



FIRE DEPARTMENT – CITY OF NEW YORK
Public Records Unit / ACR Section
9 MetroTech Center
 Brooklyn, New York 11201-3857
(718) 999-1998 ou 1999



Rapport sur le recours à une ambulance / Formulaire de demande de rapport sur les soins préhospitalisation

SECTION A

INFORMATIONS CLIENT

Veuillez compléter en caractères d'imprimerie les informations requises ci-dessous.

Nom _____

Numéro de téléphone _____

Adresse _____

État _____ Code postal _____

Remarque : Veuillez vous assurer que vous avez bien rempli le document et joint tous les documents nécessaires. Veuillez joindre un chèque ou un mandat à l'ordre de NYC Fire Department et une enveloppe timbrée à vos nom et adresse (suffisamment affranchie). Envoyez les chèques ou mandats directement à l'adresse indiquée ci-dessus. Seuls les chèques et mandats seront acceptés pour les demandes (aucune exception). **NE PAS ENVOYER D'ARGENT LIQUIDE.**

SECTION B

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Veuillez lire attentivement les instructions ci-dessous et compléter en caractères d'imprimerie les informations requises concernant le patient.

Nom du patient : _____

Incident / Date : ____/____/____

Incident / Heure : ____:____ **AM** **PM**

Incident / Lieu : _____

Incident / Borough : _____

Hôpital où le patient a été admis : _____

Le patient est-il mineur (veuillez ne cocher qu'une seule case) ? **OUI** **NON**

Date de naissance : ____/____/____

4 derniers chiffres du numéro de sécurité sociale (Social Security Number) : _____

Si vous avez un ACR/PCR, veuillez donner le numéro ACR/PCR : _____

Quelles est la relation entre le demandeur et le patient (veuillez ne cocher qu'une seule case) ?

- Soi-même / Parent du patient / Tuteur Curateur / Administrateur des biens Autre _____

CLIENT – VEUILLEZ LIRE ET SOUMETTRE LE OU LES DOCUMENTS REQUIS CI-DESSOUS

- Une lettre notariée originale du patient autorisant la divulgation de ces informations.
- La preuve du statut parental ou de tutelle, si le patient est mineur. Une preuve acceptable est une copie de l'acte de naissance du patient ou un document du tribunal démontrant la tutelle ou la garde.
- Une preuve que le tribunal vous a nommé exécuteur ou administrateur testamentaire du patient, si le patient est décédé (Lettres testamentaires ou lettres d'administration).
- Un paiement sous forme de chèque ou de mandat d'un montant de 2,25 dollars pour chaque rapport.