Washington State Department of HEALTH

Справка об освобождении - по личным/религиозным причинам
(CERTIFICATE OF EXEMPTION - PERSONAL/RELIGIOUS)
Для предоставления в школу, детское дошкольное учреждение и в места, где требуется иммунизация детей дошкольного возраста

Фамилия ребенка: **Имя:** **Второй инициал:** **Дата рождения (мм/дд/гггг):**

ВНИМАНИЕ: Родитель или опекун может освободить своего ребенка от вакцинации против перечисленных ниже болезней, заполнив настоящую форму и предоставив ее в школу или детский сад, который посещает ребенок. Лицо, освобожденное от вакцинации, входит в группу риска по развитию заболевания или заболеваний, против которых вакцинация обеспечивает защиту. Освобожденного ребенка/ученика могут отстранить от посещения школы, детского сада или мероприятий во время эпидемии заболевания, против которого он не получил полную вакцинацию. Заболевания, предупреждаемые вакцинацией, все еще существуют и могут быстро распространяться в коллективах школ и детских садов. Иммунизация – это один из лучших способов защитить людей от развития и распространения заболеваний, которые могут вызывать серьезные расстройства, инвалидность или смерть.

Освобождение по личным/философским или религиозным причинам (Personal/Philosophical or Religious Exemption)
Я освобождаю своего ребенка от обязательной вакцинации против следующих заболеваний, которая требуется для посещения школы или детского сада. (Выберите тип освобождения и вакцинацию, от которой вы хотите освободить своего ребенка):

ОСВОБОЖДЕНИЕ ПО ЛИЧНЫМ/ФИЛОСОФСКИМ ПРИЧИНАМ* (Personal/Philosophical Exemption)			
☐ Дифтерия (Diphtheria)	☐ Гепатит B (Hepatitis B)	☐ гемофильная инфекция типа B (Hib)	☐ Коклюш (Pertussis)
☐ Пневмококковая инфекция (Pneumococcal)	☐ Полиомиелит (Polio)	☐ Столбняк (Tetanus)	☐ Ветряная оспа (Varicella)
**Освобождение от вакцинации против кори, краснухи и паротита по личным/философским причинам не предоставляется по закону*			
ОСВОБОЖДЕНИЕ ПО РЕЛИГИОЗНЫМ ПРИЧИНАМ (Religious Exemption)			
☐ Дифтерия (Diphtheria)	☐ Гепатит B (Hepatitis B)	☐ гемофильная инфекция типа B (Hib)	☐ Коклюш (Pertussis)
☐ Пневмококковая инфекция (Pneumococcal)	☐ Полиомиелит (Polio)	☐ Столбняк (Tetanus)	☐ Ветряная оспа (Varicella)
☐ Корь (Measles)	☐ Паротит (Mumps)	☐ Краснуха (Rubella)	

Заявление родителя/опекуна (Parent/Guardian Declaration)
Одна или несколько требуемых вакцин противоречат моим личным, философским или религиозным убеждениям. Я обсудил(а) преимущества и риски иммунизации с лечащим врачом (подпись ниже). Я был(а) проинформирован(а) о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребенок освобожден, моего ребенка могут отстранить от посещения школы или детского сада на период эпидемии. Представленная в настоящей форме информация является полной и достоверной.

_____ _____ _____
ФИО родителя/опекуна (печатными буквами) **Подпись родителя/опекуна** **Дата**

HEALTHCARE 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. My signature does not necessarily mean I endorse this decision.

_____ _____ _____
Licensed Health Care Practitioner Name (Print) Licensed Health Care Practitioner Signature Date

☐ MD ☐ ND ☐ DO ☐ ARNP ☐ PA Washington License #: _____

Освобождение по причине членства в религиозной организации (Religious Membership Exemption)
Заполните эту часть ТОЛЬКО в том случае, если вы принадлежите к церкви или придерживаетесь вероисповедания, которое возражает против медицинского вмешательства. Заполните верхний раздел, если у вас есть возражения против прививок по религиозным причинам, но убеждения и учения Вашей церкви или религии позволяют вашему ребенку получать лечение со стороны медицинских работников, например, врачей и медсестер.

