



Vaccine Mandate DSP

4173 MacArthur Blvd.
Oakland, CA 94619
510-336-2900
FAX 510-336-2903

The Federal Government, by order of the President, has mandated that all in-home service providers and staff are required to be vaccinated or have a qualified exemption.¹ The California Department of Developmental Services (DDS) has ordered all agencies under service contracts to comply with this federal mandate. The qualifying exemptions are:

- Religious exemption – Those qualifying must submit a negative covid test for each week worked
- Medical exemption – Those qualifying must submit a negative covid test for each week worked
- Family Member Exemption – If you only serve one family in one home, and you consider that person a part of your extended family, then you are exempt and *do not need to test weekly*

Vaccination

To show your vaccination status, please submit a copy or picture of your Vaccine card showing both doses for a two dose vaccine (Pfizer and Moderna), or the single dose of a one dose vaccine (Johnson & Johnson), as well as this completed form.

Exemptions

If you are submitting an exemption, please submit this form and the Religious Accommodation Request Form, or the Medical Exemption Request form. **If you qualify for a medical or religious exemption, you must submit a negative COVID test for each week you work until the mandate has ended, or until you provide proof of vaccination.**

Those qualifying for the family exemption only need to submit this form. Manos will verify if you qualify for this exemption. Under the family member exemption, you **are not required** to submit a negative COVID test for each week worked.

Turning In Forms

The forms can be submitted by email to Contact@manoshomecare.com, mail to 4173 MacArthur Blvd. Oakland, CA 94619, by fax to 510-336-2903, or in person at the front desk or through the after-hours drop box.

All exemption forms or proof of vaccination are due by November 30th

All Manos employees who submit a proof of vaccine, or religious or medical exemption, will receive a \$50 bonus. This bonus does not apply to those requesting a family member exemption.

Paola Flores

HR Compliance

¹ <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/presidential-actions/2021/09/09/executive-order-on-requiring-coronavirus-disease-2019-vaccination-for-federal-employees/>



**Vaccine Mandate
Form
DSP**

4173 MacArthur Blvd.
Oakland, CA 94619

510-336-2900
FAX 510-336-2903

I certify that I have been fully vaccinated against COVID-19 or that I qualify for an exemption as outlined by the DDS COVID Vaccination Mandate, dated 9/28/21, and that I have included all required supporting documentation.

- I am fully vaccinated against COVID (both doses of a two-dose vaccine or one dose of a single-dose vaccine) and have submitted a proof of my vaccine
- I have a religious exemption and have submitted the completed Religious Exemption Request form
- I have a medical exemption and have submitted the completed Medical Exemption Request form
- I only serve one family in one home, and I consider that person a part of my extended family

Name: _____ Employee ID #: _____

Signature: _____ Date: ____/____/____

Religious Accommodation Request Form

Part 1: To be completed by employee

Name: _____

Employee ID #: _____

Date of request: _____

Requested accommodation (job change, schedule change, dress/appearance code exception, vaccination exemption, etc.):

Length of time the accommodation is needed: _____

Describe the religious belief or practice that necessitates this request for accommodation:

Describe any alternate accommodations that might address your needs:

I have read and understand Manos's policy on religious accommodation. My religious beliefs and practices, which result in this request for a religious accommodation, are sincerely held. I understand that the accommodation requested above may not be granted but that the company will attempt to provide a reasonable accommodation that does not create an undue hardship on the company. I understand that [Company Name] may need to obtain supporting documentation regarding my religious practice and beliefs to further evaluate my request for a religious accommodation.

Employee signature: _____ Date: _____

Part 2: To be completed by HR Compliance

Describe the requested accommodation:

Evaluation of impact (if any): _____

Approved: _____ Denied: _____

If the requested accommodation is denied, what are some alternative accommodations (list in order of preference):

1. _____
2. _____
3. _____

Date discussed with employee: _____

Final accommodation agreed upon: _____

If no agreement on an accommodation, provide an explanation:

Immediate supervisor: _____ Date: _____

Manager of immediate supervisor: _____ Date: _____

Human resources director: _____ Date: _____

Request for Accommodation: Medical Exemption from Vaccination

To request an exemption from required vaccinations, please complete section 1 below and have your medical provider complete section 2 before returning this form to the human resources department.

Section 1

Name (print):	Date:
Employee ID #:	Work/Cell Phone:

I am requesting a medical exemption from Manos’s mandatory vaccination policy for the following vaccination(s):

I verify that the information I am submitting to substantiate my request for exemption from Manos’s vaccination policy is true and accurate to the best of my knowledge. I understand that any falsified information can lead to disciplinary action, up to and including termination.

I further understand that Manos is not required to provide this exemption accommodation if doing so would pose a direct threat to myself or others in the workplace or would create an undue hardship for Manos.

