

申請人資訊 (受到申請的接種紀錄上的人員資訊)

名字	中間名
姓氏	婚前姓氏 (第一次結婚之前的姓氏, 如適用)
出生時的指定性別 ☐ 男性 ☐ 女性	是否在紐約市出生? ☐ 是 ☐ 否
出生日期 (MM/DD/YYYY)	Medicaid 編號 (如適用)
電話號碼	電子郵件地址
住址	公寓號
市	州
	郵遞區號

申請人出生醫院名稱

當前健康照護提供者姓名

當前健康照護提供者電話號碼

申請人母親資訊

母親的名字	母親的姓氏
母親的婚前姓氏	母親的出生日期 (MM/DD/YYYY)

父母或監護人資訊 (如果申請紀錄的人員不是申請人。)

與申請人的關係 ☐ 母親 ☐ 父親 ☐ 監護人 ☐ 其他人員 (請說明): _____

名字	姓氏	電子郵件地址
----	----	--------

茲此確認: 本人為申請人或申請人的父母、監護人或其他與申請人有監護關係的人員。因此, 本人有權查閱受到申請的資訊。本人知道, 向紐約市健康與心理衛生局提交虛假、不實或誤導性資訊屬於違反《紐約市健康法典》第 33.19 條的行為。本人還知道, 根據《紐約市健康法典》第 33.11 條, 對每起此類違規行為, 可處以最高 2,000 美元的民事罰款。

申請人或申請接種紀錄的父母或監護人簽名

日期

申請人或申請接種紀錄的父母或監護人的首選語言

如何透過郵件申請該接種紀錄:

1. 完成申請表
2. 附上帶有照片的有效 ID 複件 (例如 IDNYC 卡、駕照或護照)
3. 將完成的申請表連同 ID 複件郵寄至:
 NYC Health Department
 Citywide Immunization Registry
 42-09 28th St.
 Fifth Floor, CN-21
 Long Island City, NY 11101-4132

您將在 10 個工作日內收到回復。請勿向此應用程式發送電子郵件。

如需更多資訊或索取本表格的列印版本, 請致電 311, 造訪 nyc.gov/health 並搜索「vaccine records」(疫苗紀錄), 或發送電子郵件至 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: _____