

RETURN TO WORK AUTHORIZATION FOR NURSING HOME EMPLOYEES

ဘိုးဘွားရိပ်သာ စောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာ ဝန်ထမ်းများအတွက် အလုပ် ပြန်လည်လုပ်ကိုင်ရန် ခွင့်ပြုချက်

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

သင်သည် COVID-19 ရောဂါကူးစက် ခံထားရသူ သို့မဟုတ် သံသယရှိခံရသူဖြစ်ခဲ့လျှင် ဖြည့်စွက်ပါ။

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

ကျွန်ုပ်၊ (ရှင်းလင်းထင်ရှားစွာ ရေးပါ) _____သည် ဤတွင် အောက်ပါတို့ကို အတည်ပြုပါသည်- ကျွန်ုပ်တွင် COVID-19 ရောဂါရှိကြောင်း စစ်ဆေးတွေ့ရှိခဲ့ပြီး ရောဂါ လက္ခဏာများ ပြသမှုမရှိလျှင်-

- I can return to work 14 days from my first positive COVID-19 test day.
- ကျွန်ုပ်၏ COVID-19 ရောဂါ ပထမဆုံး စစ်ဆေးအတည်ပြုပြီးသည့် နေ့မှစ၍ ၁၄ ရက်အကြာတွင် အလုပ်ပြန်လုပ်နိုင်သည်။

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

ကျွန်ုပ်တွင် COVID-19 ရောဂါရှိကြောင်း စစ်ဆေးတွေ့ရှိခဲ့ပြီး ရောဂါ လက္ခဏာများ ထွက်ပေါ်လာလျှင်-

- I can return to work 14 days after the onset of COVID-19 symptoms and
- ကျွန်ုပ်သည် COVID-19 ရောဂါလက္ခဏာများ စတင်ပြသပြီးနောက် ၁၄ ရက်အကြာတွင် အလုပ်ပြန်လုပ်နိုင်သည်
- I have been fever free for at least 72 hours (3 days), without the use of fever-reducing medications, and
- ကျွန်ုပ်သည် အဖျားပျောက်ဆေးများသုံးစွဲခြင်းမရှိဘဲ အနည်းဆုံး ၇၂ နာရီ (၃ ရက်) အကြာတွင် နေပြန်ကောင်းလာခဲ့ပါသည်
- My COVID-19 respiratory symptoms are improving.

- ကျွန်ုပ်၏ COVID-19 အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာ လက္ခဏာများ တိုးတက်ကောင်းမွန်လာသည်။

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 _____

ဘိုးဘွားရိပ်သာ စောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာ ဝန်ထမ်းများ အလုပ်ပြန်လုပ်နိုင်ရန်အတွက် လက်ရှိလမ်းညွှန်ချက်ကို ဤနေရာတွင် ပူးတွဲဖော်ပြထားသည်။ _____၊ ၂၀၂၀ _____ (ယနေ့ ရက်စွဲ) တွင် ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် ကျမ်းကျိန်၍ လက်မှတ်ထိုးခဲ့သည်

(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.

(လက်မှတ်) မှတ်ချက်- သင်၏ လက်မှတ်ကို အစိုးရ စာချုပ်စာတမ်း သက်သေခံ ရှေ့နေတစ်ဦးက အသိအမှတ်ပြုပေးရန် မလိုပါ။ ဖောင်ထဲတွင် သင် ထည့်သွင်းထားသည့် အချက်အလက်များ မှန်ကန်ကြောင်း သင်က ကျမ်းကျိန်ပါသည်။

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.

