



Introducción a la solicitud de excepción o diferimiento a la vacunación y pruebas de COVID-19 por razones médicas o discapacidad

El Departamento de Diversidad y Cumplimiento de los Derechos Civiles
141 Pryor Street SW, 5th Floor
Atlanta, Georgia 30303
404-612-7305

Al Departamento de Diversidad y Cumplimiento de los Derechos Civiles (Diversity and Civil Rights Compliance, DCRC) le complace tener una oportunidad de ayudarlo. A continuación, se presenta un resumen de lo que puede esperar durante el proceso de solicitud de exención o diferimiento y algunas preguntas frecuentes. Para poder ayudarlo adecuadamente, el DCRC necesita su cooperación para obtener información que le permitirá al personal evaluar y abordar sus solicitudes lo mejor posible.

El Formulario de solicitud de excepción o diferimiento a la vacunación y pruebas de COVID-19 por razones médicas o discapacidad (Formulario) y la portada están diseñados para proporcionarle la información que necesitará para comenzar.

Llene por completo el Formulario adjunto y envíelo al personal del DCRC identificado en el Formulario y asegúrese de que su proveedor médico autorizado regrese todos los documentos solicitados al personal del DCRC de inmediato. Asegúrese de incluir también cualquier documentación que pueda tener relacionada con su solicitud. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el Formulario, llame al número de teléfono principal del DCRC, (404) 612-7305. Si no tiene acceso a un correo electrónico o tiene dificultades para enviar el Formulario adjunto electrónicamente, llame también al número de teléfono principal del DCRC, (404) 612-7305 para obtener ayuda.

Después de recibir su Formulario completo, el DCRC se comunicará con usted por teléfono y/o correo electrónico para programar una reunión con usted y revisar su información y entender detalladamente sus inquietudes, problemas y solicitud de excepción.

PORTADA

Solicitud de una exención o diferimiento por razones médicas o por discapacidad de la Política de vacunación y pruebas de COVID-19

Preguntas frecuentes:

1. ¿Qué es una exención o un diferimiento médico o por discapacidad con base en la COVID-19?

Una exención médica o por discapacidad se refiere a una excusa para no recibir la vacuna contra la COVID-19 debido a una contraindicación o precaución médica, una discapacidad o un impedimento médico, trastorno o afección. Un diferimiento se refiere a un diferimiento aprobado de la vacunación con base en una afección médica o una afección médica relacionada con el embarazo, incluida la lactancia. El diferimiento se extenderá durante el término del embarazo y hasta veinticuatro meses después del parto, según corresponda.

2. ¿Se requiere que mi empleador o departamento apruebe mi solicitud de exención o diferimiento médico a la política de vacunación y pruebas?

No. Los departamentos intentarán adaptar las solicitudes para la exención y proporcionarán adaptaciones razonables al equilibrar la solicitud para satisfacer las necesidades relacionadas con la discapacidad del empleado con las necesidades particulares del departamento y la unidad de trabajo. El proveedor de atención médica autorizado debe respaldar la solicitud, la cual no debe representar una carga indebida ni presentar una amenaza directa para la salud y la seguridad de los demás. El condado de Fulton hará todo lo posible para encontrar medidas de seguridad alternativas razonables, como el uso de mascarillas, el distanciamiento social, etc.

3. ¿Qué información se requiere para considerar una exención o diferimiento médico?

El condado de Fulton requerirá suficiente información y documentación por parte de su proveedor de atención médica autorizado para confirmar que usted no puede participar en el requisito de vacunación o el requisito de pruebas debido a una discapacidad o por una razón médica.

4. ¿Puede mi supervisor despedirme, degradarme o tratarme de manera diferente porque solicité una exención o un diferimiento médico?

No. El condado de Fulton prohíbe las represalias por cualquier conducta protegida por leyes aplicables. Aunque una solicitud puede ser denegada si es irrazonable o representa una carga indebida y/o presenta una amenaza directa para la salud y la seguridad de los demás, el condado de Fulton no tomará represalias contra ningún empleado o solicitante simplemente por solicitar una exención o un diferimiento médico y adaptación.

5. ¿Cómo envió los formularios llenos al DCRC?

Envíe los formularios llenos por correo electrónico a las direcciones que se indican a continuación. Si no tiene acceso a un correo electrónico o no puede enviar los formularios llenos electrónicamente, llame a los números de teléfono que aparecen a continuación para obtener ayuda con el envío al DCRC para su revisión.

Administrador de ADA: sara.dunnaway@fultoncountyga.gov (404) 612-7303

Funcionario de I/ADA: williamo.ligon@fultoncountyga.gov (404) 612-7840



Department of Diversity and Civil Rights Compliance
141 Pryor Street, S.W., 5th Floor, Suite 5042 Atlanta, GA 30303
(404) 612-7305 TTY/Georgia Relay Service Dial 711

Solicitud de excepción o diferimiento a la vacunación y pruebas de COVID-19 por razones médicas o por discapacidad

Todos los empleados del condado de Fulton deben cumplir con el requisito de vacunación contra la COVID-19 o de pruebas semanales de la COVID-19 según lo prescrito por la Política de vacunación y pruebas de la Covid-19 n.º 113-21. Los empleados con una discapacidad, contraindicación u otra afección médica que afecte su elegibilidad para la vacuna o prueba de COVID-19, según lo verificado por su proveedor médico autorizado, pueden solicitar una exención o diferimiento médico.

