

نموذج طلب سجل التطعيم

يرجى الكتابة بوضوح.

معلومات مقدم الطلب (معلومات الشخص الذي تطلب الحصول على سجلاته)

تعليمات لطلب سجل عن طريق البريد أو الفاكس:

1. أكمل الطلب.
2. أرفق نسخة من بطاقة هوية سارية تحمل صورة مثل بطاقة IDNYC أو رخصة القيادة أو جواز السفر.
3. أرسل الطلب المكتمل وصورة الهوية بالبريد إلى:

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

أو أرسلها بالفاكس إلى
347-396-8840.

من فضلك لا ترسل هذا الطلب بالبريد الإلكتروني.

سوف تتلقى رداً خلال عشرة أيام إذا قدمت الطلب بواسطة البريد أو خلال يومي عمل إذا قدمت الطلب بالفاكس.

We help you call the shots! 

الاسم الأول	الاسم الأوسط	الاسم الأخير
اسم العائلة	الجنس المحدد عند الولادة	ذكر / أنثى
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	رقم Medicaid (إذا كان ينطبق)	مواليد NYC؟ نعم لا
رقم الهاتف	الفاكس (إذا كنت تطلب السجل من خلال الفاكس)	
العنوان	الشقة	
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
اسم المستشفى الذي ولد فيه مقدم الطلب	اسم مقدم الرعاية الصحية	رقم هاتف مقدم الرعاية الصحية
معلومات والدة مقدم الطلب		
اسم الأم الأول	اسم الأم قبل الزواج	(الاسم الأخير قبل الزواج الأول)
تاريخ ميلاد الأم (يوم/شهر/سنة)	أم	أب
معلومات الوالدين (إذا كان مقدم الطلب قاصراً، فاختر علاقتك بالطفل)	أم	أب
أم	وصي	غير ذلك (صف)
الاسم الأول	الاسم الأخير	

For Official Use Only

Form Received on ___/___/___

Status of Request:

Record Sent on ___/___/___

Record Not Found

Record Found, No Vaccines

Form Incomplete

Staff Initials: _____

اللغة الرئيسية (إذا لم تكن اللغة الإنجليزية)

عنوان البريد الإلكتروني

أشهد بموجبه بأنني الوالد أو الوصي أو أي شخص آخر ترتبطه علاقة حضانة بالطفل الذي أدرجت معلوماته أعلاه للبحث في سجل التطعيم، وعليه، فأنا مخول بالإطلاع على المعلومات؛ أو أنا الشخص صاحب السجل. أفهم أن إرسال معلومات خاطئة أو غير صحيحة أو مضللة إلى وزارة الصحة والصحة العقلية يعد انتهاكاً لقانون الصحة في مدينة نيويورك § 3.19. أفهم أيضاً أن كل حادثة من هذا الانتهاك يُعاقب عليها بعقوبات مدنية تصل إلى 2,000 دولار وفقاً لقانون الصحة في مدينة نيويورك § 3.11.

التاريخ

توقيع مقدم الطلب أو الوالد (إذا كان مقدم الطلب قاصراً)

لمزيد من المعلومات، أو لطلب نسخة مطبوعة من هذا النموذج، اتصل بالرقم 311، قم بزيارة nyc.gov/health/cir أو أرسل بريداً إلكترونياً إلى cir@health.nyc.gov.