

**Certificación de Elegibilidad para Vacunación en el Estado  
de Nueva York**

Nombre:		Fecha:	
---------	--	--------	--

Por medio de la presente, bajo penalidad de perjurio, certifico que reúno los requisitos para recibir la vacuna contra COVID-19, o la persona para quien estoy legalmente autorizado para tomar decisiones médicas reúne los requisitos para recibir la vacuna porque:

Soy residente del Estado de Nueva York (o la persona para quien estoy legalmente autorizado para tomar decisiones médicas es residente del Estado de Nueva York).

**O**

Trabajo en Nueva York (o la persona para quien estoy legalmente autorizado para tomar decisiones médicas trabaja en el Estado de Nueva York).

**O**

Soy estudiante en el Estado de Nueva York.

Entiendo que debo proporcionar un comprobante de elegibilidad.

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