

RETURN TO WORK AUTHORIZATION FOR NURSING HOME EMPLOYEES

التصريح بالعودة إلى العمل لموظفي دار المسنين

COMPLETE IF YOU HAVE BEEN A CONFIRMED OR SUSPECTED CASE OF COVID-19.

أكمل هذا النموذج إذا كنت مصابًا بفيروس كورونا المستجد (COVID-19) أو يُشك في إصابتك به.

I, (print name) _____, do hereby affirm that: If I tested positive for COVID-19 and have remained asymptomatic:

أنا، (الاسم بحروف واضحة) _____، أؤكد بموجب هذا النموذج: إذا كانت نتيجة اختبار فيروس كورونا المستجد (COVID-19) إيجابية ولم تظهر أعراض:

- I can return to work 14 days from my first positive COVID-19 test day.
- يمكنني العودة إلى العمل بعد 14 يومًا بدايةً من أول يوم ظهرت فيه نتيجة اختبار فيروس كورونا المستجد (COVID-19) الإيجابية.

If I tested positive for COVID-19 and have been symptomatic:

إذا كانت نتيجة اختبار فيروس كورونا المستجد (COVID-19) إيجابية وظهرت أعراض:

- I can return to work 14 days after the onset of COVID-19 symptoms and
- يمكنني العودة إلى العمل بعد 14 يومًا من ظهور أعراض فيروس كورونا المستجد (COVID-19) و
- I have been fever free for at least 72 hours (3 days), without the use of fever-reducing medications, and
- لم تظهر عليّ أعراض الحمى لمدة 72 ساعة على الأقل (3 أيام)، دون استخدام الأدوية الخافضة للحمى، و
- My COVID-19 respiratory symptoms are improving.
- تتحسن لديّ أعراض الجهاز التنفسي التي يسببها فيروس كورونا المستجد (COVID-19).

The current guidance for the Return to Work for Nursing Home Employees is attached hereto. Sworn and subscribed by me on (today's date) _____, 2020 _____

ترد في المرفق الإرشادات الحالية الخاصة بالعودة إلى العمل لموظفي دار المسنين. أقسمت على هذا النموذج وأقررت بما فيه، في
_____ 2020، _____ (تاريخ اليوم)

(SIGNATURE) NOTE: YOUR SIGNATURE DOES NOT HAVE TO BE ACKNOWLEDGED BY A NOTARY PUBLIC; YOU ARE SWEARING TO THE VERACITY OF THE INFORMATION YOU HAVE PROVIDED ON THE FORM.

(التوقيع) ملاحظة: لا يجب أن يتم الاعتراف بتوقيعك بواسطة كاتب عدل؛ أنت تقسم على صحة المعلومات التي قدمتها في النموذج.

Should this affirmation be sworn to as indicated, then based solely on such affirmation above, and accepting such information as fact, I, Gale R. Burstein, Commissioner, Erie County Department of Health, do hereby find the that the affirming individual herein is able to return to work subject to current and future orders, protocols, guidance, or any other official direction promulgated by any agency of the United States Government, New York State Government, or Erie County Government having subject matter authority.

إذا كان قد تم القسم على هذا التأكيد كما هو موضح، ثم بناءً على هذا التأكيد المذكور أعلاه فقط، وقبول مثل هذه المعلومات كحقيقة، فإنني، Gale R. Burstein، مفوض في إدارة الصحة في مقاطعة إيري (Erie County Department of Health)، أجد بموجب هذا أن الشخص المُقر هنا قادر على العودة إلى العمل ويخضع ذلك للأوامر أو البروتوكولات أو الإرشادات الحالية والمستقبلية أو أي إرشادات رسمية أخرى صادرة عن أي وكالة تابعة لحكومة الولايات المتحدة، أو حكومة ولاية نيويورك، أو حكومة مقاطعة إيري التي لديها سلطة على هذا الموضوع.

RETURN TO WORK AUTHORIZATION FOR PERSONS OTHER THAN NURSING HOME EMPLOYEES

التصريح بالعودة إلى العمل للأشخاص غير موظفي دار المسنين

COMPLETE IF YOU HAVE BEEN A CONFIRMED OR SUSPECTED CASE OF COVID-19.

أكمل هذا النموذج إذا كنت مصابًا بفيروس كورونا المستجد (COVID-19) أو يُشك في إصابتك به.

