

## 要求医疗豁免的学生申请：COVID-19疫苗

姓名：  
\_\_\_\_\_

G#：\_\_\_\_\_

学院：\_\_\_\_\_

学生SMCCCD电子邮箱：  
\_\_\_\_\_

电话：\_\_\_\_\_

SMCCCD政策2.90要求访问现场指导和服务的所有学生接种COVID-19疫苗。在收到和评估完成的医疗豁免申请表中提交的事实后，可以向SMCCCD学生授予医疗豁免。**SMCCCD认真审查所有医疗豁免申请。并不保证批准。**

区COVID-19卫生官员将认真审查每个申请并确定批准。在申请被审查和处理后，如果豁免被授予或拒绝，将书面通知您。如果被批准的豁免包含一个终止日期，将期待您在终止之前完成疫苗接种。如果状况继续，或者新的疫苗接种禁忌症发生，要求有更新的文件的新的申请。决定是最终的并且不得上诉。如果新的文件和信息可用，允许申请被拒绝的个人重新申请。

医疗豁免流程：

- 阅读[CDC COVID-19疫苗信息](#)；
- 完成和签署本表的下一页；
- 让您的执业健康护理提供者（医生）完成本表的提供者部分；
- 提交要求的完成的文件。

**不完整的提交将不会被审查。一起提交所有表和文件。**

完成的申请表和所有要求的文件可以上传进位于Websmart学生门户的区COVID-19疫苗接种豁免申请表链接：<https://phx-ban-ssb8.smccd.edu/>

## 第1节：由学生完成

请在下面的每个声明的旁边用姓名的首字母签名：

	由于本人当前的 <b>医疗状况</b> ，本人申请COVID-19疫苗接种豁免。本人理解和承担不接种疫苗的风险。本人接受本人的健康的完全责任，因此免除SMCCCD对要求的疫苗接种的责任。
	本人理解，如果本人不接种疫苗，为了保护本人自己的健康和社区的健康，本人将符合指定的COVID-19检测要求和为未接种疫苗人士确认的其他预防要求，包括但不限于戴口罩。
	本人理解，在爆发或可能爆发的情况下，本人可能被临时排除在SMCCCD设施和批准的现场活动外。本人同意符合这些限制并且接受酌情与学院工作人员交流以符合对于未接种疫苗人士的健康和安全要求的责任。
	如果本人感染COVID-19，本人将立即向COVID-19卫生官员（CHO）报告并且符合区/郡程序注明的所有隔离和检疫程序，并且如果被通知离开区地产，本人会这么做。
	本人确认本人已阅读了 <a href="#">CDC COVID-19疫苗信息</a> 。
	本人理解，当按照区在审查申请时确定的禁忌疫苗接种的医疗状况以允许疫苗接种的方式改变时，此豁免将到期。
	本人理解和同意符合所有区COVID-19政策和程序。
	本人理解，此豁免仅在区COVID-19疫苗接种政策生效时有效，本人可能需要为任何后继改变、新的医疗禁忌症或批准的豁免的到期提交新的申请。本人进一步理解，批准基于当前疫苗接种政策是临时的，并且基于不断前进的区要求可能会改变。
	本人授权本人的执业健康护理提供者（医生）向SMCCCD提供关于本人的COVID-19疫苗接种医疗豁免的医疗信息。
	本人证明，关于本申请本人提供的信息截至此提交日期是准确和完整的。本人了解，如果支持此豁免本人提供的任何信息在后来被确定为虚假的，此豁免可能被取消，并且本人将受到区纪律处分。

印刷体姓名：\_\_\_\_\_

签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

通过勾选此框和在上面打出本人的姓名，本人理解和同意，本人在电子提交此文件，并且这与在提交的文件上签上本人的书面签名在法律上是相等的。

## 第2节：由健康护理提供者完成

### 健康护理提供者注意：

圣马特奥郡社区学院区（SMCCCD）政策要求访问现场指导和服务的所有学生接种COVID-19疫苗。

\_\_\_\_\_（插入患者的姓名）请求此疫苗接种要求的医疗豁免。为某些确认的禁忌症可能允许医疗豁免。

**通过完成本表和附上的可用支持文件证明您的患者不应接种COVID-19疫苗的医疗原因。**本表上提供的信息将在考虑豁免申请上被审查。

## 证明

本人证明\_\_\_\_\_（患者姓名）有以上禁忌症并且支持在SMCCCD的COVID-19疫苗要求的医疗豁免申请

### 解释：

## 提供者信息

医疗提供者姓名：  
\_\_\_\_\_

医疗提供者专长：  
\_\_\_\_\_

签名：  
\_\_\_\_\_

提供者许可证号码：  
\_\_\_\_\_

日期：  
\_\_\_\_\_

提供者公司的名称:

---

地址:

---

电子邮箱:

---

电话号码:

---