Employee Signature:	Date:
---------------------	-------

Section 2

Medical Certification for Vaccination Exemption

Employee Name: _____

Dear Medical Provider,

Manos requires vaccination against COVID-19 as a condition of employment. The individual named above is seeking an exemption to this policy due to medical contraindications.

Please complete this form to assist Manos in the reasonable accommodation process.

The person named above should not receive the [insert disease name] vaccine due to:
This exemption should be: <input type="checkbox"/> Temporary, expiring on: __/__/__, or when _____ <input type="checkbox"/> Permanent

I certify the above information to be true and accurate, and request exemption from the [insert disease name] vaccination for the above-named individual.

Medical Provider Name (print):	
Medical Provide Signature:	Date:
Practice Name & Address:	Provider Phone:

HR USE ONLY

Date of initial request: __/__/__

Date certification received: __/__/__

Accommodation request:

Approved __/__/__

Describe specific accommodation details:

Denied __/__/__

Describe why accommodation is denied:



Mandato de la Vacuna DSP

4173 MacArthur Blvd.
Oakland, CA 94619

510-336-2900
FAX 510-336-2903

El Gobierno Federal, por orden del presidente, ha ordenado que todos los proveedores de servicios en el hogar y el personal están obligados a vacunarse o tener una extensión calificada¹. El Departamento de Servicios de Desarrollo de California (DDS) ha ordenado a todas las agencias bajo contratos de servicio que cumplan con este mandato federal. Las excepciones que califican son:

- Excepción religiosa – Aquellos que califiquen deben presentar una prueba de COVID negativa por cada semana trabajada.
- Excepción medica – Aquellos que califiquen deben presentar una prueba de COVID negativa por cada semana trabajada.
- Excepción de Miembro de Familia – Si usted nomas trabaja con una familia en una casa, y usted considera esa persona ser parte de su familia extendida, entonces usted está exento y *no necesita hacer la prueba semanal*.

Vacunación

Para mostrar su estado de vacunación, por favor envíe una copia o imagen de su comprobante de vacunación que muestre ambas dosis para una vacuna de dos dosis (Pfizer y Moderna), o la dosis única de una vacuna de una dosis (Johnson & Johnson), al igual que este formulario completo.

Excepciones

Si está enviando una excepción, por favor envíe este formulario y el Formulario de Solicitud de Acomodación religiosa, o el formulario de solicitud de excepción médica. **Si califica para una excepción médica o religiosa, usted debe presentar una prueba de COVID por cada semana que trabaje hasta que finalice el mandato o hasta que proporcione una prueba de vacunación.**

Aquellos que califican para la excepción familiar solo necesitan presentar este formulario. Manos verificara si usted califica para esta excepción. Bajo la excepción de la familia, **no está obligado** a presentar una prueba de COVID por cada semana trabajada.

Entrega de Formularios

Los formularios se pueden enviar por correo electrónico a contact@manoshomecare.com, por correo a 4173 MacArthur Blvd Oakland, CA 94619, por fax 510-336-2903, o en persona en la recepción o a través del buzón fuera del horario de atención.

Todos los formularios de excepción o prueba de vacunación deben ser entregados antes del 30 de noviembre.

Todos los empleados de Manos que presenten una prueba de vacuna, o excepción religiosa o medica recibirán un bono de \$50. Este bono no aplica a aquellos que solicitan una excepción de miembro de familia.

Paola Flores

HR Compliance

¹ <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/presidential-actions/2021/09/09/executive-order-on-requiring-coronavirus-disease-2019-vaccination-for-federal-employees/>



Formulario del Mandato de la Vacuna DSP

4173 MacArthur Blvd.
Oakland, CA 94619
510-336-2900
FAX 510-336-2903

Certifico que he sido completamente vacunado contra COVID-19 o que califico para una excepción como lo describe el Mandato de Vacunación COVID por DDS, con fecha 09/28/2021, y he incluido toda la documentación de respaldo requerida.

- Estoy completamente vacunado contra COVID (ambas dosis de una vacuna de dos dosis o una dosis de una vacuna de una dosis) y he enviado un comprobante de vacunación.
- Tengo una excepción religiosa y he enviado el formulario completo de la excepción religiosa.
- Tengo una excepción médica y he enviado el formulario de solicitud de excepción médica.
- Solo trabajo con una familia en una casa, y considera esta persona parte de mi familia extendida.

Nombre: _____ ID de Empleado #: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Formulario de solicitud de Acomodación Religioso

Parte 1: Ser completada por el empleado

Nombre: _____

ID del Empleado #: _____

Fecha de Solicitud: _____

Acomodación solicitada (cambio de trabajo, cambio de horario, excepción de código de vestimenta/apariencia, excepción de vacuna, etc.)

