



FIRE DEPARTMENT – CITY OF NEW YORK (뉴욕시 소방국)
 Public Records Unit (공공 기록물 보관소)/
 ACR Section (ACR 섹션)
 9 MetroTech Center
 Brooklyn, New York 11201-3857
 (718) 999-1998 또는 1999



구급차 통화 보고서/ 병원전
 응급처치 기록 요청서

A항

고객 정보

아래의 필수 정보를 정자체로 기재하십시오.

이름 _____

전화번호 _____

주소 _____

주 _____

우편번호 _____

주의: 본 신청서를 빠짐없이 작성하고 필요한 모든 서류를 첨부하시기 바랍니다. 뉴욕시 소방국("NYC Fire Department")을 수취인으로 하는 수표나 우편환 그리고 본인 주소를 미리 기입한 회신용 봉투(우표와 함께)를 동봉하십시오. 수표나 우편환은 위에 기재된 주소를 수취인으로 하여 우편 발송해주시고, 신청 시에는 우편환이나 수표만 허용됩니다(다른 방법은 접수되지 않습니다). 현금은 우송하지 마십시오.

B항

환자 정보

아래의 지시 사항을 주의깊게 읽고 필요한 환자 정보를 정자체로 기재해 주십시오.

환자의 이름: _____

사고/ 날짜: ____/____/____

사고/ 시간: _____:_____

오전 오후

사고/장소: _____

사고/자치구(Borough): _____

이송 병원: _____

환자가 미성년자인가 (단 하나의 박스에만 체크)?

예 아니

요 생년월일: ____/____/____

사회보장번호의 마지막 4 자리수: _____

ACR/PCR을 가지고 있으면, ACR/PCR 번호를 기재하십시오: _____

신청인과 환자와의 관계(다음 중 단 하나의 박스에만 체크)?

환자 본인

부모/ 보호자

유언 집행자/ 재산 관리인

기타 _____

고객 - 다음을 읽고 필요한 항목을 제출해 주십시오.

- 본 정보의 공개를 허락하는 환자로부터의 공중 서류 원본.
- 환자가 미성년자인 경우, 부모 또는 보호자 증명서. 환자의 출생 증명서 또는 보호자/후견인임을 보여주는 법원 서류는 증거로 인정됩니다.
- 환자가 사망한 경우, 법원이 귀하를 유언 집행인 또는 재산 관리인으로 지정했다는 증거(유언 집행장 또는 유산 관리장).
- 보고서 한 장 당 \$2.25의 수표 또는 우편환 형태의 지불금.