

बच्चे का उपनाम: _____ **नाम:** _____ **मध्य प्रथमाक्षर:** _____ **जन्मतिथि (MM/DD/YYYY):** _____

सूचना: माता-पिता या अभिभावक बच्चे के स्कूल और/या चाइल्ड केयर को इस भरे हुए फॉर्म को जमा करके अपने बच्चे को नीचे सूचीबद्ध टीकाकरण से छूट दे सकते हैं। ऐसा व्यक्ति जिसे टीकाकरण से छूट दी गई है, उसे उस बीमारी या बीमारियों के लिए जोखिम माना जाता है जिसके लिए टीकाकरण सुरक्षा प्रदान करता है। छूट प्राप्त बच्चे/छात्र को उस बीमारी के प्रकोप के दौरान स्कूल या चाइल्ड केयर सेटिंग्स और गतिविधियों से बाहर रखा जा सकता है, जिसके खिलाफ उन्हें पूरी तरह से टीका नहीं लगाया गया है। टीके से रोकी जा सकने वाली बीमारियाँ अभी भी मौजूद हैं और स्कूल और चाइल्ड केयर सेटिंग्स में तेज़ी से फैल सकती हैं। टीकाकरण लोगों को ऐसी बीमारियों से सुरक्षित रखने और बीमारी फैलने से बचाने का सबसे अच्छा तरीका है, जिसके परिणामस्वरूप गंभीर बीमारी, विकलांगता या मृत्यु हो सकती है।

व्यक्तिगत/दार्शनिक या धार्मिक छूट (Personal/Philosophical or Religious Exemption)

मैं अपने बच्चे को इस आवश्यकता से छूट दे रहा हूँ कि मेरे बच्चे को स्कूल या चाइल्ड केयर के लिए निम्नलिखित बीमारी(बीमारियों) के खिलाफ टीका लगाया जाए। (एक छूट प्रकार और वे टीके चुनें जिनसे आप अपने बच्चे को छूट देना चाहते हैं):

व्यक्तिगत/दार्शनिक छूट* (Personal/Philosophical Exemption)

- ☐ डिफ्थीरिया (Diphtheria) ☐ हेपेटाइटिस बी (Hepatitis B) ☐ हीमोफिलस इन्फ्लुएंजा टाइप बी (Hib) ☐ न्यूमोनोकोकल (Pneumococcal)
- ☐ पोलियो (Polio) ☐ काली खांसी (कुकर खांसी) (Pertussis (whooping cough)) ☐ टिटनेस (Tetanus) ☐ वेरिसेला (चिकनपॉक्स) (Varicella (Chickenpox))

*राज्य कानून के अनुसार, खसरा, गलसुआ या रुबेला को व्यक्तिगत/दार्शनिक कारणों से छूट नहीं दी जा सकती है

धार्मिक छूट (Religious Exemption)

- ☐ डिफ्थीरिया (Diphtheria) ☐ हेपेटाइटिस बी (Hepatitis B) ☐ हीमोफिलस इन्फ्लुएंजा टाइप बी (Hib) ☐ न्यूमोनोकोकल (Pneumococcal)
- ☐ पोलियो (Polio) ☐ काली खांसी (कुकर खांसी) (Pertussis (whooping cough)) ☐ टिटनेस (Tetanus) ☐ वेरिसेला (चिकनपॉक्स) (Varicella (Chickenpox))
- ☐ खसरा (Measles) ☐ गलसुआ (Mumps) ☐ रुबेला (Rubella)

माता-पिता/अभिभावक की घोषणा (Parent/Guardian Declaration)

आवश्यक टीकों में से एक या अधिक मेरे व्यक्तिगत, दार्शनिक, या धार्मिक विश्वासों के विरोध में हैं। मैंने स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर (नीचे हस्ताक्षरित) के साथ टीकाकरण के लाभों और जोखिमों पर चर्चा की है। मुझे बताया गया है कि यदि टीके से रोके जाने योग्य उस बीमारी का प्रकोप होता है जिसके लिए मेरे बच्चे को छूट दी गई है, तो प्रकोप की अवधि के लिए मेरे बच्चे को उनके स्कूल या चाइल्ड केयर से बाहर रखा जा सकता है। इस फॉर्म की जानकारी पूरी और सही है।

X

माता-पिता/अभिभावक का नाम (प्रिंट) _____ माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर _____ दिनांक _____

Health Care Practitioner Declaration

I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP, or PA licensed in Washington State.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print) _____ Licensed Health Care Practitioner Signature _____ Date _____

☐ MD ☐ ND ☐ DO ☐ ARNP ☐ PA Washington License # _____

धार्मिक सदस्यता छूट (Religious Membership Exemption)

इस खंड को तभी पूरा करें, जब आप किसी ऐसे चर्च या धर्म से संबंध रखते हों जो मेडिकल उपचार के उपयोग पर आपत्ति करता हो। यदि आपको टीकाकरण के लिए धार्मिक आपत्ति है लेकिन आपके चर्च या धर्म की मान्यताएं या शिक्षाएं आपके बच्चे को डॉक्टरों और नर्सों जैसे चिकित्सा पेशेवरों द्वारा इलाज की अनुमति देती हैं, तो उपरोक्त अनुभाग का उपयोग करें।

