

Self-Certification of Vaccination Status

Employer:
Employee Name:
Employee Department:

Under CAL/ Osha and the state's newly announced COVID – 19 guidelines, you must provide the information requested below.

Please note that you are required to provide accurate information about your vaccination status in response to the questions below, or alternatively may decline to provide your vaccination status. If you decline to provide information about your vaccination status, we will be required to assume you are unvaccinated for purposes of rules or requirements in the workplace that are different for vaccinated or unvaccinated employees.

For purposes of this certification, you are considered "fully vaccinated" two weeks after completing the second dose of a two-dose COVID-19 vaccine (e.g., Pfizer or Moderna) or two weeks after receiving a single dose of a one-dose vaccine (e.g., Johnson & Johnson/Janssen).

PLEASE SELECT THE STATEMENT BELOW THAT ACCURATELY DESCRIBES YOUR VACCINATION STATUS:

- I am fully vaccinated.
I received my second dose of the Pfizer or Moderna vaccine or my single dose of a Johnson & Johnson vaccine less than two weeks ago.
- Date of second dose or single dose: _____
- I received my first dose of Moderna or Pfizer, and my second appointment is scheduled.
Scheduled date of second dose: _____
- I have not been vaccinated.
- I decline to answer whether I have been vaccinated.

I understand that I am required to provide accurate information in response to the question above. I hereby affirm that I have accurately and truthfully answered the question above. I also understand that if I stated that I am fully vaccinated, my employer may request documentation of my vaccination status (e.g., vaccine card, image of vaccine card or health care document showing vaccination status).

Signature: _____

Date: _____

HUMAN RESOURCE PERSONNEL CERTIFICATION:

Signature: _____

Date: _____

Auto Certificación Del Estado de Vacunación

Empleador:
Nombre del empleado:
Departamento de Empleados:

Bajo CAL/ OSHA y las pautas COVID – 19 recientemente anunciadas del estado, debe proporcionar la información solicitada a continuación.

Tenga en cuenta que debe proporcionar información precisa sobre su estado de vacunación en respuesta a las preguntas a continuación, o bien puede negarse a proporcionar su estado de vacunación. Si se niega a proporcionar información sobre su estado de vacunación, se nos pedirá que asumamos que no está vacunado para fines de reglas o requisitos en el lugar de trabajo que son diferentes para los empleados vacunados o no vacunados.

A los efectos de esta certificación, se le considera "completamente vacunado" dos semanas después de completar la segunda dosis de una vacuna contra el COVID-19 de dos dosis (por ejemplo, Pfizer o Moderna) o dos semanas después de recibir una dosis única de una vacuna de una dosis (por ejemplo, Johnson & Johnson/Janssen).

SELECCIONE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN QUE DESCRIBE CON PRECISIÓN SU ESTADO DE VACUNACIÓN:

- ESTOY COMPLETAMENTE VACUNADO.
RECIBÍ MI SEGUNDA DOSIS DE LA VACUNA DE PFIZER O MODERNA O MI DOSIS ÚNICA DE UNA VACUNA DE JOHNSON & JOHNSON HACE MENOS DE DOS SEMANAS.
- FECHA DE LA SEGUNDA DOSIS O DE LA DOSIS ÚNICA: _____
- RECIBÍ MI PRIMERA DOSIS DE MODERNA O PFIZER, Y MI SEGUNDA CITA ESTÁ PROGRAMADA.
- FECHA PROGRAMADA DE LA SEGUNDA DOSIS: _____
- NO ME HAN VACUNADO.
- ME NIEGO A RESPONDER SI HE SIDO VACUNADO.

Entiendo que estoy obligado a proporcionar información precisa en respuesta a la pregunta anterior. Por la presente afirmo que he respondido con precisión y veracidad a la pregunta anterior. También entiendo que, si he declarado que estoy completamente vacunado, mi empleador puede solicitar documentación de mi estado de vacunación (por ejemplo, tarjeta de vacuna, imagen de la tarjeta de vacuna o documento de atención médica que muestre el estado de vacunación).

Firma: _____

Fecha: _____

CERTIFICACIÓN DE PERSONAL DE RECURSOS HUMANOS:

Firma: _____

Fecha: _____