가족 서비스국(New York State Office of Children and Family Services)에 의해 벌금형을 받을 수 있고 등록 면허 또는 등록 허가가 거부 또는 취소될 수 있습니다.

프로그램 이름:	시설 ID 번호:
담당자 이름:	생년월일: / /

프로그램 유형:	가족 어린이집, 단체 가족 어린이집, 소규모 어린이집	어린이집, 학령기 보육, 법적 면제 그룹 프로그램	모든 프로그램
역할:	<input type="checkbox"/> 제공자 <input type="checkbox"/> 대리자 <input type="checkbox"/> 보조사 <input type="checkbox"/> 가구원(GFDC/FDC)	<input type="checkbox"/> 감독 <input type="checkbox"/> 그룹 교사 <input type="checkbox"/> 보조 교사	<input type="checkbox"/> 직원 <input type="checkbox"/> 자원봉사자

일반 보육 업무

- 아이들을 데리고 다니는 일
- 차량 운전자
- 시설 유지관리
- 아이들과의 긴밀한 접촉
- 음식 준비
- 비상시 어린이 대피
- 아이들을 직접 감독
- 사무직

의료 서비스 제공자 작성란

건강 상태

본인은 앞서 언급된 개인에 대해 본인이 아는 한, 다음과 같은 사실을 발견했습니다.			
그들은 현재 보호받는 어린이의 건강과 안전에 위험을 초래할 수 있는 전염병의 징후를 보이고 있습니다.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
보호 대상 아동의 건강과 안전에 위험을 초래할 수 있는 정신 질환 또는 정서 장애 진단을 받았습니다.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
앞서 기술된 일반 보육 업무를 제공할 수 없는 신체적 조건이 있습니다.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 해당 없음 (단지 역할이 자원봉사자이거나 가구원인 경우)
"예"라고 답한 경우 제한 사항을 명확히 및/또는 표시하십시오: _____			

서명(의사, 의사 보조사, 전문 간호사)

이름(명확하게 정자체로 기재하거나 사무실 직인을 사용하십시오)

() -

전화

직함

/ /

검사 날짜

/ /

서명일