माता-पिता/अभिभावक की घोषणा (Parent/Guardian Declaration)

मैं उपरोक्त नामित बच्चे का माता-पिता या कानूनी अभिभावक हूँ। मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं एक ऐसे चर्च या धर्म का सदस्य हूँ जिसकी शिक्षा स्वास्थ्य देखभाल पेशेवरों को मेरे बच्चे को मेडिकल उपचार देने की अनुमति नहीं देती है। मुझे बताया गया है कि यदि टीके से रोके जाने योग्य उस बीमारी का प्रकोप होता है जिसके लिए मेरे बच्चे को छूट दी गई है, तो प्रकोप की अवधि के लिए मेरे बच्चे को उनके स्कूल या चाइल्ड केयर से बाहर रखा जा सकता है। इस फॉर्म की जानकारी पूरी और सही है।

X

माता-पिता/अभिभावक का नाम (प्रिंट) _____ माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर _____ दिनांक _____

Certificate of Exemption—Medical (छूट का प्रमाणपत्र—मेडिकल)

स्कूल, चाइल्ड केयर और प्रीस्कूल की टीकाकरण आवश्यकताओं के लिए

बच्चे का उपनाम:

नाम:

मध्य प्रथमाक्षर:

जन्मतिथि (MM/DD/YYYY):

सूचना: इस फॉर्म का उपयोग किसी बच्चे को टीकाकरण की आवश्यकता से छूट देने के लिए किया जा सकता है, जब एक स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर ने निर्धारित किया है कि मेडिकल कारणों से विशिष्ट टीकाकरण बच्चे के लिए उचित नहीं है। यह फॉर्म एक स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर द्वारा भरा जाना चाहिए और माता-पिता/अभिभावक द्वारा हस्ताक्षरित होना चाहिए। छूट प्राप्त बच्चे/छात्र को उस बीमारी के प्रकोप के दौरान स्कूल या चाइल्ड केयर से बाहर रखा जा सकता है, जिसके खिलाफ उन्हें पूरी तरह से टीका नहीं लगाया गया है। टीके से रोकी जा सकने वाली बीमारियाँ अभी भी मौजूद हैं और स्कूल और चाइल्ड केयर सेटिंग्स में तेज़ी से फैल सकती हैं।

Medical Exemption

A health care practitioner may grant a medical exemption to a vaccine required by rule of the Washington State Board of Health only if in their judgment, the vaccine is not advisable for the child. When it is determined that this particular vaccine is no longer contraindicated, the child will be required to have the vaccine (RCW 28A.210.090). Providers can find guidance on medical exemptions by reviewing Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) recommendations via the Centers for Disease Control and Prevention publication, "Guide to Vaccine Contraindications and Precautions," or the manufacturer's package insert. The ACIP guide can be found at: www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/contraindications.html.

Please indicate which vaccination the **medical** exemption is referring to by disease. If the patient is not exempt from certain vaccinations, mark "not exempt.":

Disease (बीमारी)	Not Exempt (छूट नहीं)	Permanent Exempt (स्थायी छूट)	Temporary Exempt (अस्थायी छूट)	Expiration Date for Temporary Medical (अस्थायी मेडिकल के लिए एक्सपायर होने की दिनांक)
डिफ्थीरिया (Diphtheria)	☐	☐	☐	
हेपेटाइटिस बी (Hepatitis B)	☐	☐	☐	
हीमोफिलस इन्फ्लुएंजा टाइप बी (Hib)	☐	☐	☐	
खसरा (Measles)	☐	☐	☐	
गलसुआ (Mumps)	☐	☐	☐	
काली खांसी (Pertussis)	☐	☐	☐	
न्यूमोनोकोकल (Pneumococcal)	☐	☐	☐	
पोलियो (Polio)	☐	☐	☐	
रुबेला (Rubella)	☐	☐	☐	
टिटनेस (Tetanus)	☐	☐	☐	
वेरिसेला (Varicella)	☐	☐	☐	

Health Care Practitioner Declaration

I declare that vaccination for the disease(s) checked above is/are not advisable for this child. I have discussed the benefits and risks of immunizations with the parent/legal guardian as a condition for exempting their child. I certify I am a qualified MD, ND, DO, ARNP or PA licensed in Washington State, and the information provided on this form is complete and correct.

X

Licensed Health Care Practitioner Name (print)

Licensed Health Care Practitioner Signature

Date

☐ MD ☐ ND ☐ DO ☐ ARNP ☐ PA

Washington License # _____

माता-पिता/अभिभावक की घोषणा (Parent/Guardian Declaration)

मैंने यह मेडिकल छूट देने वाले स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर के साथ टीकाकरण के लाभों और जोखिमों पर चर्चा की है। मुझे बताया गया है कि यदि टीके से रोके जाने योग्य उस बीमारी का प्रकोप होता है जिसके लिए मेरे बच्चे को छूट दी गई है, तो प्रकोप की अवधि के लिए मेरे बच्चे को उनके स्कूल या चाइल्ड केयर से बाहर रखा जा सकता है। इस फॉर्म की जानकारी पूरी और सही है।

X

माता-पिता/अभिभावक का नाम (प्रिंट)

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर

दिनांक