**DECLARATION FORM FOR CONFIRMATORY POLYMERASE CHAIN REACTION (PCR) SWAB FOR POSITIVE / INVALID2 ANTIGEN RAPID TEST (ART)**கிருமித்தொற்று உறுதி / தெளிவற்ற முடிவு2 **என்பதைக் காட்டும் ஏண்டிஜன் விரைவுப் பரிசோதனைக்கான உறுதிப்படுத்தும் பல்படியத் தொடர் வினை எச்சில்/சளி மாதிரி பரிசோதனைக்குரிய**1 **உறுதியளிப்புப் படிவம்**

**Name of Caregiver**:

**பராமரிப்பாளரின் பெயர்:**

**NRIC/FIN/Passport Number of Caregiver:**

**பராமரிப்பாளரின் அடையாள அட்டை / வெளிநாட்டு அடையாள அட்டை / கடப்பிதழ் எண்:**

**Date of ART Test**: **Result of Test (delete as needed):** Positive / Invalid[[1]](#footnote-1)  
**ஏண்டிஜன் விரைவுப் பரிசோதனையை மேற்கொண்ட தேதி:**

**பரிசோதனை முடிவு (தேவைக்கேற்ப நீக்கவும்): கிருமித்தொற்று உறுதி / தெளிவற்ற முடிவு2**

All patients who show up for a confirmatory PCR swab due to a positive/double-invalid ART result are required to fill out this self-declaration form to qualify for a Government-funded confirmatory PCR swab. The completed form will be retained by the clinic for record purposes and submitted as and when required to MOH.

ஏண்டிஜன் விரைவுப் பரிசோதனை முடிவுகளின்படி கிருமித்தொற்று உறுதியான, அல்லது இரண்டு முறை தெளிவற்ற முடிவுகளைப் பெற்ற அனைத்து நோயாளிகளும் அரசாங்கச் செலவில், உறுதிப்படுத்தும் பல்படியத் தொடர் வினை எச்சில் / சளி மாதிரி பரிசோதனையை மேற்கொள்வதற்குத் தகுதிபெற சுய உறுதியளிப்புப் படிவத்தை நிறைவுசெய்வது அவசியம். நிறைவுசெய்யப்பட்ட படிவம் மருந்தகத்தின் பதிவேடுகளில் வைக்கப்பட்டு, தேவை எழும்போது, சுகாதார அமைச்சிடம் சமர்ப்பிக்கப்படும்.

