

Wniosek o wydanie karty szczepień

Proszę pisać wyraźnie.

Dane osoby wnioskującej (dane osoby, o dokumentację której składany jest wniosek)

Imię						Drugie imię		
Nazwisko								
Płeć przypisana po urodzeniu	Mężczyzna	Kobieta	Urodzony(-a) w NYC?	Tak	Nie			
/ /								
Data urodzenia (miesiąc/dzień/rok)			Numer Medicaid (jeśli dotyczy)					
- -								- -
Numer telefonu								Faks (w przypadku wniosku o wydanie dokumentacji faksem)
Adres						Nr mieszkania		
Miasto				Stan		Kod pocztowy		
Nazwa szpitala, w którym urodziła się osoba składająca wniosek								
Nazwa/Imię i nazwisko dostawcy usług medycznych								
Numer telefonu dostawcy usług medycznych								

Dane osoby wnioskującej

Imię matki			Nazwisko rodowe matki	
/ /			(nazwisko przed pierwszym zawarciem związku małżeńskiego)	
Data urodzenia matki (miesiąc/dzień/rok)				

Dane rodziców (jeśli osoba wnioskująca jest niepełnoletnia, proszę wybrać stosunek prawny z dzieckiem)

Matka Ojciec Opiekun Inny (wyszczególnić)

Imię Nazwisko

Adres e-mail Rodzimy język (jeśli inny niż angielski)

Niniejszym oświadczam, że jestem rodzicem, opiekunem lub inną osobą sprawującą władzę rodzicielską nad dzieckiem, którego dane podano powyżej w celu wyszukania karty szczepień, w związku z czym jestem uprawniony(-a) do wglądu w jego dane, lub jestem osobą, której ta dokumentacja dotyczy. Rozumiem, że składanie fałszywych, nieprawdziwych lub błędnych informacji do Wydziału Zdrowia i Higieny Psychiczej stanowi naruszenie §3.19 Kodeksu Zdrowia Miasta Nowy Jork. Ponadto rozumiem, że w każdym przypadku takie naruszenie podlega karze w ramach odpowiedzialności cywilnej, w wysokości 2000 USD na mocy §3.11 Kodeksu Zdrowia Miasta Nowy Jork.

Podpis osoby wnioskującej lub rodzica (jeśli osoba wnioskująca jest niepełnoletnia) Data

Aby uzyskać więcej informacji lub złożyć wniosek o uzyskanie tego formularza w formie wydruku, należy zadzwonić pod numer 311, wejść na stronę nyc.gov/health/cir lub wysłać wiadomość e-mail pod adres cir@health.nyc.gov.

Instrukcje składania wniosku o wydanie dokumentacji pocztą lub faksem:


1. Wypełnij wniosek.
2. Dołącz kopię ważnego dokumentu tożsamości, np. karty IDNYC, prawa jazdy lub paszportu.
3. Wyślij pocztą wypełniony wniosek z kopią dokumentu tożsamości na adres:

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

lub faksem pod numer
347-396-8840.

Prosimy nie wysyłać wniosku pocztą elektroniczną.

Odpowiedź otrzymasz w ciągu dziesięciu dni roboczych, jeśli wniosek został wysłany pocztą, lub w ciągu dwóch dni roboczych, jeśli wniosek został wysłany faksem.

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: _____