نموذج طلب سجل التطعيمات

يرجى الكتابة بالإنكليزية بالأحرف الكبيرة.

معلومات مقدِّم الطلب (معلومات عن الشخص المطلوب سجله).

الاسم الأول _____ الاسم الأوسط _____

الاسم الأخير _____ الاسم قبل الزواج (الاسم الأخير قبل الزواج الأول، إن وُجد) _____

الجنس المحدد عند الولادة ☐ ذكر ☐ أنثى

هل من مواليد مدينة نيويورك NYC؟ ☐ نعم ☐ لا

تاريخ الميلاد (السنة/ اليوم/ الشهر) _____ رقم Medicaid (إن وُجد) _____

رقم الهاتف _____ عنوان البريد الإلكتروني _____

العنوان _____ رقم الشقة _____

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

اسم المستشفى الذي وُلد فيه مقدِّم الطلب _____

اسم مقدِّم الرعاية الصحية الحالي _____

رقم هاتف مقدِّم الرعاية الصحية الحالي _____

معلومات أم مقدِّم الطلب

الاسم الأول للأم _____ الاسم الأخير للأم _____

اسم الأم قبل الزواج _____ تاريخ ميلاد الأم (السنة/ اليوم/ الشهر) _____

معلومات الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر (إذا كان الشخص الذي يطلب السجل ليس مقدِّم الطلب).

صِلة القرابة بمقدِّم الطلب ☐ الأم ☐ الأب ☐ الوصي ☐ غير ذلك (يرجى التحديد): _____

الاسم الأول _____ الاسم الأخير _____ عنوان البريد الإلكتروني _____

أقر بموجب هذا النموذج بأنني مقدِّم الطلب أو الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر أو أي شخص آخر حاضن لمقدِّم الطلب، وعليه فإنني مخول للاطلاع على المعلومات المطلوبة. أدرك أن تقديم معلومات غير صحيحة أو كاذبة أو مضللة إلى إدارة الصحة والسلامة العقلية في مدينة نيويورك يمثل مخالفة للقسم 3.19 من القانون الصحي لمدينة نيويورك NYC. وأدرك أيضًا أن كل واقعة تحدث فيها هذه المخالفة يُعاقَب عليها بعقوبات مدنية تصل إلى $2,000 عملًا بالقسم 3.11 من القانون الصحي لمدينة نيويورك.

توقيع مقدِّم الطلب أو الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر الذي يطلب السجل _____ التاريخ _____ اللغة الرئيسية لمقدِّم الطلب أو الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر الذي يطلب السجل _____

تعليمات لطلب سجل عن طريق البريد:

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 Health Department
Citywide Immunization Registry
42-09 28th St.
Fifth Floor, CN-21
Long Island City, NY 11101-4132

ستتلقى ردًا خلال 10 أيام عمل. يرجى عدم إرسال هذا الطلب بالبريد الإلكتروني.

لمزيد من المعلومات أو لطلب نسخة مطبوعة من هذا النموذج، اتصل بالرقم **311**، أو قُم بزيارة الموقع الإلكتروني **nyc.gov/health** وابحث عن "**vaccine records**" (سجلات اللقاح)، أو أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى **cir@health.nyc.gov**.

We help you call the shots!

For Official Use Only

Form received on: _____

Status of request:

☐ Record sent on: _____
☐ Record not found
☐ Record found — no vaccines
☐ Form incomplete

Staff initials: _____