LO DEBE COMPLETAR EL EMPLEADOR:

Nombre del empleado: _____ N.º de id. del empleado: _____

EXENCIÓN O DIFERIMIENTO MÉDICO

Llene este formulario para solicitar una exención o un diferimiento médico. **Un profesional de atención médica autorizado debe completar la certificación adjunta.** Si necesita más aclaraciones, es posible que deba comunicarse con el profesional de atención médica certificador para verificar u obtener la información adicional requerida.

Para continuar protegiendo a los empleados y a la comunidad, los empleados que tengan exenciones médicas o diferimientos aprobados pueden estar sujetos a medidas de seguridad alternativas, como el uso de mascarillas, el distanciamiento social, etc. Si se necesitan adaptaciones razonables más allá de la exención o del diferimiento al requisito de vacunación y/o prueba, comuníquese con el DCRC para solicitarlas por separado.

(Realice sus selecciones a continuación)

_____ Requiero una exención o un diferimiento al requisito de vacunación contra la COVID-19.

_____ Requiero una exención o un diferimiento al requisito de pruebas para la COVID-19.

Proporcione el nombre y la información de contacto de su supervisor inmediato o de su gerente:

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICO QUE, A MI LEAL SABER Y ENTENDER, TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA. EN CASO DE QUE CUALQUIER PARTE DE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO CAMBIE, ACEPTO INFORMAR AL DEPARTAMENTO DE DIVERSIDAD Y DE CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS CIVILES DEL CONDADO DE FULTON DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS CALENDARIO DE LOS CAMBIOS APLICABLES.

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Correo electrónico del empleado: _____

Teléfono: _____

Envíe los formularios llenos y dirija cualquier pregunta relacionada con el contenido de este formulario a:

Administrador de ADA: sara.dunnaway@fultoncountyga.gov (404) 612-7305

Funcionario de I/ADA: williamo.ligon@fultoncountyga.gov (404) 612-7840



Certificación de proveedor de atención médica autorizado para la excepción o el diferimiento a vacunación y pruebas de la COVID-19

PARA SER COMPLETADO POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA AUTORIZADO:

Nombre del empleado: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

La persona mencionada anteriormente ha solicitado estar exenta de la política y el procedimiento de vacunación y pruebas de COVID-19 del condado de Fulton. La política y el procedimiento requieren que todo el personal proporcione una prueba de vacunación completa contra la COVID-19 o que se realicen pruebas semanales para detectar la COVID-19.

¿Existe una razón médica o relacionada con alguna discapacidad por el cual la persona mencionada anteriormente no puede recibir la vacuna contra la COVID-19? Sí No

Certificación: Recomiendo que la persona mencionada anteriormente reciba una exención médica del requisito de vacunación contra la COVID-19 del gobierno del condado de Fulton por las siguientes razones. (Marque todas las opciones que correspondan):

- Antecedentes o indicaciones de pruebas documentadas de reacción alérgica grave a la vacuna o sus componentes (p. ej., urticaria, hinchazón de los labios o la lengua, dificultad para respirar dentro de las 4 horas de la vacunación)
- Discapacidad (deficiencia física o mental) que interfiere o puede interferir con la capacidad del empleado mencionado anteriormente para recibir una vacuna contra la COVID-19
Identifique la discapacidad (Adjunte páginas adicionales según sea necesario):

- Afección médica relacionada con el embarazo (La empleada puede diferir la vacunación durante el embarazo y hasta 24 meses después del parto)
Identifique la afección médica relacionada con el embarazo (Adjunte páginas adicionales según sea necesario):

- Otra contraindicación médica (Proporcione información detallada a continuación y adjunte páginas adicionales según sea necesario):

¿Existe algún motivo médico por el cual la persona no podría realizarse la prueba semanal de la COVID-19?
 Sí No

Recomiendo que esta persona sea eximida del requisito de pruebas semanales por las siguientes razones (Proporcione información detallada a continuación y adjunte páginas adicionales según sea necesario):

Duración prevista de la exención o el diferimiento de la vacunación y/o las pruebas: _____

Firma del proveedor de atención médica autorizado

Fecha

Nombre del proveedor de atención médica autorizado (en letra de imprenta)

Teléfono

Dirección del proveedor de atención médica autorizado

Fax

Envíe los formularios llenos y dirija cualquier pregunta relacionada con el contenido de este formulario a:

Administrador de ADA: sara.dunnaway@fultoncountyga.gov (404) 612-7303

Funcionario de I/ADA: williamo.ligon@fultoncountyga.gov (404) 612-7840