免疫接种纪录申请表

请用英语清晰填写

申请人信息（受到申请的接种纪录上的人员信息）

名字 _____ 中间名 _____

姓氏 _____ 婚前姓氏（第一次结婚之前的姓氏，如适用） _____

出生时的指定性别 ☐ 男性 ☐ 女性 是否在纽约市出生？ ☐ 是 ☐ 否

出生日期 (MM/DD/YYYY) _____ Medicaid 编号（如适用） _____

电话号码 _____ 电子邮件地址 _____

住址 _____ 公寓号 _____

市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

申请人出生医院名称 _____

当前医疗保健提供者姓名 _____

当前医疗保健提供者电话号码 _____

如何通过邮件申请该接种纪录：

1. 完成申请表
2. 附上带有照片的有效 ID 复件（例如 IDNYC 卡、驾照或护照）
3. 将完成的申请表连同 ID 复件邮寄至：
   NYC Health Department
   Citywide Immunization Registry
   42-09 28th St.
   Fifth Floor, CN-21
   Long Island City, NY 11101-4132

您将在 10 个工作日内收到回复。请勿向此应用程式发送电子邮件。

如需更多信息或索取本表格的打印版本，请致电 **311**，访问 **nyc.gov/health** 并搜索 **“vaccine records”（疫苗纪录）**，或发送电子邮件至 **cir@health.nyc.gov**。

We help you call the shots! CIR

For Official Use Only

Form received on: _____

Status of request:

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

Staff initials: _____

申请人母亲信息

母亲的名字 _____ 母亲的姓氏 _____

母亲的婚前姓氏 _____ 母亲的出生日期 (MM/DD/YYYY) _____

父母或监护人信息（如果申请纪录的人员不是申请人。）

与申请人的关系 ☐ 母亲 ☐ 父亲 ☐ 监护人 ☐ 其他人员（请说明）：_____

名字 _____ 姓氏 _____ 电子邮件地址 _____

兹此确认：本人为申请人或申请人的父母、监护人或其他与申请人有监护关系的人员。因此，本人有权查阅受到申请的信息。本人知道，向纽约市健康与心理卫生局提交虚假、不实或误导性信息属于违反《纽约市健康法典》第 §3.19 条的行为。本人还知道，根据《纽约市健康法典》第 §3.11 条，对每起此类违规行为，可处以最高 2,000 美元的民事罚款。

申请人或申请接种纪录的父母或监护人签名 _____ 日期 _____ 申请人或申请接种纪录的父母或监护人的首选语言 _____