I, (print name) _____, do hereby affirm that:

أنا، (الاسم بحروف واضحة) _____ ، أؤكد بموجب هذا النموذج:

• I have maintained isolation for at least 10 days after first experiencing COVID-19 symptoms (e.g., fever, cough, or shortness of breath) or 10 days after my first positive test if asymptomatic and

• إنني قد التزمت باتباع العزل لمدة 10 أيام على الأقل بعد أول ظهور لأعراض فيروس كورونا المستجد (COVID-19) (على سبيل المثال الحمى، أو السعال، أو ضيق التنفس) أو بعد 10 أيام من ظهور نتيجة أول اختبار إيجابي لي بدون ظهور أعراض و

• I have been fever free for at least 72 hours (3 days), without the use of fever-reducing medications, and

• لم تظهر عليّ أعراض الحمى لمدة 72 ساعة على الأقل (3 أيام)، دون استخدام الأدوية الخافضة للحمى، و

• My COVID-19 symptoms are improving.

• تتحسن لديّ أعراض فيروس كورونا المستجد (COVID-19).

I further affirm that, when I return to work, I will wear a facemask for at least 14 days from the date I began experiencing COVID-19 symptoms or 14 days after my first positive test if asymptomatic.

أؤكد أيضًا أنه عندما أعود إلى العمل، سأرتدي قناعًا للوجه لمدة 14 يومًا على الأقل من التاريخ الذي بدأت تظهر فيه أعراض فيروس كورونا المستجد (COVID-19) أو بعد 14 يومًا من ظهور نتيجة أول اختبار إيجابي لي بدون ظهور أعراض.

Sworn and subscribed by me on (today's date) _____, 2020

أقسمت على هذا النموذج وأقررت بما فيه، في (تاريخ اليوم) _____، 2020

(SIGNATURE)

(التوقيع)

NOTE: YOUR SIGNATURE DOES NOT HAVE TO BE ACKNOWLEDGED BY A NOTARY PUBLIC; YOU ARE SWEARING TO THE VERACITY OF THE INFORMATION YOU HAVE PROVIDED ON THE FORM. Should this affirmation be sworn to as indicated, then based solely on such affirmation above, and accepting such information as fact, I, Gale R. Burstein, Commissioner, Erie County Department of Health, do hereby find the that the affirming individual herein is able to return to work subject to current and future orders,

protocols, guidance, or any other official direction promulgated by any agency of the United States Government, New York State Government, or Erie County Government having subject matter authority.

ملاحظة: لا يجب أن يتم الاعتراف بتوقيعك بواسطة كاتب عدل؛ أنت تقسم على صحة المعلومات التي قدمتها في النموذج. إذا كان قد تم القسم على هذا التأكيد كما هو موضح، ثم بناءً على هذا التأكيد المذكور أعلاه فقط، وقبول مثل هذه المعلومات كحقيقة، فإنني، Gale R. Burstein، مفوض في إدارة الصحة في مقاطعة إيري (Erie County Department of Health)، أجد بموجب هذا أن الشخص المقرر هنا قادر على العودة إلى العمل ويخضع ذلك للأوامر أو البروتوكولات أو الإرشادات الحالية والمستقبلية أو أي إرشادات رسمية أخرى صادرة عن أي وكالة تابعة لحكومة الولايات المتحدة، أو حكومة ولاية نيويورك، أو حكومة مقاطعة إيري التي لديها سلطة على هذا الموضوع.

AFFIRMATION OF SELF-QUARANTINE OR SELF-ISOLATION COMPLETE SECTION

قسم تأكيد الحجر أو العزل الذاتي الكامل

(1) IF YOU HAVE SELF-QUARANTINED DUE TO COVID-19 EXPOSURE COMPLETE SECTION

(1) إذا كنت قد التزمت بالحجر الذاتي بسبب التعرض الكامل لفيروس كورونا المستجد (COVID-19) ، أكمل القسم

(2) IF YOU HAVE SELF-ISOLATED DUE TO HAVING BEEN CONFIRMED OR SUSPECTED OF HAVING COVID-19

(2) إذا كنت قد التزمت بالعزل الذاتي بسبب الإصابة بفيروس كورونا المستجد (COVID-19) أو الاشتباه في إصابتك به

SECTION 1: I, (print name) _____, do hereby affirm that I self-quarantined from _____, 2020 until _____, 2020 consistent with guidance and protocol issued by the New York State Department of Health.