|  |  |
| --- | --- |
| **Declaration உறுதியளிப்பு**  I hereby declare the above self-administered COVID-19 Antigen Rapid Test (ART) results of <Name and NRIC/FIN/Passport number of Dependent> my Dependent on the above-listed date. I declare that my Dependent does not have any acute respiratory symptoms (e.g. fever, cough, runny nose, sore throat) or loss of sense of smell, currently and at the time of ART testing.  மேல் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள தேதியில், என்னைச் சார்ந்திருக்கும் <பெயர் மற்றும் அடையாள அட்டை / வெளிநாட்டு அடையாள அட்டை / கடப்பிதழ் எண்> என்பவர் சுயமாக மேற்கொண்ட கொவிட்-19 ஏண்டிஜன் விரைவுப் பரிசோதனைக்கான முடிவுகள் மேல் குறிப்பிடப்பட்டிருப்பதை நான் உறுதிசெய்கிறேன். என்னைச் சார்ந்திருப்பவருக்குத் தற்போதும், அவர் ஏண்டிஜன் விரைவுப் பரிசோதனையை மேற்கொண்ட நேரத்திலும் கடும் சுவாச நோய்க்கான அறிகுறிகள் (எ.கா. காய்ச்சல், இருமல், மூக்கு ஒழுகுதல், தொண்டை வலி), அல்லது நுகரும் தன்மை *இழப்பு* இல்லை என்பதை நான் உறுதிசெய்கிறேன்.    I declare that the information provided above is true and accurate. I am aware that the information provided above may be submitted to the Ministry of Health for verification and audit purposes[[2]](#footnote-2). The Ministry may also use the information I have provided to contact me or my Dependent concerning other healthcare financial assistance schemes.  நான் வழங்கியுள்ள மேற்காணும் தகவல் உண்மையானது, சரியானது என்பதை நான் உறுதிசெய்கிறேன். நான் வழங்கியுள்ள மேற்காணும் தகவல்சரிபார்ப்புக்காகவும், *தணிக்கை நோக்கங்களுக்காகவும் சுகாதார அமைச்*சிடம் *சமர்ப்பிக்கப்படலாம் என்பதை நான் அறிகிறேன். மற்ற சுகாதாரப் பராமரிப்பு நிதி உதவித் திட்டங்கள்* குறித்து *என்னை,* அல்லது என்னைச் சார்ந்திருப்பவரைத் *தொடர்புகொள்ள*வும் *நான்* வழங்கியுள்ள *தகவ*லை அமைச்சு *பயன்படுத்தலாம்*. | |
| **Acknowledgement  ஏற்றுக்கொள்ளுதல்**  I acknowledge that the notification of mandatory self-isolation below has been brought to my attention as my Dependent’s COVID-19 ART result is Positive / Invalid.  என்னைச் சார்ந்திருப்பவரின் கொவிட்-19 ஏண்டிஜன் விரைவுப் பரிசோதனை முடிவில் அவருக்குக் கிருமித்தொற்று இருப்பது உறுதிசெய்யப்பட்டுள்ளதாலோ, தெளிவற்ற முடிவு வெளிவந்துள்ளதாலோ, அவர் கட்டாயமாகத் தம்மைத் தாமே தனிமைப்படுத்திக்கொள்வதற்கான கீழ்க்காணும் அறிவிப்பு குறித்து எனக்குத் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளதை நான் ஏற்றுக்கொள்கிறேன்.  I understand that my failure to isolate my Dependent in their place of accommodation or the designated isolation area pursuant to the instructions stated in this notification, may be a breach of section 21A(1) of the Infectious Diseases Act (“IDA”) which may give rise to an offence under section 21A(4). If convicted, the penalty for a first offence is a fine not exceeding $10,000 or imprisonment for a term not exceeding 6 months or both.  இந்த அறிவிப்பில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விதிமுறைகளின்படி, என்னைச் சார்ந்திருப்பவரை நான் அவரது வசிப்பிடத்தில் அல்லது தனிமைப்படுத்திக்கொள்வதற்காக ஒதுக்கப்பட்ட இடத்தில் தனிமைப்படுத்திக்கொள்ள தவறினால், அது தொற்றுநோய்த் தடுப்புச் சட்டத்தின் பிரிவு 21A(1)-ஐ மீறியதாகக் கருதப்படலாம் என்பதை நான் புரிந்துகொண்டுள்ளேன். தொற்றுநோய்த் தடுப்புச் சட்டத்தின் பிரிவு 21A(4)-இன் கீழ், அது குற்றமாகக் கருதப்படலாம் என்பதையும் நான் புரிந்துகொண்டுள்ளேன். குற்றம் நிரூபிக்கப்பட்டால், முதல் முறை குற்றம் புரிவோருக்கு அதிகபட்சம் $10,000 அபராதம் அல்லது 6 மாதம் வரையிலான சிறைத்தண்டனை அல்லது இரண்டுமே விதிக்கப்படலாம்.  A copy of this notification has also been provided for my reference. இந்த அறிவிப்பின் பிரதி ஒன்றும் எனது குறிப்புக்காக வழங்கப்பட்டுள்ளது. | |
| Signature:  கையொப்பம்:  Date:  தேதி: | **Name of Doctor:**  **மருத்துவரின் பெயர்:**    **MCR No:**  **மருத்துவ மன்ற பதிவு எண்:**  **Clinic Name & Stamp:**  **மருந்தகத்தின் பெயர் & முத்திரை:** |

**NOTIFICATION OF MANDATORY SELF-ISOLATION FOR**

**POSITIVE / INVALID2 COVID-19 ANTIGEN RAPID TEST RESULT**

**கிருமித்தொற்று உறுதி / தெளிவற்ற முடிவு2 என்பதைக் காட்டும் கொவிட்-19ஏண்டிஜன் விரைவுப் பரிசோதனை முடிவுகளின் பேரில் விதிக்கப்படும் கட்டாயமாக்கப்பட்ட, சுயமாகத் தனிமைப்படுத்திக்கொள்வதற்கான அறிவிப்பு**

