

企业疫苗接种激励计划

项目信息及申请

资助期限

2022 年 4 月 4 日 - 2022 年 12 月 31 日

可用资金

DHHS 预计将向合格企业提供补助金，每个企业实体 1000 美元 - 2000.00 美元。该项目资金总计 300,000.00 美元。

联系方式：

dhhs.minorityhealth@nebraska.gov

网址

<https://dhhs.ne.gov/Pages/Vax-to-Business.aspx>

背景及一般项目信息

内布拉斯加州卫生与公众服务部（DHHS）与美国疾病预防控制中心（CDC）合作，要求在资源匮乏和农村社区的高风险人群中申请增加 COVID-19 疫苗接种和加强疫苗接种教育。

该倡议的总目标是与社区中值得信赖而善于宣传的小微企业合作，解决高风险和资源匮乏人群的 COVID-19 健康差距问题。此项目准许当地小微企业担任倡导者，帮助社区减轻 COVID-19 的影响，为将来疫情可能爆发做好准备。小微企业依靠回头客和客户信任生存发展。因受客户信任，小微企业在推广 COVID-19 疫苗，纠正错误信息，向客户提供资源方面的优势得天独厚。

参与者会协助客户：1) 明智做出有关 COVID-19 的决定。2) 纠正错误信息并回答 COVID-19 缓解和 COVID-19 疫苗接种的常见问题。3) 举办疫苗接种活动，减少 COVID-19 疫苗接种的障碍，和/或推荐客户到最近的疫苗接种地点接种。

项目要求

入选企业必须完成以下 A-D 中列出的所有要求。

- A. 培训：**参与的企业员工要完成 2 小时的在线培训，获取信息和资源，与可能对接种疫苗犹豫不决的客户交谈，建立其对疫苗接种的信心。培训包括 COVID-19 的基础知识、疫苗接种的安全状况、效果、副作用以及实用工具和资源。
- B. 为客户提供至少 3 个月的 COVID-19 预防和疫苗接种信息。**企业可在其营业场所提供 COVID-19 和 COVID-19 疫苗接种的信息、答疑解惑，并引导客户获得更多信息资源，为自己、家人和社区做出最佳决定。
- C. *如果申请补助金额为 1500 美元或 2000 美元* 举办 COVID-19 疫苗接种活动。**DHHS 的工作人员会帮助协调每个入选企业与疫苗接种机构（当地卫生局、联邦合格医疗中心或药房）之间的合作关系，以举办疫苗接种活动。需要企业派代表参加疫苗接种活动。
- D. 完成规定的在线报告表：**需提供以下信息：发布 COVID-19 信息的宣传单照片或社交媒体内容，客户对疫苗接种犹豫不决的信息，疫苗接种活动信息，包括活动照片（如适用）。

合格企业

申请人必须是内布拉斯加州内的小微企业，如理发店、美容院、本地杂货店、本地餐馆等，服务于除道格拉斯县以外的任何县，以避免重复发放补助金。（如果您的企业在道格拉斯县，且您有兴趣开办疫苗诊所，请联系道格拉斯县卫生局）。

鉴于此补助项目，小微企业是指雇员不超过 50（五十）人且不属于特许经营的企业。

优先考虑为农村和资源匮乏地区的高危人群服务的企业。此类高危人群受 COVID-19 影响最大，包括但不限于：

- 少数种族
- 高社会脆弱性的社区
- 农村社区
- 残疾人士
- 居家/隔离人员或无交通工具人员
- 移民和/或难民
- 受贫困或不平等负面影响的其他人员

申请

请填写随附的申请表。入选企业会收到通知。

申请表填写完毕后，可通过电子邮件发送到 dhhs.minorityhealth@nebraska.gov，也可邮寄到下列地点：

ATTN: Department of Health and Human Services
Office of Health Disparities & Health Equity
P.O. Box 95026
Lincoln, NE 68509

在款项发放完毕之前，可持续接受申请。

企业疫苗接种激励计划申请表 VAX TO BUSINESS APPLICATION

企业名称及员工人数: _____

详细地址: _____

电话: _____

邮箱: _____

SSN/税号#: _____

款项应付至: _____

申请金额 (仅选择一项):

_____ 1000 美元 (仅适用于 COVID-19 知识普及)。

_____ 1500 美元 (适用于 COVID-19 知识普及和 1 次疫苗活动)。

_____ 2000 美元 (适用于 COVID-19 知识普及和 2 次疫苗活动)。

参加培训的企业员工人数: _____

企业服务人群: (选择所有适用的选项)

_____ 农民 _____ 英语水平有限的人员 _____ 交通工具受限/隔离人员

_____ 残疾人士 _____ 西班牙裔/拉丁裔 _____ 非裔美国人

_____ 美国原住民/美国印第安人/阿拉斯加原住民 _____ 亚洲人/太平洋岛民

_____ 高加索人 _____ 难民/移民 _____ 其他: (请注明): _____

语言需求: (如需英语以外的其他语言材料, 请列出以下各个领域所需语言。)

_____ 培训: _____

_____ 宣传单和教育材料: _____

_____ 疫苗接种活动说明: _____

_____ 其他: _____

请说明您的企业能够参与此项目的原因:

_____ 本人证明, 该企业是本公告所定义的“合格企业”。

申请人的法定姓名和职称 (请工整书写):