القسم 1: أنا، (الاسم بحروف واضحة) _____ ، أؤكد بموجب هذا أنني التزمت بالحجر الذاتي من _____ ، 2020 حتى _____ ، 2020 بما يتوافق مع الإرشادات والبروتوكولات الصادرة عن إدارة الصحة في ولاية نيويورك (New York State Department of Health).

Specifically, during the period of self-quarantine, I met the guidance for: Mandatory Quarantine (Initial all that apply)

على وجه التحديد، في خلال فترة الحجر الذاتي، التزمت بإرشادات: الحجر الإلزامي (ضع الحروف الأولى من إسمك على كل ما ينطبق)

_____ I had been in close contact with someone who had tested positive for COVID19 or who was, at the time, in mandatory isolation; or

_____ كنت على اتصال مباشر بشخص ثبتت إصابته بفيروس كورونا المستجد (COVID-19) أو الذي كان، في ذلك الوقت، في عزل إلزامي؛ أو

_____ I had returned within 14 days from an area outside of Western New York that is known for having community spread of COVID-19; or

_____ لقد عدت في غضون 14 يومًا من منطقة خارج غرب نيويورك معروفة بانتشار فيروس كورونا المستجد (COVID-19) في مجتمعها؛ أو

_____ My child had been in close contact with someone who tested positive for COVID-19 or who was, at the time, in mandatory isolation; or

_____ كان طفلي على اتصال مباشر بشخص ثبتت إصابته بفيروس كورونا المستجد (COVID-19) أو الذي كان، في ذلك الوقت، في عزل إلزامي؛ أو

_____ My child had returned within 14 days from an area outside of Western New York that is known for having community spread COVID-19.

_____ عاد طفلي في غضون 14 يومًا من منطقة خارج غرب نيويورك معروفة بانتشار فيروس كورونا المستجد (COVID-19) في مجتمعها.

This form may be used for New York Paid Family Leave COVID-19 claims as if it was an individual Order for Quarantine or Isolation issued by the Erie County Commissioner of Health.

يمكن استخدام هذا النموذج لمطالبات فيروس كورونا المستجد (COVID-19) الخاصة بالإجازات العائلية مدفوعة الأجر في نيويورك كما لو كان أمرًا فرديًا للعزل أو العزل صادرًا بواسطة مفوض إدارة الصحة في مقاطعة إيرلي (Erie County Commissioner of Health).

More information about COVID Paid Family Leave can be found at <https://paidfamilyleave.ny.gov/COVID19> and <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcra-employee-paid-leave>.

يمكن العثور على المزيد من المعلومات حول إجازة فيروس كورونا المستجد (COVID-19) مدفوعة الأجر على <https://paidfamilyleave.ny.gov/COVID19> و <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcra-employee-paid-leave>.

SECTION 2:

القسم 2:

I, (print name) _____, do hereby affirm that I self-isolated from _____, _____, 2020 until _____, _____, 2020 consistent with guidance and protocol issued by the New York State Department of Health.

أنا، (الاسم بحروف واضحة) _____، أؤكد بموجب هذا أنني التزمت بالعزل الذاتي من _____، _____، 2020 حتى _____، _____، 2020 بما يتوافق مع الإرشادات والبروتوكولات الصادرة عن إدارة الصحة في ولاية نيويورك (New York State Department of Health).

Specifically, during the period of self-isolation, I met the guidance for: Mandatory Isolation (Initial all that apply)

على وجه التحديد، في خلال فترة العزل الذاتي، التزمت بإرشادات: العزل الإلزامي (ضع الحروف الأولى من إسمك على كل ما ينطبق)

_____ I experienced COVID-19 symptoms and self-isolated from the time I was tested until the time I received my negative results; or

_____ لقد أصبت بأعراض فيروس كورونا المستجد (COVID-19) والتزمت بالعزل الذاتي من وقت الاختبار حتى وقت تلقي نتائجي السلبية؛ أو

_____ I tested positive for COVID-19 (for NYS Paid Family Leave COVID-19 submit your individualized Order for Isolation or the Standing Order for Isolation issued by the Erie County Department of Health); or

