

## Согласие на получение вспомогательных услуг учителя специального образования (SETSS) во время очных встреч

Имя и фамилия учащегося:	Номер ID учащегося:	Дата рождения:
Адрес:	Кв.:	
Город:	Штат: Нью-Йорк	Индекс:
Поставщик услуг:	Телефон:	
Агентство-поставщик:	Телефон:	

### Указания:

Форма согласия должна быть заполнена до начала/возобновления получения услуг SETSS.

Я, (имя и фамилия родителя/опекуна) \_\_\_\_\_, даю согласие на предоставление ребенку услуг SETSS во время очных встреч. Я понимаю, что на время объявленного чрезвычайного положения в связи со вспышкой COVID-19 возможно и предпочтительно получение услуг SETSS дистанционно. Я согласен(-на) с нижеизложенными положениями для предоставления ребенку услуг максимально безопасным способом.

1. Все присутствующие на встрече (старше 2 лет) должны носить защитные маски.
2. Во время всех сеансов мой ребенок будет носить защитную маску, за исключением случаев наличия медицинских противопоказаний, особенностей развития ребенка, или если поставщик услуг решит, что ношение маски помешает проведению сеанса.
3. Все присутствующие, но не принимающие непосредственного участия должны находиться на расстоянии как минимум 6 футов от места предоставления услуг.
4. Непосредственно перед началом сеанса и сразу после его окончания все присутствующие должны вымыть руки с мылом и водой или воспользоваться дезинфицирующим средством для рук на спиртовой основе.
5. В случае получения услуг у меня дома я предоставляю учителю SETSS доступ к раковине, мылу и бумажным полотенцам, чтобы он смог вымыть и высушить руки по прибытии, непосредственно перед началом сеанса и по его окончании.
6. Перед проведением каждой сессии я буду проверять себя, своего ребенка и других членов моей семьи на наличие симптомов COVID-19 (лихорадка, кашель, одышка, озноб, мышечная боль, боль в горле, потеря вкуса или запаха). Если кто-то из проживающих со мной болен/испытывает симптомы, я сообщу об этом поставщику услуг SETSS заблаговременно или до начала сеанса.
7. Я уведомлю поставщика SETSS при наличии одного из нижеперечисленного у кого-либо из проживающих вместе со мной:
  - a. Положительный результат на наличие COVID-19 (в течение последних 14 дней).
  - b. Рекомендация доктора/команды NYC Test & Trace оставаться дома в связи с COVID-19.
  - c. Соблюдение режима карантина согласно Требованиям штата Нью-Йорк к въезжающим в связи с COVID-19 (<https://coronavirus.health.ny.gov/covid-19-travel-advisory>)
8. В случае необходимости отмены личной встречи и проведения сеанса дистанционно, такой сеанс проводится вместо личного, а не в дополнение к нему.
9. Во время посещения дома/учреждения по уходу за детьми поставщик услуг SETSS будет иметь при себе только бумагу (у него не будет с собой ни игрушек, ни каких-либо материалов).

---

Имя и фамилия родителя/опекуна  
(печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата