



Solicitud de Exención de la vacuna COVID-19

Nombre (letra de imprenta):	Fecha:
Dept.:	Posición:
Manager:	Trabajo / Celular:

La política de Inland Respite Inc, requiere que todo el personal reciba una vacuna COVID-19. Según el mandato de DDS y CDPH, se puede otorgar una solicitud de exención si la persona solo brinda servicios a un consumidor con el que vive o que es un miembro de la familia del consumidor al que brinda servicios.

Complete la siguiente información para solicitar la consideración de una exención (*marque todas las opciones que correspondan*).

_____ Solo brindo servicios a un consumidor.

_____ Soy un miembro de la familia del consumidor. Relación: _____

_____ Vivo en la misma casa que el consumidor.

Certifico que la información que he proporcionado en relación con esta solicitud es precisa a la fecha de envío. Entiendo que esta exención puede ser revocada y puedo estar sujeto a una acción disciplinaria si la información proporcionada en apoyo de esta exención es falsa.

Nombre impreso:

Firma:

Fecha:

Firma del representante de la familia:

Nombre impreso:

Firma:

Fecha:

Nombre del consumidor(s):

HR USE ONLY

Date of initial request: __/__/__

Accommodation request:

Approved __/__/__

Describe specific accommodation

details: _____

Denied __/__/__

Describe why accommodation is denied:
