

NYC DOE COVID-19 테스트 동의 양식

**이 양식은 무엇입니까?**

자녀분의 COVID-19 감염 여부 테스트를 위해 여러분의 동의를 구합니다. 뉴욕시 교육청(NYC DOE)은 NYC Health + Hospitals 및 뉴욕시 보건정신위생부와 함께 랩 및 기타 제공처와 연계하여 NYC DOE 학생, 교사, 교직원의 COVID-19 감염 여부를 테스트합니다.

**얼마나 자주 테스트를 받나요?**

테스트를 실시하는 파트너 랩 및 제공처에서 최소 한달에 한번 학교를 방문하여 일부 학생 및 교직원을 테스트합니다. 부모님이 동의하시면 테스트가 실시될 때 자녀분이 한번 또는 여러번 테스트에 선택될 수 있습니다. 또한 자녀분은 학년도 중 (1) 뉴욕주 및 뉴욕시 규정에 따라 옐로존(Yellow Zone)에 위치한 학교는 매주 테스트를 받거나 (2) COVID-19 증상 중 하나를 보이거나 (3) COVID-19에 감염된 학생, 교사 또는 교직원과 밀접 접촉한 경우 테스트를 받게 됩니다.

**무슨 테스트인가요?**

**부모님이 동의하시면** 자녀분은 무료 COVID-19 바이러스 진단 테스트를 받습니다. 첨부된 안내문에 어떤 종류의 테스트를 받게 되는지 자세한 정보가 제공됩니다. 테스트를 위한 시료 채취는 Q-Tip 과 같은 작은 면봉을 비강으로 삽입하거나 타액(침)을 채취합니다.

**제 아이가 결과가 양성인지 어떻게 알 수 있습니까?**

학교에서 테스트를 위해 자녀의 시료를 채취했다면 가정으로 정보를 보내드릴 것입니다. COVID-19 테스트 결과는 일반적으로 48-72 시간 걸립니다.

**자녀의 테스트 결과를 받으면 어떻게 해야 하나요?**

자녀의 테스트 결과가 양성이라면 자녀의 의사에게 즉시 연락하여 테스트 결과를 검토하고 다음 조치를 논의하십시오. 자녀를 집에 머무르게 하고 학교에 연락하십시오. 자녀의 테스트 결과가 음성이라면 자녀의 시료 샘플에서 바이러스가 발견되지 않았음을 의미합니다. **때로는** 테스트에서 COVID-19에 걸린 사람도 부정확한 음성 결과(허위 음성)가 나올 수 있습니다. 자녀의 테스트 결과가 음성이나 COVID-19 증상을 보이거나 자녀가 COVID-19에 노출되었음을 걱정하신다면 자녀의 의사에게 전화하십시오. 의사를 찾는데 도움이 필요하면 (844) NYC-4NYC로 전화하십시오.

학부모, 보호자 또는 성인인 학생 작성

학부모/보호자 정보

학부모/보호자 인쇄체 성명:	
학부모/보호자 주소:	
학부모/보호자 전화/휴대전화 번호:	
학부모/보호자 이메일 주소	
선호하시는 연락방법	

자녀/학생 정보			
자녀/학생 인쇄체 성명:			
자녀/학생 학교 ID/OSIS #:		자녀/학생 생년월일:	
자녀/학생 학교			
자녀/학생 주소:			

**정보 공유 안내**

법에 따라 자녀에 대한 일부 정보는 뉴욕시 및 뉴욕주 일부 기관 및 다음 목록을 포함한 계약을 맺은 서비스 제공처와 공유되며 기관 간에 공유됩니다. 이 정보는 공공 보건 목적으로만 공유되며 COVID-19 노출된 경우 자녀와 밀접 접촉한 사람에게 연락하고 학교 커뮤니티에서 COVID-19 가 확산되는 것을 막기 위한 조치를 취하기 위한 목적을 포함합니다. 다음 기관 및 COVID-19 테스트를 실시하는 서비스 제공처에 공유될 수 있는 자녀의 정보는 자녀의 이름, COVID-19 테스트 결과, 생년월일/나이, 성별, 인종/민족, 학교 이름, 교사, 학급/코호트/파드, 등록 및 출결 기록, 방과후 및 기타 프로그램 참여, 기타 가족 또는 보호자 이름, 주소, 전화번호, 휴대전화 번호, 이메일 주소입니다. 자녀에 대한 정보 공유는 해당 법규 및 학생의 사생활과 자녀의 데이터 안전을 보호하는 뉴욕시 정책에 **따라서만** 공유될 것입니다.

- |               |  |
|---------------|--|
| • NYC 교육청     | • NYC 청소년 및 커뮤니티 개발부                   |
| • NYC 보건정신위생부 | • NYC Health and Hospitals Corporation |
| • NYS 보건부     | • COVID-19 테스트를 위해 계약을 맺은 서비스 제공처      |

**동의**

아래 서명함으로써 다음에 동의합니다:

- 본인은 이 양식에 자유 의사로 자발적으로 서명하였으며 상기 명시된 자녀에 대한 결정을 할 법적 권한을 가지고 있습니다.
- 본인은 자녀가 COVID-19 감염 테스트를 받도록 동의합니다.
- 본인은 2021년 9월 30일까지 자녀가 여러번 테스트를 받을 수 있으며(1) 뉴욕주 및 뉴욕시 규정에 따라 옐로존(Yellow Zone)에 위치한 학교는 매주 테스트를 받거나 (2) COVID-19 증상 중 하나를 보이거나 (3) COVID-19에 감염된 학생, 교사 또는 교직원과 밀접 접촉한 경우 테스트를 받게 된다는 것을 이해합니다.
- 본인은 자녀의 학교에 지정된 연락 담당자에게 **서면으로** 연락하여 동의를 철회하지 않는 한 이 동의 양식이 2021년 9월 31일까지 유효함을 이해합니다.
- 본인은 동의를 철회하거나 서명을 거부하면 자녀가 교육을 원격 학습을 통해서 계속해야 할 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 자녀의 테스트 결과 및 기타 정보가 법에 허용되는 대로 공개될 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 본인이 18세 이상의 학생인 경우 또는 본인의 보건 케어에 대한 법적 동의를 스스로 할 수 있는 경우 “자녀”로 지칭되는 사람이 본인이며 본인에 대해 본 양식에 서명하는 것을 이해합니다.

학부모/보호자 서명* (자녀가 18세 이하인 경우)		날짜
학생 서명 (18세 이상이거나 동의할 권한이 있는 경우)		날짜