



Certificate of Exemption—Personal/Religious (ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ ਆਫ ਇਗਜ਼ੈਮਪਸ਼ਨ—ਨਿੱਜੀ/ਧਾਰਮਿਕ)

ਸਕੂਲ, ਚਾਈਲਡ ਕੇਅਰ, ਅਤੇ ਪ੍ਰੀਸਕੂਲ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਲਈ

ਬੱਚੇ ਦਾ ਆਖਰੀ ਨਾਮ:

ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ:

ਵਿਚਲੇ ਨਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਅੱਖਰ:

ਜਨਮਮਿਤੀ (MM/DD/YYYY):

ਨੋਟਿਸ: ਬੱਚੇ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਇਹ ਫਾਰਮ ਭਰ ਕੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਸਕੂਲ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਚਾਈਲਡ ਕੇਅਰ ਵਿੱਚ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾ ਕੇ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਹੇਠਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਟੀਕੇ ਲਗਾਉਣ ਤੋਂ ਮਨ੍ਹਾਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਜਿਸ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਟੀਕਾਕਰਨ ਤੋਂ ਛੇਟ ਮਿਲੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਉਸਨੂੰ ਉਹ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹੋਣ ਦਾ ਜੋਖਮ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਸਦੇ ਲਈ ਟੀਕਾਕਰਨ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਬੱਚੇ/ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਦਾ ਜਿਸ ਬਿਮਾਰੀ ਲਈ ਟੀਕਾਕਰਨ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਜੇ ਉਹੀ ਬਿਮਾਰੀ ਫੈਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਟੀਕਾਕਰਨ ਤੋਂ ਛੇਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਬੱਚੇ/ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਨੂੰ ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਚਾਈਲਡ ਕੇਅਰ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਅਤੇ ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਤੋਂ ਰੋਕਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਹਾਲੇ ਵੀ ਅਜਿਹੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਮੌਜੂਦ ਹਨ ਜਿਹਨਾਂ ਨੂੰ ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਰੋਕਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਸਕੂਲ ਅਤੇ ਚਾਈਲਡ ਕੇਅਰ ਵਿੱਚ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਫੈਲ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਜਿਹੜੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਸਿਹਤ ਦੇ ਗੰਭੀਰ ਨੁਕਸਾਨ, ਅਪਹਜਤਾ ਜਾਂ ਮੌਤ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ, ਟੀਕਾਕਰਨ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਉਹ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹੋਣ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਨੂੰ ਫੈਲਣ ਤੋਂ ਰੋਕਣ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਤਰੀਕਾ ਹੈ।

ਨਿੱਜੀ/ਦਾਰਸ਼ਨਿਕ ਜਾਂ ਧਾਰਮਿਕ ਛੇਟ (Personal/Philosophical or Religious Exemption)

ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਚਾਈਲਡ ਕੇਅਰ ਵਿੱਚ ਜਾਣ ਲਈ ਹੇਠ ਲਿਖੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀ (ਬਿਮਾਰੀਆਂ) ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਟੀਕਾਕਰਨ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਤੋਂ ਛੇਟ ਦੇ ਰਿਹਾ/ਰਹੀ ਹਾਂ। (ਛੇਟ ਦੀ ਕਿਸਮ ਅਤੇ ਉਹ ਟੀਕੇ ਚੁਣੇ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਨਹੀਂ ਲਗਵਾਉਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ):

ਨਿੱਜੀ/ਦਾਰਸ਼ਨਿਕ ਛੇਟ* (Personal/Philosophical Exemption)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ਡਿਪਥੀਰੀਆ (Diphtheria) | <input type="checkbox"/> ਹੈਪਟਾਈਟਿਸ ਬੀ (Hepatitis B) | <input type="checkbox"/> ਰੀਮੇਡਿਲਿਸ ਇਨਫਲੂਐਂਜ਼ਾ ਟਾਈਪ ਬੀ | <input type="checkbox"/> ਨਿਊਮੋਕੋਕਲ (Pneumococcal) |
| <input type="checkbox"/> ਪੋਲੀਓ (Polio) | <input type="checkbox"/> ਪਰਟੂਸਿਸ (ਕਾਲੀ ਖਾਂਸੀ) (Pertussis/whooping) | <input type="checkbox"/> ਟੈਟਨਸ (Tetanus) | <input type="checkbox"/> ਵੈਰੀਸੇਲਾ (ਚਿਕਨਪੋਕਸ) (Varicella) |

*ਰਾਜ ਦੇ ਕਾਨੂੰਨ ਅਨੁਸਾਰ ਮੀਜ਼ਲਸ, ਮੰਮਪਸ, ਜਾਂ ਰੂਬੈਲਾ ਨੂੰ ਨਿੱਜੀ/ਦਾਰਸ਼ਨਿਕ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ ਛੇਟ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ

