

신청인 정보(기록이 요청되는 사람의 정보)

이름	중간 이름	
성	결혼 전 성(해당되는 경우 첫 결혼 전 성)	
출생 시 성별 ☐ 남성 ☐ 여성	NYC 출생 여부는? ☐ 예 ☐ 아니요	
생년월일(월월/일일/년년년년)	Medicaid 번호(해당되는 경우)	
전화번호	이메일 주소	
주소	아파트 호수	
시	주	우편번호

신청인이 출생한 병원 이름

현재 담당 의료진 이름

현재 담당 의료진 전화번호

신청인의 어머니 정보

어머니 이름	어머니 성
어머니의 결혼 전 성	어머니의 생년월일(월월/일일/년년년년)

부모 또는 보호자 정보(기록 요청자가 상기 신청인과 다른 경우)

신청인과의 관계 ☐ 어머니 ☐ 아버지 ☐ 보호자 ☐ 기타(설명): _____

이름	성	이메일 주소
----	---	--------

본인은 신청인(기록의 당사자)이거나, 신청인의 부모, 보호자 또는 신청인을 양육하는 관계에 있는 자로서, 요청된 정보를 열람할 권한이 있음을 증명합니다. 본인은 뉴욕시 보건 및 정신위생국에 거짓되거나, 사실이 아니거나, 오해의 소지가 있는 정보를 제출하는 것이 뉴욕시 보건법 §3.19를 위반하는 것임을 이해합니다. 또한 본인은 이러한 각각의 위반 사례에 대해 뉴욕시 보건법 §3.11에 따라 최대 \$2,000의 민사상 벌금이 부과될 수 있음을 이해합니다.

기록을 요청하는 신청인 또는 부모나 보호자의 서명	날짜	기록을 요청하는 신청인 또는 부모나 보호자의 주 사용 언어
-----------------------------	----	----------------------------------

우편으로 기록을 신청하는 방법:

1. 신청서를 작성하십시오.
2. IDNYC 카드, 운전면허증 또는 여권과 같은 유효한 사진 부착 신분증의 사본을 첨부하십시오.
3. 작성한 신청서와 신분증 사본을 다음 주소로 보내주십시오.

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

영업일 기준 10일 이내에 답변을 받으실 것입니다. 이 신청서를 이메일로 보내지 마십시오.

더 자세한 정보를 원하시거나 이 양식의 인쇄본을 요청하시려면 311로 전화해 주십시오. 또는 nyc.gov/health를 방문하여 "vaccine records"(예방접종 기록)를 검색하시거나 cir@health.nyc.gov로 이메일을 보내주십시오.

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: _____