Заявление родителя/опекуна (Parent/Guardian Declaration)
Я являюсь родителем или законным опекуном вышеуказанного ребенка. Я подтверждаю, что являюсь членом церкви или придерживаюсь вероисповедания, учение которого не позволяет моему ребенку получать какое-либо медицинское лечение со стороны врачей. Я был(а) проинформирован(а) о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребенок освобожден, моего ребенка могут отстранить от посещения школы или детского сада на период эпидемии. Представленная в настоящей форме информация является полной
и достоверной.

_____ _____ _____
ФИО родителя/опекуна (печатными буквами) **Подпись родителя/опекуна** **Дата**

Запросить этот документ в другом формате можно по номеру телефона 1-800-525-0127. Если вы страдаете нарушением слуха, обращайтесь по телефону 711 (Washington Relay) или по электронной почте doh.information@doh.wa.gov.

Washington State Department of HEALTH

Справка об освобождении — по медицинским показаниям
(CERTIFICATE OF EXEMPTION - MEDICAL)

Для предоставления в школу, детское дошкольное учреждение и в места, где требуется иммунизация детей дошкольного возраста

Фамилия ребенка:	Имя:	Второй инициал:	Дата рождения (мм/дд/гггг):

ВНИМАНИЕ: Настоящая форма используется для освобождения ребенка от обязательной вакцинации в случае, если лечащий врач установил, что конкретная вакцинация не рекомендуется для ребенка по медицинским показаниям. Настоящая форма должна заполняться лечащим врачом и подтверждаться подписью родителя/опекуна. Освобожденного ребенка/ученика могут отстранить от посещения школы или детского сада во время эпидемии заболевания, против которого он не получил полную вакцинацию. Заболевания, предупреждаемые вакцинацией, все еще существуют и могут быстро распространяться в коллективах школ и детских садов.

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, per RCW 28A.210.090. Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practice's (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."*

Заболевание (Disease)	**нет освобождения (Not Exempt)**	**постоянное освобождение (Permanent Exempt)**	**временное освобождение (Temporary Exempt)**	**дата истечения срока временного освобождения по медицинским показаниям (Expiration Date for Temporary Medical)**
дифтерия (Diphtheria)	☐	☐	☐	
гепатит B (Hepatitis B)	☐	☐	☐	
гемофильная инфекция типа B (Hib)	☐	☐	☐	
корь (Measles)	☐	☐	☐	
паротит (Mumps)	☐	☐	☐	
коклюш (Pertussis)	☐	☐	☐	
пневмококковая инфекция (Pneumococcal)	☐	☐	☐	
полиомиелит (Polio)	☐	☐	☐	
Краснуха (Rubella)	☐	☐	☐	
Столбняк (Tetanus)	☐	☐	☐	
ветряная оспа (Varicella)	☐	☐	☐	

HEALTHCARE PRACTITIONER DECLARATION

I declare that vaccination for the disease(s) checked about 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.

_____	_____	_____
Licensed Health Care Practitioner Name (Print)	Licensed Health Care Practitioner Signature	Date

☐ MD ☐ ND ☐ DO ☐ ARNP ☐ PA Washington License #: _____

Заявление родителя/опекуна (Parent/Guardian Declaration)

Я обсудил(а) преимущества и риски иммунизации с лечащим врачом, предоставившим данное освобождение по медицинским показаниям. Я был(а) проинформирован(а) о том, что в случае эпидемии заболевания, предупреждаемого вакцинацией, от которой мой ребенок освобожден, моего ребенка могут отстранить от посещения школы или детского сада на период эпидемии. Представленная в настоящей форме информация является полной и достоверной.

_____	_____	_____
ФИО родителя/опекуна (печатными буквами)	**Подпись родителя/опекуна**	**Дата**

Запросить этот документ в другом формате можно по номеру телефона 1-800-525-0127. Если вы страдаете нарушением слуха, обращайтесь по телефону 711 (Washington Relay) или по электронной почте doh.information@doh.wa.gov.