

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПЕРСОНАЛА,
ВОЛОНТЕРОВ И ЧЛЕНОВ ДОМОХОЗЯЙСТВА**
Программы по уходу за детьми

Инструкции:

- Необходимо поставить подпись на **ОБЕИХ СТОРОНАХ** данной формы. Если заявитель является только членом домохозяйства, следует заполнить только первую страницу.
- Раздел о состоянии здоровья может заполнять и подписывать исключительно уполномоченный медицинский работник (врач, фельдшер или медсестра с расширенной практикой).
- **Медицинская сестра общей практики НЕ имеет права подписывать раздел о состоянии здоровья, но МОЖЕТ заверить результаты теста на туберкулез.**
- Медицинский работник может использовать аналогичную форму при условии, что она содержит всю информацию, предусмотренную данным документом.
- Дополнительные инструкции по проведению туберкулиновой пробы приведены на обороте.
- Пишите **печатными буквами** и разборчиво

Настоящим я подтверждаю, что не фальсифицировал(а) и не видоизменял(а) никакие сведения, содержащиеся в данном документе. Мне известно, что подача и/или хранение поддельных или измененных документов может квалифицироваться как уголовное преступление. Помимо возможного привлечения к уголовной ответственности, любая программа, уличенная в подаче и/или хранении таких документов, может быть подвергнута штрафным санкциям со стороны Управления по делам детей и семьи штата Нью-Йорк, а также лишению или аннулированию лицензии или свидетельства о регистрации.

Название программы:	ИД номер ОБЪЕКТА:
Имя:	Дата рождения: / /

ТИП ПРОГРАММЫ:	Уход за детьми в семейных условиях, в группах семейного типа, в малых дошкольных учреждениях	Центры дневного пребывания, группы продленного дня, программы для групп, освобожденных от лицензирования	Все виды программ
РОЛЬ:	<input type="checkbox"/> Поставщик услуг <input type="checkbox"/> Заменяющий работник <input type="checkbox"/> Помощник <input type="checkbox"/> Член домохозяйства (GFDC/FDC)	<input type="checkbox"/> Директор <input type="checkbox"/> Учитель для группы <input type="checkbox"/> Помощник учителя	<input type="checkbox"/> Работник <input type="checkbox"/> Волонтер

Стандартные обязанности сотрудников дошкольного учреждения

- Подъем и перенос детей
- Управление транспортным средством
- Поддержание порядка в помещениях
- Непосредственное взаимодействие с детьми
- Приготовление и раздача пищи
- Эвакуация детей в экстренных ситуациях
- Постоянный контроль за детьми
- Ведение документации

Заполняется **ТОЛЬКО** поставщиков медицинских услуг

Медицинский статус

На основании знаний о вышеуказанном лице, я установил(а), что:			
В настоящее время у данного лица наблюдаются признаки инфекционного заболевания, которое может представлять угрозу здоровью и безопасности детей, находящихся под присмотром.	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
У данного лица диагностировано психическое расстройство или эмоциональное нарушение, которое может представлять угрозу здоровью и безопасности детей, находящихся под присмотром.	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	
У данного лица имеются физические ограничения, препятствующие выполнению стандартных обязанностей по уходу за детьми, перечисленных выше.	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Не применимо (если единственная роль — волонтер или член домохозяйства)
При наличии ответов "ДА", пожалуйста, предоставьте пояснения и/или укажите ограничения: _____			

Подпись (врач, фельдшер или медсестра с расширенной практикой)

Должность

Имя (пишите ПЕЧАТНЫМИ буквами и разборчиво)

/ /
Дата осмотра

() -

/ /

Телефон

Дата подписания

(Продолжение на оборотной стороне)

NEW YORK STATE
OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES
**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ПЕРСОНАЛА,
ВОЛОНТЕРОВ И ЧЛЕНОВ ДОМОХОЗЯЙСТВА**
Программы по уходу за детьми

Название программы:
Имя:

ИД номер ОБЪЕКТА:
Дата рождения:

Инструкции:

- **Члены домохозяйства** в программе семейного типа, **не имеющие других ролей**, не нуждаются в прохождении туберкулиновой пробы и не должны заполнять эту страницу. Ни один участник с ролью в юридически освобожденной программе не должен проходить туберкулиновую пробу.
- Медицинский работник (врач, помощник врача, практикующая медсестра) *или зарегистрированная медсестра в рамках своих обязанностей в медицинском учреждении* может внести результаты в раздел информации о туберкулиновой пробе и подписать эту страницу.
- Приемлемые туберкулиновые пробы включают пробу Манту или другие одобренные на федеральном уровне туберкулиновые тесты.
- Пишите **печатными буквами** и разборчиво

_____ **Заполняется ТОЛЬКО медицинским работником** _____

Информация о туберкулиновой пробе**Тест завершен**

Дата ознакомления с тестом: / /
(мм / дд / гггг)

Результат теста: Положительный Отрицательный _____ мм

В случае положительного результата: представляет ли контакт данного лица с детьми, посещающими детское учреждение, угрозу для их здоровья и безопасности?

Да Нет

Тест не завершен

Проба не проводилась. Укажите причину: _____

_____ Медицинский отвод или противопоказания _____

Ранее выявленный положительный результат (указать дату): / /
(мм / дд / гггг)

В случае прошлого положительного результата: представляет ли контакт данного лица с детьми, посещающими детское учреждение, угрозу для их здоровья и безопасности?

Да Нет

Подпись (врач, фельдшер, медсестра с расширенной практикой
или зарегистрированная медсестра)

Имя (пишите ПЕЧАТНЫМИ буквами и разборчиво)

Должность

() -
Телефон

 / /
Дата

ПОРЯДОК ПОДАЧИ ЗАПОЛНЕННОЙ ФОРМЫ:

- **Для программ семейного и группового семейного дневного ухода (GFDC/FDC):** направьте заполненную форму специалисту по лицензированию или регистрации.
- **Для центров дневного ухода и программ продленного дня (DCC/SACC):** руководители — направьте заполненную форму специалисту по лицензированию или регистрации; остальные сотрудники — передайте форму руководителю для проверки.
- **Руководители программ, освобожденных от лицензирования:** направьте форму в уполномоченное регистрационное агентство.
- **Сотрудники и волонтеры программ, освобожденных от лицензирования:** передайте форму своему руководителю.