

附件 1

居家隔离医学观察申请书

本人，身份证（护照）号码，现年岁，现住址，联系电话。

本人(为70 岁以上老人、未满 14 岁儿童、孕产妇、严重患有基础性疾病或其他)，故申请转为居家隔离医学观察。在上述现住址有固定居所可以用于本人居家隔离医学观察。本人亲友，身份证（护照）号码，联系电话，可供联系协助核实居所情况。本人如被批准居家隔离医学观察，本人承诺在居家隔离期间严格遵守社区防疫管理规定，服从各项防疫要求，积极配合社区三人组工作，做好个人防护。如因违反管理规定引起的法律责任由本人承担。

特此申请。

附：证件复印件

申请人：

日期：

附件 2

居家隔离医学观察场所核查结果说明

(参考模板)

兹有申请人姓名：

性别：

年龄：

证件号码：；

(如有陪护人员：与申请人关系：，姓名，性别：，年龄：，
证件号码：；)

申请居家隔离地址：。

申请人联系方式：。

经我社区对申请人目的地所在的居家隔离医学观察场所进行核查，按照国务院、省疫情防控有关通知对居家隔离医学观察场所的要求，该住所能满足规定“有固定独立门户住所、有单间和套内独立卫生间”等居家隔离医学观察条件。经过社区综合评估，认为可实施有效的社区防控，同意安排居家隔离医学观察。我社区“三人小组”将严格落实居家隔离有关规定，确保居家隔离期间各项健康管理措施落实到位。

特此说明。

(盖章)

2021 年月日

社区（村）领导（副书记或以上）签名：

社区三人小组成员：

转接联系人：联系电话：

附件 3

XX 县（市、区）新冠疫情涉疫风险人员 居家隔离审批表

申请人姓名		联系电话	
证件类型		证件号码	
人员类型		同住人员 数	
居家隔离地 址			
镇街		社区	
镇街联系人 姓名		镇街联系 人电话	
社区联系人 姓名		社区联系 人电话	
申请居家隔 离原因			
社区三人组 审核意见			
镇街指挥办 审批意见			
县（市、区） 指挥办审批 意见			

附件 4

居家隔离医学观察告知书

姓名：

性别：

联系电话：

证件号码：

居住地址：

所在单位：（如有单位，请填写）

单位联系人： 单位联系方式：

您好：

按照《中华人民共和国传染病防治法》及我国现行新型冠状病毒肺炎防控方案等相关规定，现对您实行居家隔离医学观察，观察期：年月日至年月日。

为了您和家人的健康，居家隔离医学观察期间请您遵守以下规定：

1. 不得外出，拒绝一切探访。对因就医等特殊原因确需外出人员，请联系所在社区医学观察管理人员，经批准后，在遵守相关防疫规定下方可外出。

2. 非单独居住者，其日常生活、用餐尽量限制在隔离房间内，其他共同居住人员尽量不进入隔离房间。

3. 请您配合社区做好核酸检测、抗原自测和自我健康监测。

每天早、晚两次进行体温测量并主动向社区报告。如果出现发热、干咳、乏力、咽痛、嗅（味）觉减退、腹泻等症状应立即如实报告，在社区健康管理人员陪同并做好防护的情况下，120专车转运至就近发热门诊就诊。

对瞒报、谎报信息或拒不配合居家隔离医学观察规定的，将采取集中隔离医学观察措施，按照《中华人民共和国治安管理处罚法》第五十条之规定给予相应的行政处罚；造成疫情扩散和蔓延，依法追究法律责任。

街道（镇）干部：；联系方式：

社工（网格员）：；联系方式：

居家隔离医学观察对象签收：

社区（村）（盖章）

年 月 日

附件 5

居家隔离医学观察解除通知单

先生/女生：

（证件类型：证件号码：）

您为期天（年月日-月日）的居家隔离医学观察期已满。根据您相关实验室检测结果，且隔离医学观察期间健康状况无异常，现准予解除居家隔离医学观察。

衷心感谢您的支持和配合！

（负责隔离为医学观察的单位）（盖章）

年 月 日