

Форма запроса на получение данных о вакцинации

Заполняйте разборчиво на английском языке печатными буквами.

Сведения о заявителе (сведения о человеке, чьи данные вы запрашиваете.)

Имя	Среднее имя	
Фамилия	Девичья фамилия (фамилия до первого замужества, если применимо)	
Пол при рождении ☐ Мужской ☐ Женский	Родились в NYC? ☐ Да ☐ Нет	
Дата рождения (ММ/ДД/ГГГГ)	Номер Medicaid (если применимо)	
Номер телефона	Адрес электронной почты	
Адрес	Номер квартиры	
Город	Штат	Индекс
Название больницы, в которой родился заявитель		

Имя и фамилия текущего поставщика медицинских услуг

Номер телефона текущего поставщика медицинских услуг

Сведения о матери заявителя

Имя матери	Фамилия матери
Девичья фамилия матери	Дата рождения матери (ММ/ДД/ГГГГ)

Сведения о родителе или опекуне (если лицо, запрашивающее данные, не является заявителем.)

Кем приходиться заявителю ☐ Мать ☐ Отец ☐ Опекун ☐ Другое (опишите): _____

Имя	Фамилия	Адрес электронной почты
-----	---------	-------------------------

Настоящим подтверждаю, что я являюсь заявителем, родителем, опекуном или другим лицом, находящимся в опекунах отношениях с заявителем и, следовательно, имею право на получение запрашиваемой информации. Я понимаю, что предоставление неверной, ложной или вводящей в заблуждение информации сотрудникам Департамента здравоохранения и психической гигиены города Нью-Йорка является нарушением § 3.19 Кодекса здравоохранения NYC. Я также понимаю, что каждый случай такого нарушения влечет за собой наказание в виде гражданско-правового взыскания в размере до 2000 долларов в соответствии с § 3.11 Кодекса здравоохранения города Нью-Йорка.

Подпись заявителя или родителя или опекуна, запрашивающего данные

Дата

Основной язык заявителя или родителя или опекуна, запрашивающего данные

Инструкции для запроса данных по почте:

1. Заполните форму запроса.
2. Приложите копию действительного удостоверения личности с фотографией (ID), например карты IDNYC, водительских прав или паспорта.
3. Отправьте заполненную форму запроса и копию ID по адресу:
NYC Health Department
Citywide Immunization Registry
42-09 28th St.
Fifth Floor, CN-21
Long Island City, NY 11101-4132

Вы получите ответ в течение 10 рабочих дней. Не отправляйте эту заявку по электронной почте.

Чтобы узнать больше или запросить печатную копию данной формы, позвоните по номеру **311**, посетите сайт **nyc.gov/health** и введите в поиск "vaccine records" (данные о вакцинации), или отправьте электронное письмо по адресу **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: _____