



Alameda County Health Care Services Agency
Public Health Department
www.acphd.org

Colleen Chawla, Director
Kimi Watkins-Tartt, Director
Nicholas Moss, MD, Health Officer

Health Department: Main Line (510) 267-8000

COVID-19 Information: (510) 268-2101

COVID-19 Vaccine Appointments: (510) 268-4829

Self-Attestation Form

Section 1: For adults, emancipated minors, and self-sufficient minors without identification.

First Name

Middle Name

Last Name

Date of Birth (Month/Day/Year)

Street Address

City

State

Zip Code

Section 2: For emancipated minors or self-sufficient minors.

By checking one or more of the following boxes and signing below, I attest that:

- I am an emancipated minor of 14 years of age or older.
- I am a “self-sufficient” minor of 15 years of age or older living separate, **and** apart from my parents/guardian(s), **and** managing my own financial affairs.

By signing below, I attest that:

1. I am the person identified above;
2. I am currently eligible to receive a COVID-19 vaccine; and
3. All my responses in this form are true and correct.

Signature

Date



Alameda County Health Care Services Agency
Departamento de Salud Pública
www.acphd.org

Colleen Chawla, Directora
Kimi Watkins-Tartt, Directora
Nicholas Moss, MD, Oficial de Salud

Departamento de Salud Pública: Línea Principal (510) 267-8000 COVID-19 Información: (510) 268-2101
Citas Para Vacunas COVID-19: (510) 268-4829

Forma de Auto-Atestación

Sección 1: Para adultos, menores emancipados, y menores autosuficientes sin identificación.

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
---------------	----------------	----------

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)

Dirección de Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
------------------------	--------	--------	---------------

Sección 2: Para menores emancipados o menores autosuficientes.

Al marcar una o más de las siguientes casillas y firmar abajo, doy fe que:

- Soy un menor de edad emancipado de 14 años de edad o más.
- Soy un menor de edad "autosuficiente" de 15 años de edad o más que vive separado y aparte de mis padres/guardián(es) legal y manejo mis propios asuntos financieros.

Al firmar abajo, doy fe que:

1. Yo soy la persona nombrada arriba;
2. Yo soy actualmente elegible para recibir una vacuna COVID-19; y
3. Todas mis respuestas en esta forma son verdaderas y correctas.

Firma

Fecha