

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA PRACOWNIKA,
WOLONTARIUSZA I CZŁONKA GOSPODARSTWA DOMOWEGO**
Programy opieki nad dziećmi

Instrukcje:

- Podpis jest wymagany po OBU STRONACH niniejszego formularza. Jeśli jedyną rolą jest członek gospodarstwa domowego, proszę wypełnić tylko pierwszą stronę.
- Tylko pracownik służby zdrowia (lekarz, asystent lekarza, pielęgniarka) może wypełnić/podpisać część dotyczącą stanu zdrowia.
- **Zarejestrowana pielęgniarka NIE jest upoważniona do podpisania sekcji Status medyczny, ale MOŻE podpisać Informacje o teście na gruźlicę.**
- Pracownik służby zdrowia może użyć równoważnego formularza, o ile informacje zawarte w tym formularzu zostaną uwzględnione.
- Proszę zapoznać się z dodatkowymi instrukcjami dotyczącymi testu tuberkulinowego na odwrocie.
- Proszę pisać wyraźnymi, **DRUKOWANYMI LITERAMI**.

Oświadczam, że nie sfałszowałem ani nie zmieniłem żadnych informacji zawartych w niniejszym dokumencie. Jestem świadomy, że przedłożenie i/lub posiadanie podrobionych lub zmienionych dokumentów może stanowić przestępstwo. Oprócz potencjalnego wszczęcia postępowania karnego, każdy program, w przypadku którego stwierdzono, że przedłożył i/lub posiadał takie dokumenty, może podlegać karze grzywny nakładanej przez Biuro ds. Dzieci i Usług Rodzinnych Stanu Nowy Jork i/lub odmowie lub cofnięciu licencji lub rejestracji.

Nazwa programu:	Numer identyfikacyjny ośrodka:
Imię i nazwisko:	Data urodzenia: / /

RODZAJ PROGRAMU:	Rodzina opieka dzienna, grupowa opieka rodzinna, małe ośrodki opieki dziennej	Ośrodek opieki dziennej, opieka nad dziećmi w wieku szkolnym, prawnie zwolnione programy grupowe	Wszystkie programy
ROLA:	<input type="checkbox"/> Usługodawca <input type="checkbox"/> Zastępca <input type="checkbox"/> Asystent <input type="checkbox"/> Członek gospodarstwa domowego (GFDC/FDC)	<input type="checkbox"/> Dyrektor <input type="checkbox"/> Nauczyciel grupy <input type="checkbox"/> Asystent nauczyciela	<input type="checkbox"/> Pracownik <input type="checkbox"/> Wolontariusz

Typowe obowiązki związane z opieką nad dziećmi

- Podnoszenie i przenoszenie dzieci
- Kierowca pojazdu
- Utrzymanie ośrodka
- Bliski kontakt z dziećmi
- Przygotowanie żywności
- Ewakuacja dzieci w sytuacji zagrożenia
- Bezpośredni nadzór nad dziećmi
- Praca przy biurku

Poniższe informacje wypełnia **TYLKO** pracownik służby zdrowia

Status medyczny

Zgodnie z moją najlepszą wiedzą na temat wyżej wymienionej osoby stwierdzam, że:			
Obecnie wykazuje objawy choroby zakaźnej, która może stanowić zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa dzieci objętych opieką.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Ma zdiagnozowane zaburzenia psychiczne lub emocjonalne, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa dzieci objętych opieką.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Jest w stanie fizycznym, który uniemożliwia wykonywanie typowych obowiązków związanych z opieką nad dziećmi, jak opisano powyżej.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> N/D (jeśli pełnią Państwo tylko rolę wolontariusza lub członka gospodarstwa domowego)
W przypadku odpowiedzi „TAK” proszę wyjaśnić i/lub wskazać ograniczenia:			

Podpis (lekarz, asystent lekarza, pielęgniarka)

Tytuł

Imię i nazwisko (proszę pisać wyraźnymi, DRUKOWANYMI LITERAMI lub użyć pieczętki służbowej)

Data badania

() -
Telefon

/ /
Data złożenia podpisu

(Ciąg dalszy na odwrocie)

