



Declaro que *(marque sólo una casilla)*:

- Tengo una condición médica o discapacidad que me hace elegible para la vacuna contra el COVID-19
- Me encuentro sin hogar en el condado de Los Ángeles y actualmente me quedo en un refugio o puedo hacer la transición a un refugio o un establecimiento de vida congregada.

Vivo o trabajo en un centro de vida congregada de alto riesgo: \_\_\_\_\_  
Nombre del establecimiento

\_\_\_\_\_  
Dirección del establecimiento

Trabajo en uno de los siguientes sectores *(marque uno y complete la información a continuación)*:

- en el sector de la educación y el cuidado infantil
- en un sitio en el sector de cuidado de la salud
- en un sitio en el sector de servicios de emergencia
- en un sitio en el sector de alimentos y agricultura
- en un sitio en el sector de limpieza y mantenimiento
- en un sitio en el sector de transportación y logística

**Y**

Estoy empleado como: \_\_\_\_\_  
Título profesional

Trabajo en: \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela, negocio u organización

\_\_\_\_\_  
Dirección de la escuela, negocio u organización

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si no tiene acceso a una impresora, esta certificación se puede escribir a mano.*

