Сан-Франциско стремится к тому, чтобы все, кто хочет получить вакцину от COVID-19, могли бы ее получить, когда они имеют на это право, независимо от их иммиграционного статуса, расы, этнической принадлежности, национальности, страховки или другого защищенного класса, а также в соответствии с действующими нормами и законодательством

***Пожалуйста, пишите разборчивыми печатными буквами. Напишите свой почтовый индекс в Сан Франциско и поставьте отметку, живете ли вы там, или работаете, или и то, и другое.***

**ИМЯ Второе Имя (Отчество) или Инициал ФАМИЛИЯ**

**ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ / ДД / ГГГГ) САН-ФРАНЦИСКО ИНДЕКС 🞎 Проживаю 🞎 Работаю**

***Что дает вам право на вакцинацию? (Вы можете отметить несколько пунктов)***

**🞎 Медработник 🞎 Бездомность**

**🞎 Работник Экстренных Служб 🞎 Проживание илиРабота в Тесноте**

**🞎 Продовольственный или Сельскохозяйственный Рабочий 🞎 Возраст 65 лет или старше**

**🞎 Работник Образования или Детский Работник**

**🞎 Состояние Здоровья**

**🞎 Инвалидность**

**СВИДЕТЕЛЬСТВО**

**1.** Я - лицо, указанное выше (либо родитель или законный опекун указанного выше несовершеннолетнего, либо законный опекун указанного выше взрослого).

**2.** Я понимаю, что мое право на вакцинацию от COVID-19 в настоящее время основано на критериях, установленных Центрами по контролю за заболеваниями (CDC), Департаментом общественного здравоохранения Калифорнии (CDPH) и Департаментом общественного здравоохранения Сан-Франциско (SFDPH).

**3.** Я подтверждаю, что в настоящее время имею право на вакцинацию в соответствии с критериями, отмеченными выше.

**4.** Я заявляю, что вышеизложенное верно и правдиво, насколько мне известно.

**ПОДПИСЬ ДАТА**

**Или ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ или ОПЕКУНА ДАТА**