_____ كانت نتيجة اختبار فيروس كورونا المستجد (COVID-19) إيجابية (للحصول على إجازة عائلية مدفوعة الأجر بسبب فيروس كورونا المستجد (COVID-19) في ولاية نيويورك، أرسل طلبك الفردي للعزل أو الأمر الدائم للعزل الصادر بواسطة إدارة الصحة في مقاطعة إيري (Erie County Department of Health)؛ أو

_____ Testing was not available for me however, I experienced COVID-19 symptoms and had contact with a confirmed COVID-19 case; or

_____ لم يكن الاختبار متاحًا لي، ومع ذلك، فقد أصبت بأعراض فيروس كورونا المستجد (COVID-19) وخالطت حالة ثبتت إصابتها بفيروس كورونا المستجد (COVID-19)؛ أو

_____ My child experienced COVID-19 symptoms and self-isolated from the time my child was tested until the time we received a negative results or

_____ أصيب طفلي بأعراض فيروس كورونا المستجد (COVID-19) والتزم بالعزل الذاتي من وقت إجراء الاختبار له حتى وقت تلقي نتائج سلبية أو

_____ My child tested positive for COVID-19; or

_____ كانت نتيجة اختبار فيروس كورونا المستجد (COVID-19) لطفلي إيجابية؛ أو

_____ Testing was not available for my child however, my child had COVID-19 symptoms and had contact with a known COVID-19 case.

_____ لم يكن الاختبار متاحًا لطفلي، فقد أصيب طفلي بأعراض فيروس كورونا المستجد (COVID-19) وخالط حالة ثبتت إصابتها بفيروس كورونا المستجد (COVID-19).

Sworn and subscribed by me on (today's date) _____, 2020

أقسمت على هذا النموذج وأقررت بما فيه، في (تاريخ اليوم) _____، 2020

_____ (SIGNATURE)

_____ (التوقيع)

NOTE: YOUR SIGNATURE DOES NOT HAVE TO BE ACKNOWLEDGED BY A NOTARY PUBLIC; YOU ARE SWEARING TO THE VERACITY OF THE INFORMATION YOU HAVE PROVIDED ON THE FORM. Should at least one line above be initialed and this affirmation be sworn to as indicated, then based solely on such affirmation above, and accepting such information as fact, I, Gale R. Burstein, Commissioner, Erie County Department of Health, do hereby find the that the affirming individual herein met the criteria for precautionary quarantine, or mandatory quarantine, or mandatory isolation as the case may be during the dates affirmed to above.

ملاحظة: لا يجب أن يتم الاعتراف بتوقيعك بواسطة كاتب عدل؛ أنت تقسم على صحة المعلومات التي قدمتها في النموذج. حيث إنه تم التوقيع بالأحرف الأولى على سطر واحد على الأقل من المذكور أعلاه، وتم القسم على هذا التأكيد على النحو المبين، ثم بناءً على هذا التأكيد أعلاه فقط، وقبول المعلومات على أنها الحقيقة، أنا، Gale R. Burstein، مفوض إدارة الصحة في مقاطعة إيري (Erie County Department of Health)، أجد بموجب هذا أن الشخص المُقر هنا قد استوفى معايير الحجر الوقائي أو الحجر الإلزامي أو العزل الإلزامي كما تقتضي الحالة في خلال التواريخ المؤكدة أعلاه.

This form may be used for New York Paid Family Leave COVID-19 claims as if it was an individual Order for Quarantine or Isolation issued by the Erie County Commissioner of Health. More information about COVID Paid Family Leave can be found at <https://paidfamilyleave.ny.gov/COVID19> and <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcra-employee-paid-leave>.

يمكن استخدام هذا النموذج لمطالبات فيروس كورونا المستجد (COVID-19) الخاصة بالإجازات العائلية مدفوعة الأجر في نيويورك كما لو كان أمرًا فرديًا للحجر أو العزل صادرًا بواسطة مفوض إدارة الصحة في مقاطعة إيري (Erie County Commissioner of Health). يمكن العثور على المزيد من المعلومات حول الاجازات العائلية لفيروس كورونا المستجد (COVID-19) مدفوعة الأجر على <https://paidfamilyleave.ny.gov/COVID19> و <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcra-employee-paid-leave>.