ဤအတည်ပြုချက်ကို ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ကျမ်းကျိန်ပြီးလျှင် ထိုကဲ့သို့ အထက်ပါ အတည်ပြုချက်အပေါ်တွင်သာ အခြေခံ၍ အဆိုပါ အချက်အလက်များကို မှန်ကန်သည့် အချက်အလက်များဟု လက်ခံလျက် အီရီ ကောင်တီ ကျန်းမာရေးဌာန၏ ကော်မရှင်မင်းကြီးဖြစ်သူ ကျွန်ုပ်၊ Gale R. Burstein အနေဖြင့် ဤတွင်ဖော်ပြထားသော ကျမ်းကျိန်သည့်ပုဂ္ဂိုလ်သည် လက်ရှိနှင့် နောင်အချိန်တွင် ပြဋ္ဌာန်းမည့် အမိန့်များ၊ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ၊ လမ်းညွှန်ချက် သို့မဟုတ် သက်ဆိုင်ရာကိစ္စရပ်အတွက် လုပ်ပိုင်ခွင့်ရှိသော အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု အစိုးရ၊ နယူးယောက်ပြည်နယ် အစိုးရ သို့မဟုတ် အီရီ ကောင်တီ အစိုးရ၏ အေဂျင်စီတစ်ခုခုက ပြဋ္ဌာန်းထားသည့် အခြားတရားဝင် ညွှန်ကြားချက်မှန်သမျှနှင့်အညီ အလုပ်ပြန်ဝင်နိုင်ကြောင်း ဤတွင် တွေ့ရှိရပါသည်။

RETURN TO WORK AUTHORIZATION FOR PERSONS OTHER THAN NURSING HOME EMPLOYEES

ဘိုးဘွားရိပ်သာ စောင့်ရှောက်ရေးဂေဟာ ဝန်ထမ်းများ မဟုတ်သော အခြားဝန်ထမ်းများအတွက် အလုပ် ပြန်လည်လုပ်ကိုင်ရန် ခွင့်ပြုချက်

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

သင်သည် COVID-19 ရောဂါကူးစက် ခံထားရသူ သို့မဟုတ် သံသယရှိခံရသူဖြစ်ခဲ့လျှင် ဖြည့်စွက်ပါ။

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

ကျွန်ုပ်၊ (ရှင်းလင်းထင်ရှားစွာ ရေးပါ) _____သည် ဤတွင် အောက်ပါတို့ကို အတည်ပြုပါသည်-

- 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
- ကျွန်ုပ်သည် COVID-19 ရောဂါလက္ခဏာများ (ဥပမာ - ဖျားခြင်း၊ ချောင်းဆိုးခြင်း သို့မဟုတ် အသက်ရှူရခက်ခြင်း) ကို ပထမဆုံး ခံစားရပြီးနောက် အနည်းဆုံး ၁၀ ရက်ကြာ သို့မဟုတ် ရောဂါ လက္ခဏာများ မပြသလျှင် ပထမဆုံးအကြိမ် ရောဂါစစ်ဆေးတွေ့ရှိပြီးနောက် ၁၀ ရက်အကြာထိ သီးခြားခွဲနေထိုင်ခဲ့ပါသည်
- I have been fever free for at least 72 hours (3 days), without the use of fever-reducing medications, and
- ကျွန်ုပ်သည် အဖျားပျောက်ဆေးများသုံးစွဲခြင်းမရှိဘဲ အနည်းဆုံး ၇၂ နာရီ (၃ ရက်) အကြာတွင် နေပြန်ကောင်းလာခဲ့ပါသည်
- My COVID-19 symptoms are improving.
- ကျွန်ုပ်၏ COVID-19 လက္ခဏာများ တိုးတက်ကောင်းမွန်လာသည်။

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.

ကျွန်ုပ် အလုပ်ပြန်ဝင်သည့်အခါ COVID-19 ရောဂါလက္ခဏာများ စတင်ခံစားရသည့်နေ့မှ အနည်းဆုံး ၁၄ ရက်ကြာအထိ သို့မဟုတ် ရောဂါလက္ခဏာများမပြသလျှင် ပထမဆုံးအကြိမ် ရောဂါစစ်ဆေးတွေ့ရှိပြီးနောက် အနည်းဆုံး ၁၄ ရက်ကြာအထိ မျက်နှာဖုံး ဝတ်ဆင်ပါမည်ဟု ထပ်မံ အတည်ပြုပါသည်။

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

_____, ၂၀၂၀ (ယနေ့ရက်စွဲ) တွင် ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် ကျမ်းကျိန်၍ လက်မှတ်ထိုးခဲ့ပါသည်

_____ (SIGNATURE)

_____ (လက်မှတ်)

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.

