

RETURN TO WORK AUTHORIZATION FOR NURSING HOME EMPLOYEES

নার্সিং হোমের কর্মীদের জন্য কাজে ফেরার অনুমতি

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

যদি আপনি COVID-19 এ আক্রান্ত হন বা আক্রান্ত হয়েছেন বলে সন্দেহ থাকে তাহলে সম্পূর্ণ করুন।

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

আমি, (ছাপানো নাম) _____, এতদ্বারা নিশ্চিত করছি যে: যদি আমার COVID-19 এর পরীক্ষার ফলাফল পজিটিভ থাকে ও আমার উপসর্গ দেখা না দেয়:

- I can return to work 14 days from my first positive COVID-19 test day.
- আমি আমার প্রথম পজিটিভ COVID-19 পরীক্ষার দিন থেকে 14 দিন পর কাজে ফিরতে পারি।

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

যদি আমার COVID-19 এর পরীক্ষার ফলাফল পজিটিভ থাকে ও আমার উপসর্গ দেখা দেয়:

- I can return to work 14 days after the onset of COVID-19 symptoms and
- আমি COVID-19 উপসর্গ কমার 14 দিন পর কাজে ফিরতে পারি এবং
- I have been fever free for at least 72 hours (3 days), without the use of fever-reducing medications, and
- স্বর কমানোর ঔষধগুলি ব্যবহার ছাড়াই আমি কমপক্ষে 72 ঘন্টা (3 দিন) স্বর মুক্ত ছিলাম, এবং
- My COVID-19 respiratory symptoms are improving.
- আমার COVID-19 শ্বাসযন্ত্রের উপসর্গগুলির উন্নতি হচ্ছে।

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 _____

নার্সিং হোম কর্মীদের জন্য কাজে ফেরার নির্দেশিকা এর সঙ্গে সংযুক্ত করা আছে। আমি (আজকের তারিখ)

_____, 2020 _____ তারিখে শপথ নিয়ে সাবস্ক্রাইব করেছি

(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.

(স্বাক্ষর) দ্রষ্টব্য: একজন নোটারি পাবলিক দ্বারা আপনার স্বাক্ষর স্বীকৃত করাতে হবে না; আপনি ফরমটিতে যে তথ্য প্রদান করেছেন তা যে সত্যি তার শপথ নিচ্ছেন।

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.

এই সুনিশ্চিত স্বীকৃতির জন্য যদি নির্দেশিত পদ্ধতি অনুসারে শপথ নেয়া হয়, তাহলে কেবলমাত্র উপরের সুনিশ্চিত স্বীকৃতির উপর ভিত্তি করেই নিতে হবে এবং এ জাতীয় তথ্যকে সত্য হিসাবে গ্রহণ করে, আমি, গেল আর বাসটাইন (Gale R. Burstein), এরি কাউন্টির স্বাস্থ্য বিভাগের কমিশনার, এতদ্বারা নিশ্চিত হয়েছি যে এখানে স্বীকৃতিপ্রাপ্ত ব্যক্তি বর্তমান এবং ভবিষ্যতের আদেশ, প্রোটোকল, নির্দেশ বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র সরকার, নিউ ইয়র্ক স্টেটের সরকার বা এরি কাউন্টি সরকার কর্তৃপক্ষের কোনো সংস্থা কর্তৃক প্রদত্ত অন্য কোনও সরকারি নির্দেশের সাপেক্ষে কাজে ফিরতে সক্ষম।

RETURN TO WORK AUTHORIZATION FOR PERSONS OTHER THAN NURSING HOME EMPLOYEES

নার্সিং হোমের কর্মীদের ছাড়া অন্যান্যদের জন্য কাজে ফেরার অনুমতি

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

যদি আপনি COVID-19 এ আক্রান্ত হন বা আক্রান্ত হয়েছেন বলে সন্দেহ থাকে তাহলে সম্পূর্ণ করুন।

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

আমি, (ছাপানো নাম) _____, এতদ্বারা নিশ্চিত করছি যে:

- 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
- প্রথম COVID-19 উপসর্গ (যেমন, জ্বর, কাশি বা শ্বাসকষ্ট) হদেখা দেওয়ার পর বা আমার উপসর্গহীন প্রথম পজিটিভ পরীক্ষার পর অন্তত 10 দিন নিভৃতবাসে ছিলাম এবং
- I have been fever free for at least 72 hours (3 days), without the use of fever-reducing medications, and

• স্বর কমানোর ঔষধগুলি ব্যবহার ছাড়াই আমি কমপক্ষে 72 ঘন্টা (3 দিন) স্বর মুক্ত ছিলাম, এবং

• My COVID-19 symptoms are improving.

