



친애하는 직원 여러분께,

더 많은 학생들이 학교에 복귀하기 시작함에 따라 FCPS는 우리 학교와 지역사회를 안전하게 유지하기 위해 여러 단계를 취하고 있습니다. 우리가 취하고 있는 단계에는 손 씻기, 물리적 거리두기 및 마스크 착용이 포함됩니다.

이러한 실천 사항 외에도, FCPS는 무료의 교내 코로나-19 진단 검사를 제공할 것입니다. 버지니아 보건국과 협력하여 FCPS는 코로나-19 검사 시범 프로그램에 참여하기로 결정하였으며 Rocky Run 중학교는 이 프로그램에 참여하도록 선정되었습니다. **참여는 자발적 의사입니다.**

코로나-19 진단 검사는 학교 시간 중에 코로나-19 증상을 보이는 모든 학생 또는 교직원에게 제공될 것입니다. 이 검사의 목적은 가능한 한 빨리 확진 사례를 식별하고 학교 및 공동체 내에서 다른 사람들을 보호하기 위해 조치를 취하고자 하는 것입니다. 버지니아 보건국은 FCPS에 Abbott BinaxNOW 항원 검사를 제공하였습니다. 훈련된 검사원이 직원의 코 안쪽을 면봉으로 닦아 검사한 후, 약 15분 후에 검사 결과를 알게 될 것입니다.

현 FCPS의 규약에 따라, 증상이 있는 직원들은 검사 결과와 관계없이 학교 캠퍼스를 떠나 후속 조치를 위해 의료 서비스 제공자를 방문하도록 요청받을 것입니다. 직원들은 반드시 근무지로 복귀하기 전에 의료 서비스 제공자가 서명한 근무 복귀 (Return-to-Work) 양식을 제출해야 합니다. 더 자세한 정보는 [규정 4135](#)를 참조하기 바랍니다.

학교가 시작되기 전에 아프거나 코로나-19 증상이 있는 경우에는 **집에 머물기 바랍니다.**

**여러분이 이 프로그램에 참여하려면, 첨부한 동의서를 작성하여 학교에 제출해야 합니다.**

더 자세한 정보는 여러분의 많은 질문에 대한 답변이 있을 수 있는 [자주 문의 되는 질문들 \(FAQ\)](#) 문서를 참조하기 바랍니다. 추가의 질문은 학교의 행정 관리인 또는 상사에게 문의하기 바랍니다.

## 교내 코로나-19 검사에 관한 직원 동의서

성:		첫 이름:		중간 이름:		생년월일: ____/____/____	
주소:		거리: 도시: 주: 우편 번호:					
전화:		이메일:		성별: <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음			
인종:		<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언/알래스카 원주민 <input type="checkbox"/> 동양인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양 제도민 <input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 명시하지 않음				히스패닉/라틴계: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 답변하고 싶지 않음	

이 양식을 작성하여 제출함으로써 본인은 이에 동의하며 학교 시간 동안 무료의 코로나-19 항원 검사를 실시하는 것을 허락합니다. 본인은 코로나-19 검사의 허락이 선택 사항이며 본인은 이를 거부할 수 있고, 거부할 경우, 검사를 받지 않을 것임을 이해합니다. 또한, 학교가 시작되기 전에 몸이 좋지 않다면 반드시 집에 머물러야 한다는 것을 이해합니다.

### 동의 및 자료 공유 (이니셜을 표기하세요):

\_\_\_\_\_ 코로나-19 증상을 보이는 경우, 본인은 Abbott BinaxNOW 코로나-19 항원 검사의 실시를 허락합니다. 본인은 본인의 검사 결과가 주법에 따라 버지니아 보건국에 보고될 것임을 이해합니다.

### 허락하는 서명인:

본인은 언제든지 마음을 바꾸고 이 허락을 취소할 수 있음을 이해합니다. 코로나-19 검사에 대한 이 허락을 취소하려면, 본인은 [POC Name]에게 [Contact Info](으)로 직접 연락해야 합니다.

\_\_\_\_\_  
직원의 성명을 정자로 기재

\_\_\_\_\_  
직원의 서명

\_\_\_\_\_  
날짜