Dear <Name and NRIC/FIN/Passport number of Caregiver>,

அன்பார்ந்த <பராமரிப்பாளரின்பெயர், அடையாள அட்டை / வெளிநாட்டு அடையாள அட்டை / கடப்பிதழ் எண்>

1. You indicated that the COVID-19 Antigen Test Result of your Dependent <Name and NRIC/FIN/Passport number> is Positive/Invalid2. Your Dependent’s test result indicates that they might be infected with COVID-19 and could transmit COVID-19 infection to others if they do not self-isolate.   
     
   உங்களைச் சார்ந்திருக்கும் <Name and NRIC/FIN/Passport number> என்பவரின் ஏண்டிஜன் விரைவுப் பரிசோதனை முடிவில் கிருமித்தொற்று உறுதிசெய்யப்பட்டது / தெளிவற்ற முடிவு\* வெளிவந்தது என்று நீங்கள் குறிப்பிட்டிருந்தீர்கள். உங்களைச் சார்ந்திருப்பவரின் பரிசோதனை முடிவு, அவருக்கு கொவிட்-19 கிருமித்தொற்று ஏற்பட்டிருக்கலாம் என்பதைக் குறிப்பிடுவதாலும், அவரிடமிருந்து கிருமி மற்றவர்களுக்குப் பரவலாம் என்பதாலும், அவர் தன்னைத் தனிமைப்படுத்திக்கொள்ளாவிட்டால், அவரிடமிருந்து மற்றவர்களுக்கு கொவிட்-19 கிருமி பரவக்கூடும்.
2. Protect your family, friends, and their loved ones – please follow these steps immediately:

உங்கள் குடும்பத்தினர், நண்பர்கள் ஆகியோரையும் அவர்களின் அன்புக்குரியவர்களையும் பாதுகாத்திடுங்கள் – அன்புகூர்ந்து, பின்வரும் நடவடிக்கைகளை உடனடியாகப் பின்பற்றுங்கள்:

1. After the COVID-19 polymerase chain reaction test (“Confirmatory Test”) has been administered to your Dependent, please return your Dependent to their place of accommodation immediately (via private transport or via taxi / private hire vehicles with the windows rolled down) and isolate them there until their Confirmatory Test is negative. You are expected to receive the results your Dependent’s Confirmatory Test generally within 1-2 days from the time it was administered to them.

உங்களைச் சார்ந்திருப்பவர், கொவிட்-19 பல்படியத் தொடர் வினைப் பரிசோதனை (“உறுதிப்படுத்தும் பரிசோதனை”) மேற்கொள்ளப்பட்ட பின்னர், தயவுசெய்து, அவர் தமது வசிப்பிடத்திற்கு உடனடியாகத் திரும்புவதை உறுதிசெய்யுங்கள் (தனியார் போக்குவரத்து அல்லது சன்னல்கள் திறந்தவாறு, டாக்ஸி / தனியார் வாடகை வாகனங்கள் வழியாக). அவர் தமது வசிப்பிடத்தில் தம்மைத் தனிமைப்படுத்திக்கொள்ளவேண்டும். உறுதிப்படுத்தும் பரிசோதனை முடிவுகள் மூலம் அவர்களுக்குக் கொவிட்-19 கிருமித்தொற்று ஏற்படவில்லை என்று உறுதியாகும் வரை, அவர் வசிப்பிடத்தில் தொடர்ந்து தம்மைத் தனிமைப்படுத்திக்கொள்ளவேண்டும். பொதுவாக, உறுதிப்படுத்தும் பரிசோதனை முடிவுகள், அப்பரிசோதனை மேற்கொள்ளப்பட்ட ஓரிரு நாட்களுக்குள் உங்களுக்குக் கிடைக்கும் என்று எதிர்பார்க்கப்படுகிறது. .

