

Christopher Groll
Acting Assistant Commissioner,
Office of School Health
Tweed Courthouse
52 Chambers Street
New York, NY 10007

أسرنا الأعزاء،

كما قد تعلمون، يمكن الآن لجميع سكان مدينة نيويورك الذين تبلغ أعمارهم 12 عاماً وما فوق الحصول على تطعيم كوفيد-19 مجاناً. هذه أخبار رائعة لصحة وسلامة طفلكم، وعائلتكم، ومجتمعكم المدرسي، والمدينة بأكملها!

بالشراكة مع هيئة الاختبار والتعقب بمدينة نيويورك (NYC Test & Trace Corps) وإدارة الصحة العامة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك (NYC Department of Health and Mental Hygiene)، تقدم بعض المواقع المدرسية لقاحات (Pfizer-BioNTech) لسكان نيويورك المؤهلين خلال الأسبوع الأول من المدرسة (مع تقديم الجرعات الثانية في بداية شهر أكتوبر/ تشرين الأول) لتسهيل الحفاظ على السلامة قدر الإمكان. ليست هناك حاجة إلى موعد، ويمكنك معرفة المزيد عن ساعات عمل الموقع من مدرستك أو بزيارة الرابط schools.nyc.gov/covid19.

تطعيم طفلكم هو إجراء آمن وسري وسهل. فيما يلي ما يتعين عليكم معرفته:

- لن تحتاجوا إلى تقديم دليل على حالة الهجرة أو رقم الضمان الاجتماعي للحصول على التطعيم.
- لا تحتاجون إلى تأمين صحي للحصول على التطعيم مجاناً.
- فيما يتعلق بجميع الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً، يجب على الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر تقديم الموافقة. مرفق بهذا الخطاب نموذج موافقة لتقوم بإكمالته وإعادةه.
- يجب أن تتم مراقبة التلاميذ الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 15 عاماً إلى موقع التطعيم من قبل الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر أو مقدم رعاية بالغ آخر يعينه الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر. بالإضافة إلى ذلك، من المستحسن - وإن لم يكن ذلك مطلوباً - أن يصطحب الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 15 عاماً إلى موقع التطعيم أحد الوالدين أو الوصي أو مقدم رعاية بالغ آخر يعينه الوالد أو الوصي.
- يتم الاحتفاظ بجميع السجلات والمعلومات المرتبطة بالتطعيم بسرية تامة.
- يتم إعطاء اللقاحات من قبل مهنين طبيين مدربين.
- ستتوفر ترجمة فورية عبر الهاتف في الموقع بلغات متعددة.
- في حين يوصى بها بشدة، إلا أن التطعيمات ليست إلزامية حالياً لمعظم الطلاب. يستثنى من ذلك الطلاب الذين يشاركون في رياضات الاتحاد الرياضي للمدارس العامة (PSAL) والذين يُعتبرون من ذوي الخطورة العالية للانتقال عدوى كوفيد-19 المحتمل. (لمزيد من المعلومات، زوروا الرابط: schools.nyc.gov/PSAL).
- لقد نجحت فعلا اللقاحات في جميع أنحاء المدينة في خفض معدلات النتائج الإيجابية للإصابة بمرض كوفيد-19 بشكل كبير، مما ساعد على إعادة فتح المدينة، واستعادة التجمع الشخصي، وتحسين نوعية حياة الجميع.

(التكملة في الصفحة 2)

- نشجع العائلات على تسجيل حالة التطعيم لأطفالهم في بوابة كوفيد-19 للتطعيم التابعة لإدارة التعليم على: <https://vaccine.schools.nyc>. سيؤدي إرسال هذه المعلومات إلى دعم جهود مدينة نيويورك للاستجابة للوباء والتعافي، ويساعد في ضمان بقاء مدارس ومباني إدارة التعليم أماكن آمنة لجميع الطلاب والموظفين.

إذا كانت لديكم أي أسئلة، قوموا بزيارة الرابط nyc.gov/covidvaccine لمعرفة جميع الحقائق. نأمل أن تضعوا بعين الاعتبار تطعيم طفلكم قريباً.

مع خالص التقدير والاحترام،

Christopher Groll

كريستوفر غرول
القائم بأعمال المفوض المساعد
مكتب الصحة المدرسية
شعبة البيئة المدرسية ورفاهية المدارس
إدارة التعليم بمدينة نيويورك