Periodo de tiempo necesario para la acomodación: _____

Describe la creencia o práctica religiosa que requiere esta solicitud de acomodación:

Describe cualquier acomodación alternativa que pueda satisfacer sus necesidades:

He leído y entiendo la política de Manos Home Care sobre la acomodación religioso. Mis creencias y prácticas religiosas, que resultan en esta solicitud de una acomodación religiosa, se mantienen sinceramente. Yo entiendo que la acomodación solicitada puede no ser concedida, pero que la compañía intentara proporcionar una acomodación razonable que no cree una dificultad excesiva en la compañía. Yo entiendo que Manos Home Care puede necesitar obtener documentación de respaldo con respecto a mi practica y creencias religiosas para evaluar aún más mi solicitud de una acomodación religiosa.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Parte 2: Ser completado por HR Compliance

Describir acomodación solicitada:

Impacto de la Evaluación (si la hubiera): _____

Aprobado: _____ Rechazada: _____

Si la acomodación solicitada es rechazada, cuáles son las acomodaciones alternativas (lista en orden de preferencia)

1. _____
2. _____
3. _____

Fecha discutida con el empleado: _____

Acomodación final acordado: _____

Si no hay acuerdo sobre una acomodación, proporcione una explicación:

Supervisor Inmediato: _____ Fecha: _____

Gerente del supervisor Inmediato: _____ Fecha: _____

Director de Recursos Humanos: _____ Fecha: _____

Solicitud para Acomodación: Excepción Medica de la Vacunación

Para solicitar una excepción de las vacunas requeridas, complete la sección 1 a continuación y haga que su proveedor complete la sección 2 antes de entregar este formulario al departamento de recursos humanos.

Sección 1

Nombre (molde):	Fecha:
ID de Empleado #:	Numero de Celular de Trabajo/Personal:

Estoy solicitando una excepción medica de la política de vacunación obligatoria de Manos para las siguientes vacunas:

COVID-19

Verifico que la información que estoy enviando para justificar mi solicitud de excepción de la política de vacunación de Manos es verdadera y precisa a mi entender. Entiendo que cualquier información falsificada puede llevar una acción disciplinaria, hasta e incluyendo terminación.

Además, entiendo que Manos está obligado no está obligado a proporcionar esta acomodación si hacerlo representa una amenaza directa para mi o para otros en el lugar de trabajo o crearía dificultad excesiva para Manos.

Firma del Empleado:	Fecha:
---------------------	--------

Sección 2

Certificación médica para excepción medica

Nombre del Empleado: _____

Querido Proveedor Medico,

Manos requiere vacunarse contra COVID-19 como una condición de empleo. El individuo mencionado anteriormente está buscando una excepción a esta póliza debido a contraindicaciones médicas.

Por favor complete esta forma para asistir a Manos Home Care en el proceso de acomodación razonable.

La persona nombrada anteriormente no debe recibir la vacuna de COVID-19 debido a:
Esta excepción debería ser:
<input type="checkbox"/> Temporal, expirando el: __/__/____, o cuando _____
<input type="checkbox"/> Permanente

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa y solicito la excepción de la vacuna COVID-19 para la persona mencionada anteriormente.

Nombre del proveedor medico (molde):	
Firma del proveedor medico:	Fecha:
Nombre y dirección de la practica:	Teléfono del proveedor:

HR USE ONLY

Date of initial request: __/__/____

Date certification received: __/__/____

Accommodation request:

Approved __/__/____

Describe specific accommodation details:

Denied __/__/____

Describe why accommodation is denied:



護工疫苗指令

4173 MacArthur Blvd.
Oakland, CA 94619
510-336-2900
FAX 510-336-2903

聯邦政府根據總統的命令，規定所有家庭服務提供者和工作人員都必須接種疫苗或獲得合格豁免。加州發展服務部 (DDS) 已命令所有簽訂服務合同的機構遵守這項聯邦規定。符合條件的豁免是：

- 宗教豁免——符合條件的人必須為每週工作提交一次陰性 Covid 測試
- 醫療豁免——符合條件的人必須在每週工作時提交陰性 Covid 測試
- 家庭成員豁免——如果您只在一個家庭中為一個家庭服務，並且您認為該人是您大家庭的一員，那麼您將獲得豁免並且不需要每週進行測試

疫苗接種

要顯示您的疫苗接種狀態，請提交您的疫苗卡的副本或圖片，其中顯示兩劑疫苗（Pfizer 和 Moderna）或單劑單劑疫苗（Johnson & Johnson），以及這份填寫完成的文書形式。

豁免

如果您要提交豁免，請提交此表格和宗教配合申請表或醫療豁免申請表。如果您有資格獲得醫療或宗教豁免，則您必須在每週工作期間提交陰性的 COVID 測試，直到疫苗指令結束，或直到您提供疫苗接種證明。