• আমার COVID-19 উপসর্গগুলির উন্নতি হচ্ছে।

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.

আমি আরও সুনিশ্চিত করছি যে, যখন আমি কাজে ফিরব, তখন আমার COVID-19 উপসর্গ দেখা দেয়ার দিন থেকে বা আমার উপসর্গহীন প্রথম পজিটিভ পরীক্ষার পর অন্তত 14 দিন মাস্ক পরে থাকব।

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

আমি (আজকের তারিখ) _____, 2020 শপথ নিয়ে সাবস্ক্রাইব করেছি

_____ (SIGNATURE)

_____ (স্বাক্ষর)

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.

দ্রষ্টব্য: একজন নোটারি পাবলিক দ্বারা আপনার স্বাক্ষর স্বীকৃত করাতে হবে না; আপনি ফরমটিতে যে তথ্য প্রদান করেছেন তা যে সত্যি তার শপথ নিচ্ছেন। এই সুনিশ্চিত স্বীকৃতির জন্য যদি নির্দেশিত পদ্ধতি অনুসারে শপথ নেয়া হয়, তাহলে কেবলমাত্র উপরের সুনিশ্চিত স্বীকৃতির উপর ভিত্তি করেই নিতে হবে এবং এ জাতীয় তথ্যকে সত্য হিসাবে গ্রহণ করে, আমি, গেল আর বাসটাইন (Gale R. Burstein), এরি কাউন্টির স্বাস্থ্য বিভাগের কমিশনার, এতদ্বারা নিশ্চিত হয়েছি যে এখানে স্বীকৃতিপ্রাপ্ত ব্যক্তি বর্তমান এবং ভবিষ্যতের আদেশ, প্রোটোকল, নির্দেশ বা মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র সরকার, নিউ ইয়র্ক স্টেটের সরকার বা এরি কাউন্টি সরকার কর্তৃপক্ষের কোনো সংস্থা কর্তৃক প্রদত্ত অন্য কোনও সরকারি নির্দেশের সাপেক্ষে কাজে ফিরতে সক্ষম।

AFFIRMATION OF SELF-QUARANTINE OR SELF-ISOLATION COMPLETE SECTION

স্ব-কোয়ারেন্টিন বা নিভৃতবাসের সুনিশ্চিতকরণে জন্য বিভাগটি সম্পূর্ণ করুন

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

(1) COVID-19 এর কারণে যদি আপনি স্ব-কোয়ারেন্টিনে থাকেন তাহলে বিভাগটি সম্পূর্ণ করুন

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

(2) COVID-19 এ আক্রান্ত বা আক্রান্ত বলে সন্দেহের কারণে যদি নিভৃতবাসে থাকেন

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.

বিভাগ 1: আমি, (ছাপানো নাম) _____, এতদ্বারা সুনিশ্চিত করছি যে আমি _____, 2020 থেকে _____, 2020 পর্যন্ত নিউ ইয়র্ক স্টেটের স্বাস্থ্য বিভাগের জারি করা নির্দেশ ও প্রোটোকল অনুসারে স্ব-কোয়ারেন্টিনে ছিলাম।

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

বিশেষ করে, স্ব-কোয়ারেন্টিনের সময়, আমি এর নির্দেশিকা মেনে চলেছি: আবশ্যিক কোয়ারেন্টিন (প্রযোজ্য সবকটিতে সংক্ষিপ্ত স্বাক্ষর করুন)

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

_____ আমি COVID-19 পজিটিভ ব্যক্তির সংস্পর্শে বা আবশ্যিক নিভৃতবাসে ছিলেন এমন ব্যক্তির সংস্পর্শে ছিলাম অথবা

_____ 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

_____ আমি পশ্চিম নিউ ইয়র্কের বাইরের একটি অঞ্চল থেকে 14 দিনের মধ্যে ফিরে এসেছি, যেটি COVID-19 এর গোষ্ঠী সংক্রমণের জন্য পরিচিত অথবা

_____ 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

_____ আমার বাচ্চা COVID-19 পজিটিভ ব্যক্তির সংস্পর্শে বা আবশ্যিক নিভৃতবাসে ছিলেন এমন ব্যক্তির সংস্পর্শে ছিল অথবা

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

_____ আমার বাচ্চা পশ্চিম নিউ ইয়র্কের বাইরের একটি অঞ্চল থেকে 14 দিনের মধ্যে ফিরে এসেছে, যেটি COVID-19 এর গোষ্ঠী সংক্রমণের জন্য পরিচিত।

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.

এই ফর্মটি নিউ ইয়র্কের পেইড ফ্যামিলি লিভ COVID-19 দাবির জন্য ব্যবহার করা যেতে পারে, কারণ এটি এরি কাউন্টির স্বাস্থ্য কমিশনার কর্তৃক জারি করা নিভৃতবাস বা কোয়ারেন্টিনের জন্য পৃথক আদেশ।

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

কোভিড পেইড ফ্যামিলি লিভ সম্পর্কে আরও তথ্য এখানে আছে: <https://paidfamilyleave.ny.gov/COVID19> এবং <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcr-employee-paid-leave>.

SECTION 2:

বিভাগ 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.

আমি, (ছাপানো নাম) _____, এতদ্বারা সুনিশ্চিত করছি যে আমি _____, _____, 2020 থেকে _____, _____, 2020 পর্যন্ত নিউ ইয়র্ক স্টেটের স্বাস্থ্য বিভাগের জারি করা নির্দেশ ও প্রোটোকল অনুসারে নিভৃতবাসে ছিলাম।

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

বিশেষ করে, নিভৃতবাসের সময়, আমি এর নির্দেশিকা মেনে চলেছি: আবশ্যিক নিভৃতবাস (প্রযোজ্য সবকটিতে সংক্ষিপ্ত স্বাক্ষর করুন)

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

_____ আমি COVID-19 উপসর্গ অনুভব করেছিলাম এবং আমার ফলাফল পজিটিভ থেকে নেগেটিভ না হওয়া পর্যন্ত নিভৃতবাসে ছিলাম;

_____ 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

_____ আমার COVID-19 (NYS পেইড ফ্যামিলি লিভ COVID-19 নিভৃতবাসের জন্য আপনার স্বতন্ত্র আদেশ বা এরি কাউন্টির স্বাস্থ্য বিভাগের দ্বারা জারি করা নিভৃতবাসের জন্য স্থায়ী আদেশ জমা দিন) এর ফলাফল পজিটিভ এসেছিল; অথবা

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

_____ আমার জন্য পরীক্ষা না উপলভ্য হলেও, আমি COVID-19 এর উপসর্গ অনুভব করেছি এবং COVID-19 আক্রান্ত ব্যক্তির সংস্পর্শে ছিলাম; অথবা

_____ 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

_____ আমার বাচ্চা COVID-19 উপসর্গ অনুভব করেছে এবং তার ফলাফল পজিটিভ থেকে নেগেটিভ না হওয়া পর্যন্ত নিভৃতবাসে ছিল অথবা

_____ My child tested positive for COVID-19; or

_____ আমার বাচ্চার COVID-19 ফলাফল পজিটিভ এসেছে; অথবা

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

_____ আমার বাচ্চার জন্য পরীক্ষা না উপলভ্য হলেও, আমার বাচ্চা COVID-19 এর উপসর্গ অনুভব করেছে এবং COVID-19 আক্রান্ত ব্যক্তির সংস্পর্শে ছিল।

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

আমি (আজকের তারিখ) _____, 2020 শপথ নিয়ে সাবস্ক্রাইব করেছি

_____ (SIGNATURE)

_____ (স্বাক্ষর)

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.

দ্রষ্টব্য: একজন নোটারি পাবলিক দ্বারা আপনার স্বাক্ষর স্বীকৃত করাতে হবে না; আপনি ফরমটিতে যে তথ্য প্রদান করেছেন তা যে সত্যি তার শপথ নিচ্ছেন। উপরের কমপক্ষে একটি লাইন থাকা উচিত এবং নির্দেশ মতো এই সুনিশ্চিতয়ার জন্য শপথ নিয়ে, তারপরে কেবলমাত্র উপরের সুনিশ্চিতয়ার উপর ভিত্তি করে, এবং সেই তথ্য সত্য বলে গ্রহণ করে, আমি, গেল আর বাস্টাইন (Gale R. Burstein), এরি কাউন্টির স্বাস্থ্য বিভাগের কমিশনার, এতদ্বারা নিশ্চিত হয়েছি যে উপরে উল্লিখিত তারিখে উক্ত ব্যক্তি সতর্কতামূলক কোয়ারেন্টিন অথবা আবশ্যিক কোয়ারেন্টিন বা আবশ্যিক নিভৃতবাসে থাকার মাপদণ্ড পূরণ করেছে।

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>.

এই ফর্মটি নিউ ইয়র্কের পেইড ফ্যামিলি লিভ COVID-19 দাবির জন্য ব্যবহার করা যেতে পারে, কারণ এটি এরি কাউন্টির স্বাস্থ্য কমিশনার কর্তৃক জারি করা নিভৃতবাস বা কোয়ারেন্টিনের জন্য পৃথক আদেশ। কোভিড পেইড ফ্যামিলি লিভ সম্পর্কে আরও তথ্য এখানে আছে: <https://paidfamilyleave.ny.gov/COVID19> এবং <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcra-employee-paid-leave>.