



FIRE DEPARTMENT – CITY OF NEW YORK

מחלקת הכבאות בעיר ניו יורק

יחידת המידע לציבור / מחלקת הסעות באמבולנס

9 MetroTech Center

Brooklyn, New York 11201-3857

1999-999 (718) או 1999



טופס בקשת מידע על קריאה לאמבולנס (ACR) / טיפול לפני ההגעה לבית חולים (PCR)

חלק א' פרטי הלקוח

נא לכתוב את המידע הנדרש בכתב יד קריא (לא בכתב מחובר) להלן.

_____	_____
מספר טלפון	שם
_____	_____
	כתובת
_____	_____
	מדינה
	מיקוד

שים לב: נא לוודא שהשלמת את הטופס וצירפת את כל המסמכים הדרושים. יש לצרף המחאה או המחאה בנקאית או המחאת דואר לתשלום לידי NYC Fire Department ומטפה ממוענת ומבולטת. יש לשלוח המחאות או המחאות בנקאיות או המחאות דואר ישירות אל הכתובת והיחידה המפורטות לעיל. רק המחאות או המחאות בנקאיות או המחאות דואר יתקבלו עם בקשות (ללא יוצאים מן הכלל). אין לשלוח מזומנים בדואר.

חלק ב'

פרטי המטופל

נא לקרוא בעיון את ההנחיות שלהלן ולכתוב בכתב קריא (לא בכתב מחובר) את הפרטים הנדרשים לגבי המטופל.

שם המטופל:

-

אירוע / תאריך:

____/____/____

אירוע / שעה:

____:____/

בבוקר (AM) בערב (PM)

מיקום: _____

אירוע/

רובע: _____

בית החולים אליו פונה המטופל: _____

האם המטופל הוא קטין (נא לסמן אך ורק תיבה אחת)? כן לא

תאריך לידה: ____/____/____

4 הספרות האחרונות של מספר ביטוח לאומי (SSN): _____

אם ה-ACR/PCR נמצא ברשותך, נא לציין את מספר ה-ACR/PCR: _____

מה טיב הקשר של המבקש עם המטופל (נא לסמן אך ורק תיבה אחת להלן)?

המבקש הוא המטופל/עצמו אחד מהורי המטופל / האפוטרופוס של המטופל המוציא לפועל/ מנהל העיזבון אחר _____

לקוח - נא לקרוא ולהגיש את הפרטיים (ים) הדרושים (ים) המתוארים להלן

- מכתב מקורי מהמטופל, חתום על ידי נוטריון, המאשר את שחרור המידע הזה.
- הוכחת סטטוס הורי או אפוטרופסות, אם המטופל/ת קטין/ה. הוכחה קבילה היא עותק של תעודת הלידה של המטופל/ת או מסמך מבית המשפט המציג משמורת/אפוטרופסות.
- הוכחה על כך שבית המשפט מינה אותך למוציא לפועל או מנהל העיזבון של המטופל/ת, אם המטופל כבר אינו/אינה בין החיים (תיעוד המכונה letters of administration או letters testamentary)
- תשלום יבוצע בצורת המחאה או המחאת דואר או המחאה בנקאית בסכום של \$2.25 עבור כל דוח.