



Запрос на получение данных о прививках

Health

Вам необходимо указать как можно более полную информацию на английском языке. Заполняйте разборчиво печатными буквами.

Сведения о заявителе (сведения о человеке, чьи данные вы запрашиваете)

Имя _____ Второе имя _____

Фамилия _____

Пол при рождении Мужской Женский Рожден (-а) в Нью-Йорке? Да Нет

Дата рождения (месяц, день, год) _____ / _____ / _____

Номер Medicaid (если имеется) _____ - _____ - _____

Телефон _____ Факс (если вы хотите получить карту по факсу) _____

Номер дома, улица _____ кв. _____

Город _____ Штат _____ Почтовый индекс _____

Название больницы, в которой родился заявитель _____

Имя и фамилия лечащего врача _____

Номер телефона лечащего врача _____ - _____ - _____

Данные о матери заявителя

Имя матери _____ Девичья фамилия матери _____

Дата рождения матери (месяц, день, год) _____ / _____ / _____ (фамилия до первого замужества)

Данные о родителе

(если заявитель несовершеннолетний, укажите, кем вы приходиться ребенку.)

Мать Отец Опекун Другое (уточните)

Имя _____ Фамилия _____

Адрес электронной почты _____ Родной язык (если это не английский) _____

Настоящим подтверждаю, что я являюсь родителем, опекуном или другим лицом, находящимся в опекунских отношениях с ребенком, информация о котором указана выше, и, следовательно, имею право на получение информации, или же что я – человек, к которому имеют отношение данные. Я понимаю, что предоставление неверной, ложной или вводящей в заблуждение информации Департаменту здравоохранения и психической гигиены г. Нью-Йорк является нарушением §3.19 Кодекса о здравоохранении города Нью-Йорк. Также я понимаю, что каждый случай такого нарушения влечет за собой наказание в виде гражданско-правового взыскания в размере до 2 000 долларов в соответствии с §3.11 Кодекса о здравоохранении города Нью-Йорк.

Подпись заявителя или родителя (если заявитель несовершеннолетний)

Дата

Чтобы узнать больше или запросить копию данной формы, позвоните по номеру 311, посетите страницу nyc.gov/health/cir или отправьте электронное письмо по адресу cir@health.nyc.gov.

Инструкции для запроса карты по почте или по факсу:

1. Заполните заявку.
2. Приложите копию действительного удостоверения личности с фотографией, например карты IDNYC (NYC municipal ID card – Городской карты жителя Нью-Йорка), водительских прав или паспорта.
3. Отправьте заполненную заявку и копию удостоверения личности по адресу:

NYC DOHMH
Citywide Immunization
Registry 42-09 28th Street, 5th
Fl., CN 21 LIC, NY 11101-4132

Или отправьте их по факсу на номер 347-396-8840.

Не отправляйте заявку по электронной почте.

При отправлении заявки по почте вы получите ответ в течение десяти рабочих дней; при отправлении по факсу – в течение двух рабочих дней.

We help you call the shots!

Только для служебного пользования

Form Received on ___/___/___

Status of Request:

Record Sent on ___/___/___

Record Not Found

Record Found, No Vaccines

Form Incomplete

Staff Initials: _____