မှတ်ချက်- သင်၏ လက်မှတ်ကို အစိုးရ စာချုပ်စာတမ်း သက်သေခံ ရှေ့နေတစ်ဦးက အသိအမှတ်ပြုပေးရန် မလိုပါ။ ဖောင်ထဲတွင် သင် ထည့်သွင်းထားသည့် အချက်အလက်များ မှန်ကန်ကြောင်း သင်က ကျမ်းကျိန်ပါသည်။ ဤအတည်ပြုချက်ကို ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ကျမ်းကျိန်ပြီးလျှင် ထိုကဲ့သို့ အထက်ပါ အတည်ပြုချက်အပေါ်တွင်သာ အခြေခံ၍ အဆိုပါ အချက်အလက်များကို မှန်ကန်သည့် အချက်အလက်များဟု လက်ခံလျက် အီရီ ကောင်တီ ကျန်းမာရေးဌာန၏ ကော်မရှင်မင်းကြီးဖြစ်သူ ကျွန်ုပ်၊ Gale R. Burstein အနေဖြင့် ဤတွင်ဖော်ပြထားသော ကျမ်းကျိန်သည့်ပုဂ္ဂိုလ်သည် လက်ရှိနှင့် နောင်အချိန်တွင် ပြဋ္ဌာန်းမည့် အမိန့်များ၊ လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ၊ လမ်းညွှန်ချက် သို့မဟုတ် သက်ဆိုင်ရာကိစ္စရပ်အတွက် လုပ်ပိုင်ခွင့်ရှိသော အမေရိကန်ပြည်ထောင်စု အစိုးရ၊ နယူးယောက်ပြည်နယ် အစိုးရ သို့မဟုတ် အီရီ ကောင်တီ အစိုးရ၏ အေဂျင်စီတစ်ခုခုက ပြဋ္ဌာန်းထားသည့် အခြားတရားဝင် ညွှန်ကြားချက်မှန်သမျှနှင့်အညီ အလုပ်ပြန်ဝင်နိုင်ကြောင်း ဤတွင် တွေ့ရှိရပါသည်။

AFFIRMATION OF SELF-QUARANTINE OR SELF-ISOLATION COMPLETE SECTION

ကိုယ်တိုင် အသွားအလာကန့်သတ်စောင့်ကြည့်မှု သို့မဟုတ် ကိုယ်တိုင် သီးခြားခွဲနေထိုင်မှု ပြီးဆုံးသွားကြောင်း အတည်ပြုချက် ကဏ္ဍ

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

(1) သင်သည် COVID-19 ရောဂါရှိသူနှင့် ထိတွေ့မှုကြောင့် ကိုယ်တိုင် အသွားအလာကန့်သတ်စောင့်ကြည့်မှု လုပ်ဆောင်ပြီးပါက ဖြည့်စွက်ရမည့် ကဏ္ဍ

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

(2) သင်သည် COVID-19 ရောဂါကူးစက်ကြောင်း အတည်ပြုလူနာ သို့မဟုတ် သံသယလူနာဖြစ်သောကြောင့် ကိုယ်တိုင် သီးခြားခွဲနေထိုင်ခဲ့ပါက

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.

