



Tohono O'odham Nation Miembro Tribal de 5 a 11 Años Solicitud del Programa de Incentivos de Vacunas

Esta solicitud es para el Programa de Incentivos de Vacunas para Miembros Tribales de la Nación Tohono O'odham de 5 a 11 años de edad. Todos los miembros elegibles que cumplan con los requisitos para el programa recibirán un incentivo de Nintendo Switch, Switch Lite o Amazon Tablet (sujeto a edad y disponibilidad) por vacunarse completamente contra el COVID-19. Esta solicitud no está completa sin proporcionar una copia de la tarjeta de vacunas del miembro elegible, que se utilizará para verificar el estado de vacunación del miembro. La solicitud debe estar firmada por el padre o tutor legal del solicitante.

Por favor, complete la siguiente información:

Información de Miembro Tribal (Solicitante)	
Nombre:	Número de Enrolamiento Tribal:
Distrito:	Fecha de Nacimiento:
Teléfono:	Edad:
Dirección:	Ciudad:
Estado:	Código Postal:

Información de Vacunación	
Tipo de Vacuna:	
<i>Fechas de Vacunación</i>	
Primera Dosis:	Segunda Dosis (Pfizer o Moderna):

Con mi firma a continuación, certifico que la información proporcionada anteriormente es, según mi leal saber y entender, verdadera y precisa. Además, la tarjeta de vacunas que presento junto con esta solicitud es auténtica, proporcionada al solicitante por un profesional de la salud como documentación de haber recibido una vacuna contra el COVID. Por la presente reconozco que la falsificación intencional de información o documentación se considera un acto de fraude. Todas las tarjetas de vacunas están respaldadas con sellos oficiales de agencias gubernamentales. El uso no autorizado del sello de una agencia gubernamental oficial (como HHS o los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)) es un delito y puede ser punible según el Título 18 del Código de los Estados Unidos, Sección 1017 y otras leyes aplicables. Cualquier tarjeta de vacuna sospechosa se informará al FBI para una mayor investigación.

Nombre del padre o madre / tutor legal: _____



Tohono O'odham Nation Miembro Tribal de 5 a 11 Años
Solicitud del Programa de Incentivos de Vacunas

Relación con el menor (padre/madre/tutor legal): _____

Firma del padre o madre/tutor legal : _____

SOLO USO DE OFICINA

TON Office Verification

Name: _____

Signature: _____

Signature: _____

Date: _____
