

INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA DEKLARACJI SDF DO INDII

Deklaracja jest obowiązkowa dla Klientów (w tym dzieci) mających loty na wszystkie lotniska w Indiach oraz mających przesiadkę.

Uzupełnioną deklarację należy wydrukować i okazać po przylocie.

Self-Declaration Format (SDF)

Directorate General of Health Services, Ministry of Health & Family Welfare. Government of India

SELF DECLARATION FORM TO BE FILLED BY ALL INTERNATIONAL PASSENGERS

(TO BE PRESENTED AT THE HEALTH & IMMIGRATION COUNTER)

Do okazania przy stanowisku ds. zdrowia i imigracji

PART-I: PERSONAL INFORMATION

Details	Information
Name of Passenger	IMIĘ I NAZWISKO
Flight Number	NUMER LOTU
Seat Number	NUMER SIEDZENIA
Passport Number	SERIA I NUMER PASZPORTU
Nationality	NARODOWOŚĆ
Age (in years)	WIEK (W LATACH)
Date & Time of Arrival	DATA I CZAS PRZYLOTU
Port of Origin of Journey	PORT WYLOTU
Port of Final Destination	PORT DOCELOWY
Places to be Visited During Stay in India	MIEJSCA ODWIEDZANE PODCZAS POBYTU W INDIACH

PART-II: CONTACT ADDRESS IN INDIA

Details	Information
House Number	TEGO NIE WYPEŁNIAJ
Street/Village	TEGO NIE WYPEŁNIAJ
Tehsil, District, City	TEGO NIE WYPEŁNIAJ
State	TEGO NIE WYPEŁNIAJ
PIN Code	TEGO NIE WYPEŁNIAJ
Mobile Number	TEGO NIE WYPEŁNIAJ
Alternate Mobile Number in India	TEGO NIE WYPEŁNIAJ
Email Id	TEGO NIE WYPEŁNIAJ

For Foreign Nationals

Details	Information
Residence /Hotel/Hospital in India	ADRES POBYTU W INDIACH
Residence Address of Country of Origin	ADRES ZAMIESZKANIA W KRAJU
Contact Mobile Number in India (Mandatory)	NUMER TELEFONU
Alternate Contact Number in India	ALTERNATYWNY NUMER DO KONTAKTU W INDIACH
Email ID	ADRES E-MAIL

PART-III:TRAVEL AND HEALTH DECLARATION

- A. Have you visited/travelled from affected countries (Democratic Republic of Congo, Uganda and South Sudan) in the last 21 Days? Yes /No

Czy w ciągu ostatnich 21 dni odwiedziłeś kraje dotknięte epidemią (Demokratyczna Republika Konga, Uganda i Sudan Południowy) lub podróżowałeś z nich? Tak / Nie

- B. Exposure History: have you or any of your family member cared for or lived with or come in contact with a case of Ebola disease or visited or worked in a hospital where cases of Ebola disease are being treated or attended the funeral of person/animal died of Ebola disease? Yes/No

Historia narażenia: czy Pan/Pani lub członek Pana/Pani rodziny sprawował opiekę nad osobą chorą na ebolę, mieszkał z taką osobą lub miał z nią kontakt, odwiedzał szpital lub pracował w szpitalu, w którym leczono przypadki eboli, bądź uczestniczył w pogrzebie osoby lub zwierzęcia, które zmarły z powodu eboli? Tak/Nie

- C. Symptoms at Present **OBJAWY OBECNIE**

None at the present Obecnie brak	Fever Gorączka	Muscle Pain Bóle mięśni	Headache Ból głowy	Vomiting Wymioty	Diarrhea Biegunka
Sore throat Ból gardła	Rash Wysypka				

DECLARATION BY PASSENGER

I hereby declare that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that suppression or non-disclosure of relevant information may attract penal provisions under applicable laws.

I agree to comply with quarantine measures and/o any other instructions issued by health authorities, including medical examination, monitoring, isolation, or quarantine as prescribed.

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym według mojej najlepszej wiedzy i przekonania. Przyjmuję do wiadomości, że zatajenie lub nieujawnienie istotnych informacji może skutkować odpowiedzialnością karną na mocy obowiązujących przepisów prawa.

Zobowiązuję się do przestrzegania środków związanych z kwarantanną i/lub wszelkich innych zaleceń wydanych przez organy służby zdrowia, w tym poddania się badaniom lekarskim, monitorowaniu, izolacji lub kwarantannie zgodnie z wytycznymi.

Singature of Passenger: **PODPIS PASAŻERA**

Date: **DATA**

IMPORTANT ADVISORY

If you develop symptoms such as fever, muscle pain, headache, vomiting, diarrhea, sore throat or rash within 21 days of leaving this airport, restrict your outdoor movement and immediately contact the nearest health facility or public health authority and helpline number: **1075**.

Jeśli w ciągu 21 dni od opuszczenia tego lotniska wystąpią u Ciebie objawy takie jak gorączka, bóle mięśni, ból głowy, wymioty, biegunka, ból gardła lub wysypka, ogranicz wychodzenie z domu i niezwłocznie skontaktuj się z najbliższą placówką medyczną lub organem zdrowia publicznego oraz zadzwoń pod numer infolinii: 1075.