အပိုင်း ၁ ကျွန်ုပ်၊ (အမည်အပြည့်အစုံ ဖော်ပြပါ) _____ သည် နယူးယောက်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာနမှ ထုတ်ပြန်ထားသော လမ်းညွှန်ချက်နှင့် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းနှင့်အညီ _____၊ ၂၀၂၀ မှ _____၊ ၂၀၂၀ အထိ ကိုယ်တိုင် အသွားအလာကန့်သတ်စောင့်ကြည့်မှုကို လုပ်ဆောင်ခဲ့ပြီးကြောင်း ဤနေရာတွင် အတည်ပြုပါသည်။

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

အထူးသဖြင့် ကိုယ်တိုင် အသွားအလာကန့်သတ်စောင့်ကြည့်မှု ကာလအတွင်း ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါအတွက် လမ်းညွှန်ချက်ကို လိုက်နာခဲ့ပါသည်- မဖြစ်မနေလိုက်နာရမည့် အသွားအလာကန့်သတ်စောင့်ကြည့်မှု (သက်ဆိုင်သည့် အားလုံးတွင် အမှတ်အသားပြုပါ)

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

_____ ကျွန်ုပ်သည် COVID19 ရောဂါရှိသည်ဟု စစ်ဆေးတွေ့ရှိခဲ့သူ သို့မဟုတ် မဖြစ်မနေလိုက်နာရမည့် သီးခြားခွဲနေထိုင်မှု ကာလကို လိုက်နာနေထိုင်နေခဲ့သူ တစ်ဦးဦးနှင့် အနီးကပ် ထိတွေ့ဆက်ဆံမှု ရှိခဲ့ပါသည် သို့မဟုတ်

_____ 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

_____ ကျွန်ုပ်သည် ၁၄ ရက်အတွင်း ဒေသတွင်း COVID-19 ကူးစက်မှု ဖြစ်ပွားနေသည်ဟု သိထားသော နယူးယောက်ပြည်နယ် အနောက်ပိုင်း ပြင်ပရှိ နေရာတစ်ခုမှ ပြန်လာခဲ့ပါသည် သို့မဟုတ်

_____ 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

_____ ကျွန်ုပ်၏ကလေးသည် COVID-19 ရောဂါရှိသည်ဟု စစ်ဆေးတွေ့ရှိခဲ့သူ သို့မဟုတ် မဖြစ်မနေလိုက်နာရမည့် သီးခြားခွဲနေထိုင်မှု ကာလကို လိုက်နာနေထိုင်နေခဲ့သူ တစ်ဦးဦးနှင့် အနီးကပ် ထိတွေ့ဆက်ဆံမှု ရှိခဲ့ပါသည် သို့မဟုတ်

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

_____ ကျွန်ုပ်၏ ကလေးသည် ၁၄ ရက်အတွင်း ဒေသတွင်း COVID-19 ကူးစက်မှု ဖြစ်ပွားနေသည်ဟု သိထားသော နယူးယောက်ပြည်နယ် အနောက်ပိုင်း ပြင်ပရှိ နေရာတစ်ခုမှ ပြန်လာခဲ့ပါသည်။

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.

ဤဖောင်သည် အီရီ ကောင်စီ ကျန်းမာရေး ကော်မရှင်နာမင်းကြီးက ထုတ်ပြန်ထားသည့် တစ်ဦးချင်းဆိုင်ရာ အသွားအလာ ကန့်သတ်စောင့်ကြည့်မှု သို့မဟုတ် သီးခြားခွဲနေထိုင်မှု အမိန့်တစ်ခုဖြစ်သည့်အတွက် ၎င်းကို နယူးယောက်ပြည်နယ် လစာဖြင့် မိသားစု ခွင့်ယူမှုအသုံးပြု၍ COVID-19 ထောက်ပံ့ကြေး တောင်းဆိုမှုများအတွက် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။

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>.

COVID ကြောင့် လစာဖြင့် မိသားစု ခွင့်ယူခြင်းအကြောင်း နောက်ထပ် အချက်အလက်များကို <https://paidfamilyleave.ny.gov/COVID19> နှင့် <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcr-employee-paid-leave> တွင် တွေ့နိုင်ပါသည်။

SECTION 2:

အပိုင်း ၂-

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.