ਧਾਰਮਿਕ ਛੇਟ (Religious Exemption)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ਡਿਪਥੀਰੀਆ (Diphtheria) | <input type="checkbox"/> ਹੈਪਟਾਈਟਿਸ ਬੀ (Hepatitis B) | <input type="checkbox"/> ਰੀਮੇਡਿਲਿਸ ਇਨਫਲੂਐਂਜ਼ਾ ਟਾਈਪ ਬੀ | <input type="checkbox"/> ਨਿਊਮੋਕੋਕਲ (Pneumococcal) |
| <input type="checkbox"/> ਪੋਲੀਓ (Polio) | <input type="checkbox"/> ਪਰਟੂਸਿਸ (ਕਾਲੀ ਖਾਂਸੀ) (Pertussis/whooping) | <input type="checkbox"/> ਟੈਟਨਸ (Tetanus) | <input type="checkbox"/> ਵੈਰੀਸੇਲਾ (ਚਿਕਨਪੋਕਸ) (Varicella) |
| <input type="checkbox"/> ਮੀਜ਼ਲਸ (Measles) | <input type="checkbox"/> ਮੰਮਪਸ (Mumps) | <input type="checkbox"/> ਰੂਬੈਲਾ (Rubella) | |

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ (Parent/Guardian Declaration)

ਲੋੜੀਂਦੇ ਟੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਜਾਂ ਵੱਧ ਟੀਕੇ ਮੇਰੇ ਨਿੱਜੀ, ਦਾਰਸ਼ਨਿਕ, ਜਾਂ ਧਾਰਮਿਕ ਸਿਧਾਂਤਾਂ ਦੇ ਖਿਲਾਫ ਹਨ। ਮੈਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਡਾਕਟਰ (ਜਿਹਨਾਂ ਨੇ ਹੇਠਾਂ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਹਨ) ਨਾਲ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੇ ਫਾਇਦਿਆਂ ਅਤੇ ਜੋਖਮਾਂ ਬਾਰੇ ਗੱਲਬਾਤ ਕੀਤੀ ਹੈ। ਮੈਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਜੇਕਰ ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਰੋਕੀ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਫੈਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਉਸਦੇ ਟੀਕੇ ਲਈ ਛੇਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਫੈਲੇ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਚਾਈਲਡ ਕੇਅਰ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੂਰੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।

X _____
ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਨਾਮ (ਪ੍ਰਿੰਟ) _____ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖਤ _____ ਮਿਤੀ _____

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 # _____

ਧਾਰਮਿਕ ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ ਛੇਟ (Religious Membership Exemption)

ਇਸ ਭਾਗ ਨੂੰ ਸਿਰਫ਼ ਤਾਂ ਹੀ ਪੂਰਾ ਕਰੋ ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਕਿਸੇ ਚਰਚ ਜਾਂ ਧਰਮ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹੋ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਵਰਤਣ ਤੋਂ ਇਤਰਾਜ਼ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਉਪਰੋਕਤ ਭਾਗ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਸਿਰਫ਼ ਤਾਂ ਹੀ ਕਰੋ ਜੇਕਰ ਧਾਰਮਿਕ ਕਾਰਨ ਕਰਕੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਟੀਕਾਕਰਨ ਕਰਵਾਉਣ ਤੋਂ ਇਤਰਾਜ਼ ਹੈ, ਪਰ ਤੁਹਾਡੀ ਚਰਚ ਜਾਂ ਧਰਮ ਦਾ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਜਾਂ ਸਿਧਾਂਤ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰਾਂ ਅਤੇ ਨਰਸਾਂ ਤੋਂ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ (Parent/Guardian Declaration)

ਮੈਂ ਉਪਰੋਕਤ ਨਾਮ ਵਾਲੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਜਾਂ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਚਰਚ ਜਾਂ ਧਰਮ ਦਾ ਮੈਂਬਰ ਹਾਂ ਜਿਸ ਦਾ ਸਿਧਾਂਤ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਮਾਹਰਾਂ ਕੋਲੋਂ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣ ਦੀ ਇਜਾਜ਼ਤ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਮੈਨੂੰ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਜੇਕਰ ਟੀਕੇ ਨਾਲ ਰੋਕੀ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੀ ਕੋਈ ਬਿਮਾਰੀ ਫੈਲ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਉਸਦੇ ਟੀਕੇ ਲਈ ਛੇਟ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਤਾਂ ਉਸ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਫੈਲੇ ਹੋਣ ਦੌਰਾਨ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਸਕੂਲ ਜਾਂ ਚਾਈਲਡ ਕੇਅਰ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰੱਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਫਾਰਮ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪੂਰੀ ਅਤੇ ਸਹੀ ਹੈ।

X _____
ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦਾ ਨਾਮ (ਪ੍ਰਿੰਟ) _____ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਦਸਤਖਤ _____ ਮਿਤੀ _____

