نموذج المدارس المستقلة



**نموذج الموافقة على برنامج اختبار كوفيد-19 للمدارس المستقلة للعام الدراسي 22**

1. **المقدمة**
2. **اتفاق إعطاء موافقة**
3. **المعلومات الشخصية**
4. **اختيار المدرسة**

هدفنا من إجراء اختبار كوفيد-19 هو ضمان قدرة الطلاب والعاملين على المشاركة الآمنة في التعلم الشخصي مع الحد من آثار انتشار الحجر الصحي على الطلاب وأسرهم ومدارسهم.  

يتضمن هذا النموذج طلبًا للحصول على موافقتك على إجراء اختبار للطالب التابع لك، وتفاصيل حول الكيفية التي قد تتم بها مشاركة معلومات الاختبار، بالإضافة إلى وصف لأنواع الاختبار التي تقدمها مدرستنا. قد نستخدم أكثر من نوع اختبار في أي وقت لأن لكل اختبار هدف مختلف.  لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على هذا [الدليل المفيد حول أدوات الاختبار المحتملة](https://education.vermont.gov/documents/COVID-19-response-testing-at-a-glance-flowchart) (رابط باللغة الإنجليزية) التي قد تقدمها مدرستنا. 

**جميع الاختبارات تطوعية وسوف تتطلب موافقة.**

**نموذج الموافقة الماثل يتعلق فقط بإجراء اختبار بسبب وجود حالة إيجابية في المدرسة، ويتم الاختبار تحديدًا باستخدام تحليل «بي سي آر»، أو تضخيم متساوي الحرارة بواسطة مشرع دائري (LAMP)، أو اختبار المستضدات. سيتعين على العاملين أو الأسر التي لديها طلاب مهتمون بالمشاركة في اختبار الرصد الأسبوعي ملء [نموذج موافقة منفصل](https://www.cic-health.com/consent/vt) (رابط باللغة الإنجليزية).**

التالي

1 / 4



## نموذج الموافقة على برنامج اختبار كوفيد-19 للمدارس المستقلة للعام الدراسي 22

1. **مقدمة**
2. **اتفاق إعطاء موافقة**
3. **المعلومات الشخصية**
4. **اختيار المدرسة**

**أملأُ هذا النموذج من أجل/ كـ: مطلوب**



### اتفاق إعطاء موافقة

#### إخطار تشارك المعلومات

ستتم مشاركة المعلومات ونتائج الاختبار الخاصة بطفلك مع بعض مؤسسات فيرمونت، والمتعاقدين معها ومورديها لدعم برنامج الاختبار. لن تتم مشاركة هذه المعلومات إلا لأغراض الصحة العامة فقط، وهو ما قد يشمل إخطار المخالطين لطفلك إذا تعرضوا لكوفيد- 19، واتخاذ خطوات أخرى لمنع تزايد انتشار كوفيد-19 في مجتمعك.

قد يتم تشارك المعلومات الخاصة بطفلك مع مؤسسات بولاية فيرمونت، ومتعاقدين معها ومقدمي خدمات لها يقومون بإجراء فحص كوفيد-19، وتشمل تلك المعلومات اسم طفلك ونتائج فحص كوفيد-19، وتاريخ الميلاد/السن، والنوع، والانتماء العرقي أو الإثني، واسم المدرسة أو المخيم، واسم المعلم (المعلمين) والمستشارين، وتاريخ التسجيل والحضور إلى الفصل الدراسي/المجموعة/الحجرة، والمشاركة في برامج ما بعد المدرسة أو البرامج الأخرى، وأسماء أفراد الأسرة أو الأوصياء الآخرين، والعنوان ورقم الهاتف وعنوان البريد الإلكتروني.

ستقوم إدارة الصحة بولاية فيرمونت بنشر تقرير بالبيانات التي تحصل عليها عن حالات الإصابة بفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) في المدارس. لن يتم نشر المعلومات الخاصة بطفلك إلا وفقًا للقانون المعمول به ووفقًا للسياسات المطبقة في مؤسستنا التي تحرص على حماية خصوصية الطالب وأعضاء المخيم وأمن بيانات طفلك.

* بالتوقيع أدناه، أوافق [بالنيابة عن طفلي/بالأصالة عن نفسي] على المشاركة في [الأنواع التالية من فحص فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-types-flowchart):

        o فحص بي سي آر في المدرسة

        o   أخذ فحص بي سي آر في المنزل

العربية

        o فحص مستضدات من أجل الاستمرار

* أتفهم أنه إذا خالط طفلي أحد المصابين أو ظهرت عليه أعراض، فسيُطلب منه المشاركة في فحص الاستجابة لفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19).
* أتفهم أن نوع الاختبار (الخيارات الموضحة أعلاه) قد يختلف باختلاف الموقف ([الفحص السريع لفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-at-a-glance-flowchart)).
* أشهد أنني الوالد أو الوصي القانوني للمريض، أو أنني مريض وأنني أبلغ من العمر 18 عامًا على الأقل.
* تم منحي الفرصة لطرح الأسئلة بشأن أنواع الاختبارات المذكورة أعلاه.
* أتفهم أن اختبار الاستجابة لفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19) في المدرسة طوعي، وأنه يمكنني أن أرفض (أجعل طفلي يرفض) المشاركة في أي وقت.
* أتفهم أنني إذا رفضتُ (أو جعلت طفلي يرفض) المشاركة في اختبار الاستجابة لفيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)، فقد يُطلب مني/أو من طفلي الخضوع للحجر الصحي.