ကျွန်ုပ်၊ (အမည်အပြည့်အစုံ ဖော်ပြပါ) _____ သည် နယူးယောက်ပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာနမှ ထုတ်ပြန်ထားသော လမ်းညွှန်ချက်နှင့် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းနှင့်အညီ _____၊ _____၊ ၂၀၂၀ မှ _____၊ _____၊ ၂၀၂၀ အထိ ကိုယ်တိုင် သီးခြားခွဲနေထိုင်မှုကို လုပ်ဆောင်ခဲ့ပြီးကြောင်း ဤတွင် အတည်ပြုပါသည်။

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

အထူးသဖြင့် ကိုယ်တိုင် သီးခြားခွဲနေထိုင်မှု ကာလအတွင်း ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါအတွက် လမ်းညွှန်ချက်ကို လိုက်နာခဲ့ပါသည်- မဖြစ်မနေလိုက်နာရမည့် သီးခြားခွဲနေထိုင်မှု (သက်ဆိုင်သည့် အားလုံးတွင် အမှတ်အသားပြုပါ)

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

_____ ကျွန်ုပ်သည် COVID-19 ရောဂါလက္ခဏာများကို ခံစားခဲ့ရပြီး ကျွန်ုပ်ကို ရောဂါရှိမရှိ စစ်ဆေးခဲ့သည့် အချိန်မှစ၍ ကျွန်ုပ်၏ ရောဂါ ကူးစက်မှုမရှိကြောင်း အဖြေများကို လက်ခံရရှိသည့်အချိန်အထိ ကိုယ်တိုင် သီးခြားခွဲနေထိုင်ခဲ့ပါသည် သို့မဟုတ်

_____ 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

_____ ကျွန်ုပ်တွင် COVID-19 ရောဂါရှိကြောင်း စစ်ဆေးတွေ့ရှိခဲ့သည် (COVID-19 ကြောင့် NYS ၏ လစာဖြင့် မိသားစုခွင့် ရယူရန်အတွက် အီရီ ကောင်တီ ကျန်းမာရေးဌာနက ထုတ်ပြန်ထားသော သင်၏ တစ်ဦးချင်းဆိုင်ရာ သီးခြားခွဲနေထိုင်မှု အမိန့် သို့မဟုတ် သီးခြားခွဲနေထိုင်မှုဆိုင်ရာ တည်မြဲအမိန့်ကို တင်သွင်းပါ) သို့မဟုတ်

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

_____ ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် COVID-19 ရောဂါလက္ခဏာများ ခံစားခဲ့ရပြီး COVID-19 ရောဂါကူးစက်ကြောင်း အတည်ပြုလူနာတစ်ဦးနှင့် ထိတွေ့ခဲ့သော်လည်း စစ်ဆေးမှု မလုပ်ဆောင်နိုင်ခဲ့ပါ သို့မဟုတ်

_____ 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

_____ ကျွန်ုပ်၏ ကလေးသည် COVID-19 ရောဂါလက္ခဏာများကို ခံစားခဲ့ရပြီး ၎င်းကို ရောဂါရှိမရှိ စစ်ဆေးခဲ့သည့် အချိန်မှစ၍ ၎င်း၏ ရောဂါ ကူးစက်မှုမရှိကြောင်း အဖြေများကို ကျွန်ုပ်တို့ လက်ခံရရှိသည့်အချိန်အထိ ၎င်းက ကိုယ်တိုင် သီးခြားခွဲနေထိုင်ခဲ့ပါသည် သို့မဟုတ်

