San Francisco está comprometido a garantizar que todas las personas que deseen vacunarse contra el COVID-19 puedan hacerlo en cuanto sean elegibles, independientemente de su situación migratoria, raza, grupo étnico, nacionalidad, seguro médico u otra clase que esté protegida, y en cumplimiento con la ley y las políticas vigentes.

***Por favor, escriba claramente. Indique su código postal en SF y si vive o trabaja, o ambos, en SF.***

**Nombre Segundo nombre o inicial Apellido(s)**

**Fecha de nacimiento (mm/DD/aaaa) Código Postal en San Francisco donde 🞎 vive 🞎 trabaja**

***¿Qué hace que usted sea elegible para recibir la vacuna? (Puede marcar más de una)***

**🞎 Soy un trabajador de la salud 🞎 Actualmente estoy sin hogar**

**🞎 Soy un trabajador del Sector de Emergencias 🞎 Vivo o trabajo en un refugio/vivienda grupal**

**🞎 Soy un trabajador de la industria alimentaria o agrícola 🞎 Tengo 65 Años o más**

**🞎 Soy educador o trabajador de cuidados infantiles**

**🞎 Tengo una enfermedad que me hace elegible**

**🞎 Tengo una discapacidad que me hace elegible**

**DECLARACIÓN**

**1.** Soy la persona que se mencionó anteriormente (o el padre, madre o tutor legal del menor que se mencionó anteriormente, o el tutor legal del adulto que se mencionó anteriormente).

**2.** Entiendo que mi elegibilidad para recibir la vacuna contra el COVID-19 en este momento se basa en los criterios establecidos por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el Departamento de Salud Pública de California (CDPH) y el Departamento de Salud Pública de San Francisco (SFDPH).

**3.** Certifico que actualmente soy elegible para la vacunación, de acuerdo con los criterios que marqué anteriormente.

**4.** Declaro que lo anterior es verídico y correcto a mi leal saber y entender.

**FIRMA FECHA**

**O FIRMA del PADRE, TUTOR DEL MENOR o del TUTOR DEL ADULTO FECHA**