قد قرأتُ البيانات الموضحة أعلاه وأوافق عليها. مطلوب

نعم

يُرجى عدم مواصلة تعبئة هذا النموذج إذا لم توافق.

السابق التالي

2 / 4



## نموذج الموافقة على برنامج اختبار كوفيد-19 للمدارس المستقلة للعام الدراسي 22

1. **المقدمة**
2. **اتفاق إعطاء موافقة**
3. **المعلومات الشخصية**
4. **اختيار المدرسة**

### البيانات الشخصية والديموغرافية

.

الوالد أو الوصي مطلوب





اسم المشارك في الاختبار مطلوب





العنوان مطلوب











**رقم الهاتف مطلوب**



**البريد الإلكتروني**



النوع البيولوجي للمشارك في الاختبار مطلوب

أنثى

ذكر

غير ذلك

الانتماء العرقي/الخصائص الديموغرافية للمشارك في الاختبار

هندي أمريكي أو من سكان ألاسكا الأصليين

آسيوي

من سكان هاواي الأصليين أو جزيرة أخرى في المحيط الهادئ

أبيض

غير معروف

أرفض الإجابة

هل يعمل المشارك في الاختبار في مجال الرعاية الصحية؟ مطلوب

العربية

نعم

لا

هل يُقيم المشارك في الاختبار في سكن مُجمّع (مثل مؤسسة رعاية طويلة الأجل أو مؤسسة إصلاح أو دار إيواء)؟ مطلوب- الإجابة الافتراضية هي «لا»:

نعم

لا

السابق التالي

3 / 4



## نموذج الموافقة على برنامج اختبار كوفيد-19 للمدارس المستقلة للعام الدراسي 22

1. **المقدمة**
2. **اتفاق إعطاء موافقة**
3. **المعلومات الشخصية**
4. **اختيار المدرسة**

### بيانات المدرسة

**مدرسة مستقلة مطلوب**



السابق إرسال

4 / 4

INDEPENDENT SCHOOLS FORM



**SY22 COVID19 Testing Program Independent School Consent Form**

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

Our goal for COVID-19 testing is to ensure that students and staff can safely participate in in-person learning while reducing the impacts of widespread quarantine on students, their families and schools.  

This form includes a request for consent to have your student tested, details about how test information may be shared, and a description of the testing types that our school is offering. We may be using more than one testing type at any given time because each has a different purpose.  For more information, please review this [helpful guide on the potential testing tools](https://education.vermont.gov/documents/COVID-19-response-testing-at-a-glance-flowchart) (link in English) that our school may offer. 

**All testing is voluntary and will require consent.** 

**This consent form is ONLY for testing in response to a positive case at school, specifically using PCR, LAMP or antigen tests. Staff or families with students interested in participating in weekly surveillance testing will need to complete a**[**separate consent form**](https://www.cic-health.com/consent/vt) **(link in English).**

Next

1 / 4



## SY22 COVID19 Testing Program Independent School Consent Form

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

**I am completing this form for/as a: required**



### Consent Agreement

#### NOTIFICATION OF INFORMATION SHARING

The information about your minor and his or her test results will be shared with and among certain Vermont agencies, contractors and providers to support the testing program. This information will be shared only for public health purposes, which may include notifying close contacts of your minor if they have been exposed to COVID-19, and taking other steps to prevent the further spread of COVID-19 in your community.

Information about your minor may be shared with the Vermont agencies, contractors and service providers conducting COVID-19 Testing, and includes your minor's name and COVID-19 test results, date of birth/age, sex, race/ethnicity, school/camp names, teacher(s) and counselors, classroom/cohort/pod enrollment and attendance history, and after school or other program participation, names of other family members or guardians, address, telephone number, and email address.

The Vermont Department of Health will report publicly data they receive about COVID-19 cases in schools. Your minor’s information will only be shared in accordance with applicable law and our organization's policies protecting student and camper privacy and the security of your minor's data.

* By signing below, I am consenting [for my child / myself] to participate in the following [COVID-19 Testing Types](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-types-flowchart):

        o   In school PCR testing

        o   Take home PCR testing

        o   Test to Stay Antigen testing

* I understand that if my child is a close contact or symptomatic, they will be asked to participate in COVID-19 response testing.
* I understand that the type of testing (the options above) may vary and is dependent on the situation ([COVID-19 Testing At A Glance](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-at-a-glance-flowchart)).
* I certify that I am the parent or legal guardian of the patient, or I am patient and at least 18 years of age.
* I have been given the opportunity to ask questions about the test types outlined above.
* I understand that school COVID-19 response testing is voluntary, and that I may decline to (have my child) participate at any time.
* I understand that if I decline to (have my child) participate in COVID-19 response testing, my child / I may be asked quarantine.

I have read, agree and consent to the above statements. required

Yes

Please do not continue filling out this form if you do not agree.

BackNext

2 / 4



## SY22 COVID19 Testing Program Independent School Consent Form

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

### Personal and Demographic Information

.

Parent or Guardian required





Testing Participant Name required





Address required











**Phone required**



**Email**



Testing Participant Biological Sex required

Female

Male

Other

Testing Participant Race/Demographics

American Indian or Alaskan Native

Asian

Native Hawaiian or other Pacific Islander

White

Unknown

Refused to answer

Is the testing participant employed in the healthcare industry? required

Yes

No

Does the testing participant live in congregate housing (e.g. long-term care facility, correctional facility or shelter)? Required – default response set to “No:

Yes

No

BackNext

3 / 4



## SY22 COVID19 Testing Program Independent School Consent Form

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

### School Information

**Independent School required**



BackSubmit

4 / 4