

RETURN TO WORK AUTHORIZATION FOR NURSING HOME EMPLOYEES

नर्सिङ होमका कर्मचारीहरूका लागि काममा फर्कने सम्बन्धी अधिकार-पत्र

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

तपाईंलाई COVID-19 मामिलाको पुष्टि वा यस्तो भएको शङ्का भएमा पूरा गर्नुहोस्।

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

म (स्पष्ट बुझ्नेगरी नाम लेख्नुहोस्) _____, यसद्वारा यो पुष्टि गर्दछु कि: यदि मलाई COVID-19 परीक्षणमा पोजेटिभ पाइयो अनि ममा यसको लक्षण देखिएको छैन भने:

- I can return to work 14 days from my first positive COVID-19 test day.
- म आफ्नो पहिलो पोजेटिभ COVID-19 परीक्षण भएको दिनको 14 दिनपछि काममा फर्कन सक्छु।

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

यदि मलाई COVID-19 परीक्षणमा पोजेटिभ देखियो वा लक्षण देखिएमा:

- I can return to work 14 days after the onset of COVID-19 symptoms and
- म COVID-19 लक्षणहरू सुरु भएको 14 दिनपछि काममा फर्कन सक्छु र
- I have been fever free for at least 72 hours (3 days), without the use of fever-reducing medications, and
- मलाई ज्वरो कम गर्ने औषधिहरूको प्रयोग विना नैकम्तीमा पनि 72 घण्टा (3 दिन) -देखि ज्वरो आएको छैन र
- My COVID-19 respiratory symptoms are improving.
- मेरो COVID-19 सम्बन्धी श्वासप्रश्वास लक्षणहरूमा सुधार आइरहेको छ।

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 _____

नर्सिड होम कर्मचारीहरूका लागि काममा फर्कने सम्बन्धी हालको निर्देशिका यसको साथ संलग्न गरिएको छ।
(आजको मिति) _____, 2020 _____-मा मद्द्वारा शपथ लिइयो र
हस्ताक्षर गरियो

(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.

(हस्ताक्षर) नोट: तपाईंको हस्ताक्षर नोटरी पब्लिकद्वारा स्वीकृत हुनुपर्दैन; तपाईंले फाराममा उपलब्ध गराउनुभएका
जानकारी सत्य छ भनी शपथ लिँदै हुनुहुन्छ।

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.

यस पुष्टिकरणमा उल्लेख गरिएअनुसार शपथ लिनुपरेमा, त्यस स्थितिमा माथिको उक्त पुष्टिकरणको एकल
निर्णयको आधारमा र तथ्य अनुसार उक्त जानकारी स्वीकार गर्दै, म Gale R. Burstein, एरी काउण्टी स्वास्थ्य
विभाग (Erie County Department of Health) को आयुक्त, यसद्वारा यहाँ पुष्टि गर्ने व्यक्ति यस मामिलामा
निर्णय लिने अधिकार भएका संयुक्त राज्य अमेरिका, न्यूयोर्क राज्य सरकार वा एरी काउण्टी सरकारका कुनै पनि
निकायद्वारा गरिएका वर्तमान र भावी आदेश, प्रोटोकलहरू, निर्देशिका वा अन्य कुनै पनि आधिकारिक निर्देशनको
अधीनमा काममा फर्कन सक्षम हुनुहुन्छ।

RETURN TO WORK AUTHORIZATION FOR PERSONS OTHER THAN NURSING HOME EMPLOYEES

नर्सिङ होमका कर्मचारीहरू बाहेक अन्य व्यक्तिहरूका लागि काममा फर्कने सम्बन्धी अधिकार-पत्र

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

तपाईंलाई COVID-19 मामिलाको पुष्टि वा यस्तो भएको शङ्का भएमा पूरा गर्नुहोस्।

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

म स्पष्ट बुझ्नेगरी (नाम लेख्नुहोस्) _____, यहाँ यो पुष्टि गर्दछु कि:

- 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
- मैले COVID-19 का लक्षणहरू (उदाहरण, ज्वरो आउने, खोकी लाग्ने वा श्वासप्रश्वासमा कठिनाइ हुने) अनुभव गरेको पहिलो दिनदेखि कम्तीमा 10 दिनसम्म वा लक्षण नदेखिएको स्थितिमा आफ्नो पहिलो पोजेटिभ परीक्षण गरेको 10 दिनसम्म आइसोलेसन कायम राखेको छु र
- I have been fever free for at least 72 hours (3 days), without the use of fever-reducing medications, and
- मलाई ज्वरो कम गर्ने औषधिहरूको प्रयोग विना मै कम्तीमा 72 घण्टा (3 दिन) सम्म ज्वरो आएको छैन र
- My COVID-19 symptoms are improving.
- मेरा COVID-19 का लक्षणहरूमा सुधार आइरहेको छ।

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.