1. If your Dependent requires medical attention, please call the SASH clinic. In the event of a medical emergency (e.g. chest pain, palpitations and shortness of breath), please call 995 and notify them that your Dependent is pending their Confirmatory Test or COVID-19 test results, whichever is relevant. Your Dependent may only exit their self-isolation if it is necessary for the purpose of seeking medical attention (via private transport). When doing so, please ensure that your dependent turns on their Trace Together app or brings their Trace Together token along.

உங்களை சார்ந்திருப்பவருக்கு மருத்துவக் கவனிப்பு தேவைப்பட்டால், தயவுசெய்து ‘Swab and Send Home’ வசதி கொண்ட மருந்தகத்தை அழையுங்கள். மருத்துவ நெருக்கடிநிலை ஏற்பட்டால் (எ.கா. நெஞ்சு வலி, படபடப்பு, மூச்சுத் திணறல்), அன்புகூர்ந்து 995 என்ற எண்ணை அழைத்து, உங்களை சார்ந்திருப்பவருக்கான உறுதிப்படுத்தும் பரிசோதனை அல்லது கொவிட்-19 பரிசோதனை (ஏற்புடைய வகையில்) முடிவுகளுக்காகக் காத்துக்கொண்டிருப்பதாக அவர்களிடம் தெரியப்படுத்துங்கள். மருத்துவக் கவனிப்பைப் பெறுவதற்காக மட்டுமே, தம்மைத் தாமே தனிமைப்படுத்திக்கொண்டுள்ள இடத்திலிருந்து அவர் வெளியேறலாம் (தனியார் போக்குவரத்து வழியாக). அவ்வாறு செய்யும்போது, அன்புகூர்ந்து உங்களை சார்ந்திருப்பவர், அவருடைய TraceTogether செயலியை இயக்கநிலையில் வைத்திருக்கிறார், அல்லது அவரின் TraceTogether சாதனத்தை உடன் எடுத்துச் சென்றுள்ளார் என்பதை உறுதிசெய்யுங்கள்.

1. If the result of your Dependent’s Confirmatory Test indicates that they are negative for COVID-19 infection, you can stop their self-isolation. If the result of your Dependent’s Confirmatory Test indicates that they are positive for COVID-19 infection, they are to continue their self-isolation and you will receive a phone call from the Ministry of Health, who will advise you on the follow-up actions required. Until the requirement for your Dependent to self-isolate ceases, you are required to minimise exposure of others to the possible risk of transmission of COVID-19 from them. As a close contact of a person who has tested positive on their Confirmatory Test, you are also required to self-isolate and wait for further instructions from the Ministry of Health.
2. உங்களைச் சார்ந்திருப்பவருக்கான உறுதிப்படுத்தும் பரிசோதனை முடிவுகள் மூலம், அவருக்கு கொவிட்-19 கிருமித்தொற்று ஏற்படவில்லை என்பது உறுதியானால், அவர் தம்மைத் தாமே தனிமைப்படுத்திக்கொள்வதை நீங்கள் நிறுத்தலாம். உங்களைச் சார்ந்திருப்பவருக்கான உறுதிப்படுத்தும் பரிசோதனை முடிவுகள் மூலம், அவருக்கு கொவிட்-19 கிருமித்தொற்று இருப்பது உறுதிசெய்யப்பட்டால், அவர் தம்மைத் தாமே தனிமைப்படுத்திக்கொள்ளும் நிலை தொடரவேண்டும். சுகாதார அமைச்சு உங்களைத் தொலைபேசி வழி தொடர்புகொண்டு, நீங்கள் மேற்படி எடுக்கவேண்டிய நடவடிக்கைகள் குறித்து உங்களுக்கு அறிவுறுத்தும். உங்களைச் சார்ந்திருப்பவர் தம்மைத் தாமே தனிமைப்படுத்திக்கொள்ளவேண்டிய கட்டாயம் நீக்கப்படும் வரையில், கொவிட்-19 கிருமி அவரிடமிருந்து பிறருக்குப் பரவும் அபாயத்தைக் குறைக்கும் நோக்கில், அவர் பிறருடனான தொடர்புகளைக் குறைத்துக்கொள்ளவதை நீங்கள் உறுதிசெய்யவேண்டும். உறுதிப்படுத்தும் பரிசோதனை முடிவுகளின் அடிப்படையில், கொவிட்-19 கிருமித்தொற்று ஏற்பட்டுள்ளது என்பது உறுதியானவருடன் நெருங்கியத் தொடர்பில் இருந்துள்ளவர் என்ற நிலையில், நீங்களும் உங்களைத் தனிமைப்படுத்திக்கொண்டு, சுகாதார அமைச்சிடமிருந்து மேலும் அறிவுறுத்தல்கள் வரும்வரை காத்திருப்பது அவசியம்.
3. Please note that if you fail to isolate your Dependent in their place of accommodation or the designated isolation area pursuant to the instructions stated in this notification, you may be in breach of section 21A(2) of the Infectious Diseases Act (“IDA”) and have therefore committed an offence under section 21A(4). If convicted, the penalty for a first offence is a fine not exceeding $10,000 or imprisonment for a term not exceeding 6 months or both.