_____ My child tested positive for COVID-19; or

_____ ကျွန်ုပ်၏ ကလေးတွင် COVID-19 ရောဂါရှိကြောင်း စစ်ဆေးတွေ့ရှိခဲ့သည် သို့မဟုတ်

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

_____ ကျွန်ုပ်၏ ကလေးသည် COVID-19 ရောဂါလက္ခဏာများ ခံစားခဲ့ရပြီး COVID-19 အတည်ပြုလူနာတစ်ဦးနှင့် ထိတွေ့ခဲ့သော်လည်း စစ်ဆေးမှု မလုပ်ဆောင်နိုင်ခဲ့ပါ။

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

_____, ၂၀၂၀ (ယနေ့ရက်စွဲ) တွင် ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် ကျမ်းကျိန်၍ လက်မှတ်ထိုးခဲ့ပါသည်

_____ (SIGNATURE)

_____ (လက်မှတ်)

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.

မှတ်ချက်- သင်၏ လက်မှတ်ကို အစိုးရ စာချုပ်စာတမ်း သက်သေခံ ရှေ့နေတစ်ဦးက အသိအမှတ်ပြုပေးရန် မလိုပါ။ ဖောင်ထဲတွင် သင် ထည့်သွင်းထားသည့် အချက်အလက်များ မှန်ကန်ကြောင်း သင်က ကျမ်းကျိန်ပါသည်။ အနည်းဆုံး အထက်ပါ စာကြောင်းတစ်ကြောင်းတွင် လက်မှတ်တိုထိုးထားပြီး ဤအတည်ပြုချက်ကို ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ကျမ်းကျိန်ထားလျှင် ထိုကဲ့သို့ အထက်ပါ အတည်ပြုချက်အပေါ်တွင်သာ အခြေခံ၍ အဆိုပါ အချက်အလက်များကို မှန်ကန်သည့် အချက်အလက်များဟု လက်ခံလျက် အီရီ ကောင်တီ ကျန်းမာရေးဌာန၏ ကော်မရှင်မင်းကြီးဖြစ်သူ ကျွန်ုပ်၊ Gale R. Burstein အနေဖြင့် ဤတွင် ကျမ်းကျိန်သည့် ပုဂ္ဂိုလ်သည် သက်ဆိုင်ရာ အခြေအနေကိုလိုက်၍ အထက်တွင် အတည်ပြုထားသည့် ရက်စွဲများအတွင်း ကြိုတင်ကာကွယ်ဆောင်ရွက်သော အသွားအလာကန့်သတ်စောင့်ကြည့်မှု သို့မဟုတ် မဖြစ်မနေ လိုက်နာရမည့် အသွားအလာကန့်သတ်စောင့်ကြည့်မှု သို့မဟုတ် မဖြစ်မနေ လိုက်နာရမည့် သီးခြားခွဲနေထိုင်မှုအတွက် သတ်မှတ်စံနှုန်းကို ပြည့်မီခဲ့ကြောင်း ဤတွင် တွေ့ရှိရပါသည်။

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>.

ဤဖောင်သည် အီရီ ကောင်စီ ကျန်းမာရေး ကော်မရှင်နာမင်းကြီးက ထုတ်ပြန်ထားသည့် တစ်ဦးချင်းဆိုင်ရာ အသွားအလာ ကန့်သတ်စောင့်ကြည့်မှု သို့မဟုတ် သီးခြားခွဲနေထိုင်မှု အမိန့်တစ်ခုဖြစ်သည့်အတွက် ၎င်းကို နယူးယောက်ပြည်နယ် လစာဖြင့် မိသားစု ခွင့်ယူမှုအသုံးပြု၍ COVID-19 ထောက်ပံ့ကြေး တောင်းဆိုမှုများအတွက် အသုံးပြုနိုင်ပါသည်။ COVID ကြောင့် လစာဖြင့် မိသားစု ခွင့်ယူခြင်းအကြောင်း နောက်ထပ် အချက်အလက်များကို <https://paidfamilyleave.ny.gov/COVID19> နှင့် <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcra-employee-paid-leave> တွင် တွေ့ရှိနိုင်ပါသည်။