म थप पुष्टि गर्छु कि, म काममा फर्किएपछि, मैले COVID-19 का लक्षणहरू अनुभव गर्न सुरु गरेको मितिबाट कम्तीमा पनि 14 दिनसम्म वा लक्षण नदेखिएको मामिलामा आफ्नो पहिलो पोजेटिभ परीक्षण गरेको कम्तीमा पनि 14 दिनसम्म फेसमास्क लगाउनेछु।

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

(आजको मिति) _____, 2020-मा मद्दारा शपथ लिइयो हस्ताक्षर गरियो

_____ (SIGNATURE)

_____ (हस्ताक्षर)

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 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.

नोट: तपाईंको हस्ताक्षर नोटरी पब्लिकद्वारा स्वीकृत हुनुपर्दैन; तपाईंले फाराममा उपलब्ध गराउनुभएका जानकारी सत्य छ भनी शपथ लिंदै हुनुहुन्छ। यस पुष्टिकरणमा उल्लेख गरिएअनुसार शपथ लिनुपरेमा, त्यस स्थितिमा माथिको उक्त पुष्टिकरणको एकल निर्णयको आधारमा र तथ्य अनुसार उक्त जानकारी स्वीकार गर्दै, म Gale R. Burstein, एरी काउण्टी स्वास्थ्य विभाग (Erie County Department of Health) को आयुक्त, यसद्वारा यहाँ पुष्टि गर्ने व्यक्ति यस मामिलामा निर्णय लिने अधिकार भएका संयुक्त राज्य अमेरिका, न्यूयोर्क राज्य सरकार वा एरी काउण्टी सरकारका कुनै पनि निकायद्वारा गरिएका वर्तमान र भावी आदेश, प्रोटोकलहरू, निर्देशिका वा अन्य कुनै पनि आधिकारिक निर्देशनको अधीनमा काममा फर्कन सक्षम हुनुहुन्छ भनी पत्ता लगाउँछु।

AFFIRMATION OF SELF-QUARANTINE OR SELF-ISOLATION COMPLETE SECTION

स्वयं-क्वारेन्टाइन वा स्वयं-आइसोलेसन सम्बन्धी पुष्टिकरणखण्ड पूरा गर्नुहोस्

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

(1) तपाईं COVID-19 -को जोखिममा पर्नुभएको कारण स्वयं-क्वारेन्टाइन हुनुभएको छ भने खण्ड पूरा गर्नुहोस्

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

(2) तपाईं COVID-19 भएको पुष्टि वा यस्तो भएको शङ्काको कारण स्वयं-आइसोलेट हुनुभएको छ भने

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.

खण्ड 1: म (स्पष्ट बुझ्नेगरी नाम लेख्नुहोस्) _____, यसद्वारा आफू न्यूयोर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग (New York State Department of Health) द्वारा जारी गरिएका निर्देशिका र प्रोटोकलसँग अनुरूप रहेर को पालना गर्दै _____, 2020 देखि _____, 2020 सम्म स्वयं-क्वारेन्टाइन मा भएको पुष्टि गर्दछु।

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

विशेषगरी, स्वयं-क्वारेन्टाइनको अवधिमा, मैले : क्वारेन्टाइनको लागि अनिवार्य निर्देशहरू (लागू हुने सबैमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्)

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

_____ म COVID19 को परीक्षणमा पोजेटिभ पाइएको वा उक्त समयमा अनिवार्य आइसोलेसनमा रहेको कोही व्यक्तिको नजिकको सम्पर्कमा आएको थिएँ; वा

_____ 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

_____ म COVID-19 को सामुदायिक फैलाव भयो भनी ज्ञात भएको वेस्टर्न न्यूयोर्कको बाहिरी क्षेत्रबाट फर्किएको 4 दिन पुगेको छैन: वा

_____ 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

_____ मेरो बच्चा COVID-19 को परीक्षणमा पोजेटिभ पाइएको वा उक्त समयमा अनिवार्य आइसोलेसनमा रहेको कोही व्यक्तिको नजिकको सम्पर्कमा आउनुभएको थियो; वा

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

_____ मेरो बच्चा COVID-19 को सामुदायिक फैलाव भयो भनी ज्ञात भएको वेस्टर्न न्यूयोर्कको बाहिरी क्षेत्रबाट फर्किनुभएको 14 दिन पुगेको छैन।

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.

यो फारामलाई एरी काउण्टी स्वास्थ्य आयुक्त (Erie County Commissioner of Health) द्वारा जारी गरिएको क्वारेन्टाइन वा आइसोलेसन सम्बन्धी व्यक्तिगत आदेश को रूपमा, न्यूयोर्क तलबसहितको पारिवारिक बिदा COVID-19 दाबीहरूका लागि प्रयोग गर्न सकिन्छ।

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>.