இந்த அறிவிப்பில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விதிமுறைகளுக்கு மாறாக, தமது வசிப்பிடத்தில் அல்லது தனிமைப்படுத்துவதற்கான ஒதுக்கப்பட்ட இடத்தில், உங்களைச் சார்ந்திருப்பவர் தம்மைத் தாமே தனிமைப்படுத்திக்கொள்ளவதை உறுதிசெய்ய நீங்கள் தவறினால், தொற்றுநோய்த் தடுப்புச் சட்டத்தின் பிரிவு 21A (1)-ஐ மீறியதாகக் கருதப்படலாம். அதன் காரணமாக, நீங்கள் பிரிவு 21A (4)-இன் கீழ் குற்றம் புரிந்தவராகக் கருதப்படலாம். குற்றம் நிரூபிக்கப்பட்டால், முதல் முறை குற்றம் புரிவோருக்கு அதிகபட்சம் $10,000 அபராதம் அல்லது 6 மாதம் வரையிலான சிறைத்தண்டனை அல்லது இரண்டுமே விதிக்கப்படலாம்

1. For further information, you may contact [MOH\_INFO@moh.gov.sg](mailto:MOH_INFO@moh.gov.sg).

மேல் விவரங்களுக்கு, [MOH\_INFO@moh.gov.sg](mailto:MOH_INFO@moh.gov.sg) என்ற மின்னஞ்சல் வழி நீங்கள் தொடர்புகொள்ளலாம்.

DR DERRICK HENG

DEPUTY DIRECTOR OF MEDICAL SERVICES

PUBLIC HEALTH GROUP

for DIRECTOR OF MEDICAL SERVICES

டாக்டர் டெரிக் ஹெங்

மருத்துவச் சேவைகளுக்கான துணை இயக்குநர்

பொதுச் சுகாதாரக் குழு

மருத்துவச் சேவைகளுக்கான இயக்குநரின் சார்பில்

1. **2** An invalid test result means you have self-swabbed with an ART kit twice, and in both instances, there was no conclusive result as to whether you have tested positive or negative.   
     
   **2** தெளிவற்ற முடிவு என்பது, நீங்கள் ஏண்டிஜன் விரைவுப் பரிசோதனை கருவியின் வழி இரண்டு முறை சுயமாக எச்சில் / சளி மாதிரிகளை எடுத்த பின்னர், இரண்டு முறைகளும் உங்களுக்குக் கிருமித்தொற்று உள்ளதா இல்லையா என்பது குறித்துத் தெளிவான முடிவுகள் கிடைக்காமல் போவதே ஆகும். [↑](#footnote-ref-1)
2. 3 Please note that you may be required to pay for the confirmatory PCR swab if there is evidence of false declaration, misuse or abuse.  
     
   3 பொய்யான தகவல்களைத் தெரிவிப்பது, தவறாக அல்லது முறைகேடாகப் பயன்படுத்துவது ஆகியவற்றுக்கான ஆதாரம் தென்பட்டால், நீங்கள் உறுதிப்படுத்தும் பல்படியத் தொடர் வினை எச்சில் / சளி மாதிரி பரிசோதனைக்குப் பணம் செலுத்த வேண்டிவரும் என்பதைக் கவனத்தில் கொள்ளுங்கள். [↑](#footnote-ref-2)