



УПРАВЛЕНИЕ ПОЖАРНОЙ ОХРАНЫ – ГОРОД НЬЮ-ЙОРК

**Архивный отдел / Сектор ACR**

**(вызовы скорой помощи)**

9 MetroTech Center  
Brooklyn, New York 11201-3857  
(718) 999-1998 или 1999



**Форма запроса  
рапорта о вызове  
скорой помощи  
/ доврачебной помощи**

**РАЗДЕЛ А                      ИНФОРМАЦИЯ О КЛИЕНТЕ**

Укажите следующую информацию печатными буквами.

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

**Примечание:** Вы должны обязательно заполнить эту форму и приложить все необходимые документы. Приложите чек или платежное поручение на имя **NYC Fire Department (Управления пожарной охраны Нью-Йорка)** и **предоплаченный адресованный конверт (с маркой)**. Высылайте чеки или платежные поручения напрямую на вышеуказанный адрес с указанием отдела. При подаче запросов к оплате принимаются только чеки или платежные поручения (без исключения). **НЕ ВЫСЫЛАЙТЕ НАЛИЧНЫЕ.**

**РАЗДЕЛ В                      ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ**

Внимательно прочитайте следующие инструкции и печатными буквами укажите необходимую информацию о пациенте.

Ф.И.О. пациента: \_\_\_\_\_

Инцидент / Дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Инцидент / Время: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_      утра  вечера

Инцидент / Место: \_\_\_\_\_

Инцидент / Район: \_\_\_\_\_

В какую больницу доставили пациента: \_\_\_\_\_

Пациент – несовершеннолетний (отметьте только одну клетку)?      ДА       НЕТ

Дата рождения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Последние **4 цифры** номера социального обеспечения: \_\_\_\_\_

Если у вас есть ACR/PCR, укажите номер ACR/PCR: \_\_\_\_\_

Кем податель запроса приходится пациенту (Отметьте только одну клетку ниже)?

Сам пациент /    Родитель / Опекун    Исполнитель завещания / Управляющий имуществом    Другое \_\_\_\_\_

**КЛИЕНТ – ПРОЧИТАЙТЕ И ПРИЛОЖИТЕ ВСЕ, ЧТО УКАЗАНО НИЖЕ**

- Оригинал нотариально заверенного письма пациента, разрешающего выдачу информации.
- Доказательство, что клиент является родителем или опекуном, если пациент несовершеннолетний. Допустимым доказательством является свидетельство о рождении пациента или судебное решение о попечительстве/опекунстве.
- Доказательство того, что суд назначил вас исполнителем завещания или управляющим имуществом пациента, если пациент скончался (судебные полномочия на исполнение завещания или управление имуществом).
- Оплата в виде чека или платежного поручения в размере \$2.25 за каждый рапорт.