COVID तलबसहितको पारिवारिक बिदाको बारेमा थप जानकारी <https://paidfamilyleave.ny.gov/COVID19> र <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcra-employee-paid-leave> मा पाउन सकिन्छ।

SECTION 2:

खण्ड 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.

म (स्पष्ट बुझ्नेगरी नाम लेख्नुहोस्) _____, यसद्वारा आफू न्यूयोर्क राज्य स्वास्थ्य विभाग (New York State Department of Health) द्वारा जारी गरिएका निर्देशिका र प्रोटोकलसँग अनुरूप रहेर प्रोटोकल को पालना गर्दै _____, _____, 2020 देखि _____, _____, 2020 सम्म स्वयं-आइसोलेट मा रहेको पुष्टि गर्दछु।

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

विशेष गरी, स्वयं-आइसोलेसनको अवधिमा, मैले : आइसोलेसनको लागि अनिवार्य निर्देशहरू पूरा गरें (लागू हुने सबैमा हस्ताक्षर गर्नुहोस्)

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

_____ मैले COVID-19-का लक्षणहरू अनुभव गरें र मेरो परीक्षण गरिएको समयदेखि आफ्ना नेगेटिभ नतिजाहरू प्राप्त गरेको समयसम्म स्वयं-आइसोलेट भएँ; वा

_____ 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

_____ मलाई COVID-19 को परीक्षणमा पोजेटिभ पाइयो (NYS तलबसहितको पारिवारिक बिदा COVID-19 को लागि, तपाईं लाई व्यक्तिगत रूपमा दिइएको आइसोलेसन आदेश वा एरी काउण्टी स्वास्थ्य विभाग (Erie County Department of Health) द्वारा जारी गरिएको आइसोलेसनमा रहने आदेश पेश गर्नुहोस्); वा

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

_____ मैले COVID-19 का लक्षणहरू अनुभव गरेको भए तापनि र COVID-19 -को मामिलाको पुष्टि गरिएको व्यक्तिको सम्पर्कमा रहेपनि, मेरो लागि परीक्षण उपलब्ध थिएन; वा

_____ 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

_____ मेरो बच्चाले COVID-19 -का लक्षणहरू अनुभव गर्नुभयो र मेरो बच्चाको परीक्षण गरिएको समयदेखि हामीले नेगेटिभ नतिजाहरू प्राप्त गर्ने समयसम्म स्वयं-आइसोलेट हुनुभयो वा

_____ My child tested positive for COVID-19; or

_____ मेरो बच्चालाई COVID-19 को परीक्षणमा पोजेटिभ पाइयो; वा

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

_____ मेरो बच्चालाई COVID-19 का लक्षणहरू भए तापनि र उहाँ COVID-19 -को मामिला ज्ञात भएको व्यक्तिको सम्पर्कमा म रहेको भए तापनि, मेरो बच्चाको लागि परीक्षण उपलब्ध थिएन।

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

(आजको मिति) _____, 2020 -मा मद्द्वारा शपथ लिइयो र हस्ताक्षर गरियो

_____ (SIGNATURE)

_____ (हस्ताक्षर)

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.

नोट: तपाईंको हस्ताक्षर नोटरी पब्लिकद्वारा स्वीकृत हुनुपर्दैन; तपाईंले फाराममा उपलब्ध गराउनुभएका जानकारी सत्य छ भनी शपथ लिँदै हुनुहुन्छ। माथि दिइएको कम्तीमा पनि एउटा रेखामा हस्ताक्षर गर्नुपरेमा र उल्लेख गरिएअनुसार शपथ लिइनुपर्ने भएमा, माथिको उक्त पुष्टिकरणको एकल निर्णयको आधारमा र तथ्य अनुसार उक्त जानकारी स्वीकार गर्दै, म Gale R. Burstein, एरी काउण्टी स्वास्थ्य विभाग (Erie County Department of Health) को आयुक्त, यहाँ पुष्टि गर्ने व्यक्तिले माथि पुष्टि गरिएका मितिको अवधिमा मामिला अनुसार को सावधानी क्वारेन्टाइन वा अनिवार्य क्वारेन्टाइन वा अनिवार्य आइसोलेसनका मापदण्ड हरू पूरा गर्नुभएको बारेमा पत्ता लगाउँछु।

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>.

यो फारामलाई एरी काउण्टी स्वास्थ्य आयुक्त (Erie County Commissioner of Health) द्वारा जारी गरिएको क्वारेन्टाइन वा आइसोलेसन सम्बन्धी व्यक्तिगत आदेश को रूपमा, यो फाराम न्यूयोर्क तलबी पारिवारिक बिदा COVID-19 दाबीहरूका तलबसहितको प्रयोग गर्न सकिन्छ। COVID तलबसहितको पारिवारिक बिदाको बारेमा थप जानकारी <https://paidfamilyleave.ny.gov/COVID19> र <https://www.dol.gov/agencies/whd/pandemic/ffcra-employee-paid-leave> मा पाउन सकिन्छ।