

Mẫu Đơn An Toàn Trong Khi Thực Tập

Lưu ý: Thực tập sinh phải điền mẫu đơn này dưới sự giám sát của cha mẹ hoặc người bảo trợ hợp pháp, trừ khi bạn đủ 18 tuổi trước ngày 29 tháng 5 năm 2024.

Vui lòng điền mẫu đơn này để chúng tôi được biết kế hoạch di chuyển của bạn, cung cấp cho chúng tôi thông tin về tình trạng sức khỏe, và gửi bằng chứng về việc chích ngừa COVID-19. Sau khi điền đơn này, xin gửi qua email tới internship@youthforcenola.org.

Nếu cần mẫu đơn này bằng tiếng Anh, xin [bấm vào đây](#).

Tên: _____ Họ: _____

Địa Chỉ Email: _____

Vui lòng sử dụng cùng một địa chỉ email cho tất cả các mẫu đơn. Nên là địa chỉ GMAIL chuyên nghiệp mà thực tập sinh sẽ sử dụng trong suốt chương trình của YFI.

Ngày Tháng Năm Sinh của thực tập sinh: ____ / ____ / ____

Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ* hoàn thành đơn này: _____

***Tên phải giống trong giấy khai sinh hoặc giấy chứng nhận là người giám hộ.**

Kế Hoạch Di Chuyển Trong Khi Thực Tập:

Mỗi ngày bạn tới nơi tập huấn của YFI bằng cách nào?

- Xe của nơi thực tập cung cấp Cha Mẹ/người thân đưa rước Xe Buýt hoặc xe công cộng
- Uber/Lyft Đi bộ Xe đạp

Mỗi ngày bạn tới nơi thực tập của mình bằng cách nào?

- Xe của nơi thực tập cung cấp Cha Mẹ/người thân đưa rước Xe Buýt hoặc xe công cộng
- Uber/Lyft Đi bộ Xe đạp

Kế hoạch di chuyển dự phòng của bạn là gì?

Xe của nơi thực tập cung cấp Cha Mẹ/người thân đưa rước cộng

Xe Buýt hoặc xe công

Uber/Lyft

Đi bộ

Xe đạp

Bạn có bất kỳ những yêu cầu hoặc khó khăn nào liên quan đến phương tiện đi lại làm ảnh hưởng đến khả năng được đào tạo hoặc thực tập của bạn không? Vui lòng xem xét tính khả thi của người chở bạn, sự tiếp cận các phương tiện giao thông, khả năng chi trả cho tiền xăng/tiền đậu xe, và khoảng cách từ nhà tới các nơi thực tập.

Tôi xác nhận và đồng ý với kế hoạch đưa đón con tôi:

Chữ ký của phụ huynh _____ Ngày ____/____/____

Cho Phép Chuyên Chở:

Tôi cho phép con tôi đi trên xe đã được chấp thuận và có giấy phép và có một NGƯỜI LỚN đi theo nếu cần (trong trường hợp khẩn cấp, hoàn cảnh đặc biệt, hoặc theo yêu cầu để tham gia thành công vào kỳ thực tập) trong khi tham dự và tham gia các hoạt động được tài trợ bởi chương trình Thực tập YouthForce. Người đi kèm có thể bao gồm nhân viên của YouthForce hoặc người giám sát thực tập. sor.

Chữ ký của phụ huynh _____ Ngày ____/____/____

Thông Tin Y Tế:

Bạn có bất kỳ tình trạng bệnh lý nào cần lưu ý không (ví dụ như dị ứng, động kinh, hen suyễn, tiểu đường, v.v..)? Nếu có, vui lòng liệt kê dưới đây. Bạn có bất kỳ tình trạng bệnh lý nào cần lưu ý không (ví dụ như dị ứng, động kinh, hen suyễn, tiểu đường, v.v..)? Nếu có, vui lòng liệt kê dưới đây.

Cho Phép chia Sẻ Thông Tin:

Tôi đồng ý cho nhóm YouthForce chia sẻ thông tin thu thập được trong quá trình đăng ký (bao gồm các chi tiết liên quan đến tình trạng chích ngừa/miễn chích ngừa COVID-19, tài liệu liên quan đến bằng chứng chích ngừa, các thông tin liên lạc trong trường hợp khẩn cấp, v.v..) với công ty thực tập/người giám sát ở nơi thực tập.

Chữ ký của thực tập sinh _____ ngày ___/___/___

Chữ ký của phụ huynh _____ ngày ___/___/___

Những Yêu Cầu Về An Toàn Đối Với COVID:

Tôi đã đọc và hiểu về các chính sách vắc-xin COVID-19 của YouthForce Internship (YFI) trong chương trình thực tập Mùa Hè 2024 ([đường dẫn tại đây](#)).

Chữ ký của thực tập sinh _____ ngày ___/___/___

Chữ ký của phụ huynh _____ ngày ___/___/___

Bạn đã bao giờ nhận được một hoặc nhiều vắc-xin COVID-19 chưa?

- Có → xem phần dưới đây
- Không, Tôi chưa bao giờ chích vắc-xin để phòng ngừa COVID-19

THÔNG TIN VỀ HỖ TRỢ:

Bạn có nhận được những sự giúp đỡ về sự học tập hoặc các hỗ trợ khác được cung cấp qua trường học (ví dụ. Cần thêm giờ khi làm bài thi, cần đọc khi làm thi, hoặc bài thi vắng mặt)?

Bạn nói ngôn ngữ nào thường xuyên nhất?

- Tiếng Anh
- Tiếng Tây Ban Nha
- Tiếng Việt
- Tiếng Hmong
- Tiếng Haitian Creole
- Tiếng khác (xin cho biết) _____

Ngôn ngữ chính bạn nói ở nhà là gì?

- Tiếng Anh
- Tiếng Tây Ban Nha
- Tiếng Việt
- Tiếng Hmong
- Tiếng Haitian Creole
- Tiếng khác (xin cho biết) _____

NỘP BẢNG CHỨNG CHÍCH NGỪA:

Bạn đã nhận được loại vắc-xin COVID-19 nào?

- Pfizer
- Moderna
- Johnson & Johnson
- Novavax

Ngày chích mũi số 1: ____/____/____

Ngày chích mũi số 2 (nếu áp dụng): ____/____/____

Bạn đã nhận mũi chích booster COVID-19?

- Có
- Không

Bạn đã nhận mũi chích booster COVID-19 nào?
(nếu đã nhận hơn trên 2 mũi booster, xin trả lời dựa trên mũi chích mới nhất)

- Pfizer
- Moderna

Ngày chích mũi booster gần (if applicable): ____/____/____

Khi bạn đã điền xong đơn và gửi tới email to chúng tôi qua internship@youthforcenola.org, bạn CẦN phải kèm theo tấm hình của bạn và các chứng nhận đã chích vắc-xin.

Chúng tôi có thể chấp nhận bản sao Thẻ Hồ sơ Tiêm chủng COVID-19 của CDC, ảnh chụp màn hình Thẻ Y tế Thông minh LA Wallet (trên app) hoặc thẻ tương đương từ các tiểu bang khác, bản sao hồ sơ tiêm chủng từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhà thuốc, bản sao của hồ sơ tiêm chủng từ hệ thống thông tin tiêm chủng của cơ quan y tế công cộng, tiểu bang hoặc bộ lạc hoặc bản sao của bất kỳ tài liệu chính thức nào khác có chứa loại vắc-xin được sử dụng, các ngày tiêm và tên của chuyên gia chăm sóc sức khỏe hoặc địa điểm phòng khám quản lý vắc-xin vắc-xin.