

## ورکتون/بښوونځي ته د ستنیدلو د تایید فورمه

هیله کيږي ورکتون/بښوونځي ته د خپل ماشوم د بیرته ستنیدنې د تایید لپاره، لاندې یوازې یوه تشه ډکه کړئ. ددې فورمې په لاسلیکولو سره، تاسو د معلوماتو د رښتینوالي تصدیق کوئ.

د زده کوونکي نوم: \_\_\_\_\_

### زما ماشوم ناروغ وو:

زما د ماشوم د کووید-19 PCR معایناتو نتیجه منفي وه او علایم یې هم په تیرو 24 ساعتونو کې (48 ساعته د کانګې، استفراغ او اسهال لپاره)، مخ په ښه کیدو دي. یادونه: د انټیجین ګړندیو معایناتو ترسره کول ورکتون/بښوونځي ته ستاسو د ماشوم د ستنیدلو تصدیق نشی کولی.

زما ماشوم د کووید-19 معاینات نه دي ترسره کړي خو د علایمو له پیلیدو څخه وروسته یې 10 ورځنی قرنطین بشپړ کړی دی. زما ماشوم (پرته د تبې د دارو خوړلو) تبه نلري او علایم یې هم په تیرو 24 ساعتونو کې (48 ساعته د کانګې، استفراغ او اسهال لپاره)، مخ په ښه کیدو دي.

زما د ماشوم د کووید-19 PCR معایناتو نتیجه مثبت ده او د علایمو له پیلیدو (د معایناتو د ترسره کولو څخه را په دې خوا) یې 10 ورځنی قرنطین بشپړ کړی دی. زما ماشوم په روغتون کې بستر نشو. زما ماشوم (پرته د تبې د دارو خوړلو) تبه نلري او علایم یې مخ په ښه کیدو دي.

ډاکټر تایید کړه چې زما ماشوم په کووید-19 اخته نه دی او هغه ناروغي چې تشخیص شوې ده له کووید-19 سره هېڅ ډول اړیکه نلري. علایم یې هم په تیرو 24 ساعتونو کې (48 ساعته د کانګې، استفراغ او اسهال لپاره)، مخ په ښه کیدو دي.

زما ماشوم د نورو دلایلو له امله ورکتون/بښوونځي کې حاضر نه وو. زما ماشوم ناروغ نه دی او د سا اخیستنې یا تنفس د عفونت په ګډون هېڅ ډول علایم نلري.

### د کورنۍ یو غړی (لکه مور، پلار، خور یا وروڼ) ناروغ وو او د کووید-19 علایم یې لرل:

د کورنۍ د غړي د کووید-19 PCR معایناتو نتیجه منفي وه، او زما ماشوم (چې نوم یې پورته ذکر شوی) اوس کولی شي ورکتون/بښوونځي ته ولاړ شي.

ډاکټر تایید کړه چې د کورنۍ غړی په کووید-19 اخته نه دی او هغه ناروغي چې تشخیص شوې ده له کووید-19 سره هېڅ ډول اړیکه نلري. د کورنۍ د غړي علایم په تیرو 24 ساعتونو کې مخ په ښه کیدو دي. زما ماشوم (چې نوم یې پورته ذکر شوی) اوس کولی شي ورکتون/بښوونځي ته ولاړ شي.

د کورنۍ غړي د کووید-19 معاینات ترسره نه کړل، خو زما ماشوم (چې نوم یې پورته ذکر شوی) 10 ورځنی قرنطین بشپړ کړ. زما ماشوم ښه دی او علایم نلري.

## هغه شخص سره نږدې تماس چې د کووید-19 معایناتو نتیجه یې مثبت ده:

- زما ماشوم له یو شخص سره چې د کووید-19 معایناتو نتیجه یې مثبت وه، نږدې تماس درلود او 10 ورځې قرنطین یې بشپړ کړی دی. زما ماشوم بڼه دی او علایم نلري.
- زما ماشوم له یو شخص سره چې د کووید-19 معایناتو نتیجه یې مثبت وه، نږدې تماس درلود. زما ماشوم په بشپړه توګه واکسین شوی\* دی. زما ماشوم بڼه دی او علایم نلري.
- زما ماشوم له یو شخص سره چې د کووید-19 معایناتو نتیجه یې مثبت وه، نږدې تماس درلود. زما د ماشوم د کووید-19 معایناتو نتیجه په تیرو 90 ورځو کې مثبت وه او د عامې روغتیا ادارې له خوا ورته د تګ راتګ اجازه ورکړل شوې ده. زما ماشوم بڼه دی او علایم نلري.

## په دې وروستیو کې له کانادا څخه بهر مسافرت:

- زما ماشوم له کانادا بهر مسافرت څخه راستون شوی دی. زما ماشوم د 14 ورځني قرنطین د بشپړولو لپاره په کور کې وو او لازم معاینات یې ترسره کړل. زما ماشوم بڼه دی او علایم نلري.
- زما ماشوم له کانادا بهر مسافرت څخه کور ته راستون شوی دی. زما ماشوم کانادا ته له ننوتلو مخکې په بشپړه توګه واکسین شوی\* او لازم معاینات یې ترسره کړي دي. زما ماشوم بڼه دی او علایم نلري.

د کووید-19 د معایناتو نیټه (که چېرې د اجرا وړ وي): \_\_\_\_\_ (ورځ/میاشت/کال)

## زه دا تاییدوم چې زما ماشوم بڼه دی او کولی شي ورکټون/بڼوونځي ته بیرته ستون شي.

د ماشوم د مور/پلار یا قانوني ساتونکي نوم: \_\_\_\_\_

لاسلیک: \_\_\_\_\_ نیټه: \_\_\_\_\_ (ورځ/میاشت/کال)

\***په بشپړه توګه واکسین شوی شخص** هغه شخص دی چې د کووید-19 واکسین د دویم ډوز له اخیستلو یې، د اونټاریو د عامې روغتیا ریاست د تعریف له مخې، 14 ورځې یا ډیره موده تیره شوې وي.

ډکه شوې فورمه د خپل ماشوم ورکټون/د ماشوم ورځني کمپ آپریټر یا د ماشوم د بڼوونځي سرښوونکي ته وسپارئ.

هیله کيږي په یاد ولری: د دې فورمې د منلو او یا کارولو پریکړه آپریټر/بڼوونځي او د بڼوونځي بورډ پورې اړه لري.