COVID-19 Immunization Screening and Consent Form*

Recipient Name (please print)		Preferred Name	
DOB	Current Gender ID Indicate ID Below: <input type="text"/>	Key: W – Woman/Girl TW – Transgender Woman/Girl M – Man/Boy TM – Transgender Man/Boy NB – Non-Binary Person GNC – Gender Non-Conforming Q – Not Sure/Questioning NR – Chose not to Respond GNL - Gender not Listed (write-in) * Gender Pronouns: write-in by client's name	
Sex Assigned at Birth Indicate Sex Below: <input type="text"/>	Key: M – Male F – Female I – Intersex NR – Chose not to Respond	Marital Status Indicate Status Below: <input type="text"/>	Key: S – Single D – Divorced M – Married W – Widowed V – Civil Union U – Unknown SEPARATED – Legally Separated PARTNER – Life Partner
Address		City	State Zip
Email Address			
Parent/Guardian/ Surrogate (if applicable, please print)		Phone	Preferred Language
Ethnicity Indicate Ethnicity Below: <input type="text"/>	Ethnicity Key: DECL – Declined HIS – Hispanic Origin NHL – Non-Hispanic Origin UNK - Unknown	Race Indicate Race Below: <input type="text"/>	Race Key: AIA – Native American or Alaskan ASN – Asian BAA – African American or Black DECL – Declined NHP – Native Hawaiian or Pacific Islander WHT – White OTH – Other or Multiracial
Primary Insurance Name	Primary Insurance ID#	Subscriber Name/DOB	Subscriber Relation to Patient
Primary Insurance Address	Primary Insurance Group #	Primary Insurance Phone #	
Secondary Insurance Name	Secondary Insurance ID#	Subscriber Name/DOB	Subscriber Relation to Patient
Secondary Insurance Address	Secondary Insurance Group #	Secondary Insurance Phone #	
Clinic/Office Site Where Vaccine is Administered	Primary Care Physician Address/Phone Number		
Screening Questionnaire			
1.	Are you feeling sick today?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
2.	In the last 10 days, have you had a COVID-19 test because you had symptoms and are still awaiting your test results or been told by a health care provider or health department to isolate or quarantine at home due to COVID-19 infection or exposure?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
3.	Have you been treated with antibody therapy or convalescent plasma for COVID-19 in the past 90 days (3 months)? <i>If yes, when did you receive the last dose?</i> Date: _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
4.	Have you ever had an immediate allergic reaction (e.g. hives, facial swelling, difficulty breathing, anaphylaxis) to any vaccine, injection, or shot or to any component of the COVID-19 vaccine, or a severe allergic reaction (anaphylaxis) to anything?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
5.	Are you pregnant or considering becoming pregnant?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown

6.	Do you have cancer, leukemia, HIV/AIDS or any other condition that weakens the immune system?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
7.	Do you take any medications that affect your immune system, such as cortisone, prednisone or other steroids, anticancer drugs, or have you had any radiation treatments?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
8.	Do you have a bleeding disorder, a history of blood clots or are you taking a blood thinner?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
9.	Do you have a history of myocarditis (inflammation of the heart muscle) or pericarditis (inflammation of the lining around the heart)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown
10.	Have you received a previous dose of the Pfizer, Moderna or Janssen COVID-19 vaccine?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Date: _____ (if applicable)
11.	Have you received a previous dose of a COVID-19 vaccine authorized by the WHO but not by the FDA (AstraZeneca – VAXZEVRIA, Sinovac – CORONAVAC, Serum Institute of India – COVISHIELD, Sinopharm)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Date: _____ (if applicable)

Emergency Use Authorization

The FDA has made the COVID-19 vaccine available under an emergency use authorization (EUA). The EUA is used when circumstances exist to justify the emergency use of drugs and biological products during an emergency, such as the COVID-19 pandemic. This vaccine has not undergone the same type of review as an FDA-approved or cleared product. However, the FDA's decision to make the vaccine available is based on the totality of scientific evidence available, showing that known and potential benefits of the vaccine outweigh the known and potential risks.

Consent

I have read, or had explained to me, the information sheet about the COVID-19 vaccination. I understand that if my vaccine requires two doses, I will need to be administered (given) two doses of this vaccine in order for it to be effective. I have had a chance to ask questions which were answered to my satisfaction (and ensured the person named above for whom I am authorized to provide surrogate consent was also given a chance to ask questions). I understand the benefits and risks of the vaccination as described.

I request that the COVID-19 vaccination be given to me (or the person named above for whom I am authorized to make this request and provide surrogate consent). I understand there will be no cost to me for this vaccine. I understand that any monies or benefits for administering the vaccine will be assigned and transferred to the vaccinating provider, including benefits/monies from my health plan, Medicare or other third parties who are financially responsible for my medical care. I authorize release of all information needed (including but not limited to medical records, copies of claims and itemized bills) to verify payment and as needed for other public health purposes, including reporting to applicable vaccine registries.

Recipient/Surrogate/Guardian (Signature) recipient	Date / Time	Print Name	Relationship to Patient (if other than recipient)
---	-------------	------------	--

Telephonic Interpreter's ID # OR	Date / Time
--	-------------

Signature: Interpreter	Date/ Time	Print: Interpreter's Name and Relationship to Patient
------------------------	------------	---

Area Below to be Completed by Vaccinator			
Which vaccine is the patient receiving today?			
Vaccine Name	Administration		EUA Fact Sheet Date
Pfizer/ BioNTech	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	
Moderna	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose	
Janssen	<input type="checkbox"/> Single Dose		

Administration Site ☐ Left Deltoid ☐ Right Deltoid ☐ Left Thigh ☐ Right Thigh

Dosage ☐ 0.5 ml ☐ 0.3 ml

☐ I have provided the patient (and/or parent, guardian or surrogate, as applicable) with information about the vaccine and consent to vaccination was obtained.

Vaccinator Signature: _____