符合家庭豁免條件的人只需提交此表格。Manos 將驗證您是否有資格獲得此豁免。根據家庭成員豁免，您無需為每週工作提交陰性 COVID 測試。

上交表格

表格可以通過電子郵件提交至 Contact@manoshomecare.com，郵寄至 4173 MacArthur Blvd. Oakland, CA 94619，傳真至 510-336-2903，或親自前往前台或投遞文件至下班後的投遞箱。

所有豁免表格或疫苗接種證明均需在 11 月 30 日之前提交

所有提交疫苗證明或宗教或醫療豁免證明的 Manos 員工都將獲得 50 美元的獎金。此獎金不適用於申請家庭成員豁免的人。

Paola Flores

HR Compliance 人力資源主管



護工疫苗指令文書表格

4173 MacArthur Blvd.
Oakland, CA 94619
510-336-2900
FAX 510-336-2903

我證明我已完全接種 COVID-19 疫苗或我有資格獲得敘述日期為 21 年 9 月 28 日的 DDS COVID 疫苗接種授權所述的豁免，而我已包含所有必需的支持文件。

- 我已全面接種 COVID 疫苗（兩劑兩劑疫苗或一劑單劑疫苗），並已提交我的疫苗卡副本
- 我有宗教豁免權並已提交完整的宗教豁免申請表
- 我有醫療豁免並已提交完整的醫療豁免申請表
- 我只在一個家庭中為一個家庭服務，並且我認為那個人是我大家庭的一部分

姓名：_____ 員工編號：_____

簽名：_____ 日期：____/____/____

宗教信仰相關適應申請表

第 1 部分：由員工完成

姓名： _____

員工 ID #： _____

申請日期： _____

配合的要求（工作變更、日程變更、例外的著裝/外觀條例、疫苗接種豁免等）：

需要的配合時間： _____

描述需要此配合的宗教信仰或習俗請求：

描述任何可能滿足您需求的替代配合：

我已閱讀並理解 [公司名稱] 關於宗教配合的政策。我的宗教信仰和習俗導致了我的宗教信仰適應方面的需求, 我真摯地需要相關方面的配合。我了解上述要求的便利可能不會獲得批准, 但公司將嘗試提供合理的便利, 不會對公司造成不必要的困難。我了解 [公司名稱] 可能需要獲得有關我的宗教實踐和信仰的支持文件, 以進一步評估我對宗教信仰相關方面的適應請求。

員工簽名: _____ 日期: _____

第 2 部分：由 HR Compliance 人力資源部 完成

描述配合的要求：

評估影響（如果有）：

批准：_____ 否決：_____

如果配合的請求被拒絕，有哪些可替代的配合方面（按優先順序列出）：

1. _____
2. _____
3. _____

與員工討論的日期：_____

商定的最終配合：_____

如果沒有就配合方面達成協議，請提供解釋：

直接主管：_____ 日期：_____

直屬上司經理：_____ 日期：_____

人力資源總監：_____ 日期：_____

申請配合：接種疫苗的醫療豁免

要申請免除所需的疫苗接種，請填寫下面的第 1 部分並讓您的醫療服務提供者填寫第 2 部分，然後再將此表格返回人力資源部門。

第 1 部分

Name (print): 名字 (正楷體)	Date: (日期)
Employee ID #: 員工 ID:	Work/Cell Phone: 工作/手機號碼:

我申請 Manos 強制性疫苗接種政策的醫療豁免，用於以下疫苗接種：

我確認我提交的用於證明我申請豁免 Manos 疫苗接種政策的信息是真實準確的。我了解任何偽造的信息都可能導致紀律處分，直至並包括解僱。

我進一步理解，Manos 無需提供此豁免便利，如果 Manos 提供這種豁免便利則會對我自己或工作場所中的其他人構成直接威脅，可能會給 Manos 帶來不必要的困難。

Employee Signature: 員工簽名:	Date: 日期:
---------------------------	-----------

第 2 部分

疫苗接種豁免醫學證明

員工名字: _____

親愛的醫療服務提供者，

Manos 要求接種 COVID-19 疫苗作為就業條件。由於醫療禁忌症，上述個人正在尋求本政策的豁免。

請填寫此表格以協助 [公司名稱] 進行合理的調整過程。

由於以下原因，上述人員不應接種 COVID-19 疫苗：
這種豁免應該是： <input type="checkbox"/> 臨時，到期日期： __/__/__，或當 _____ <input type="checkbox"/> 永久

本人保證上述信息真實準確，並請求免除上述個人的 COVID-19 疫苗接種。

醫療提供者姓名（正楷體）：	
醫療提供者簽名：	日期：
診所名稱和地址：	醫療提供者電話：

HR USE ONLY

Date of initial request: __/__/__

Date certification received: __/__/__

Accommodation request:

Approved __/__/__

Describe specific accommodation details:

Denied __/__/__

Describe why accommodation is denied:
