

Wniosek o wydanie karty szczepień

Wypełnić czytelnie drukowanymi literami w języku angielskim.

Dane wnioskodawcy (dane osoby, której dotyczy wnioskowana karta szczepień)

Imię	Drugie imię	
Nazwisko	Nazwisko panieńskie (nazwisko sprzed zawarcia pierwszego związku małżeńskiego, jeśli dotyczy)	
Płeć przypisana przy urodzeniu ☐ Męska ☐ Żeńska	Osoba urodzona w NYC? ☐ Tak ☐ Nie	
Data urodzenia (MM/DD/YYYY)	Numer Medicaid (jeśli dotyczy)	
Numer telefonu	Adres e-mail	
Adres	Numer mieszkania	
Miasto	Stan	Kod pocztowy

Nazwa szpitala, w którym urodził się wnioskodawca

Nazwa aktualnego usługodawcy opieki zdrowotnej

Numer telefonu aktualnego usługodawcy opieki zdrowotnej

Dane matki wnioskodawcy

Imię matki	Nazwisko matki
Nazwisko panieńskie matki	Data urodzenia matki (MM/DD/YYYY)

Informacje o rodzicu lub opiekunie (jeżeli osoba występująca o kartę szczepień nie jest osobą, której dotyczy karta szczepień)

Relacja/pokrewieństwo z wnioskodawcą: ☐ Matka ☐ Ojciec ☐ Opiekun ☐ Inne (opisać): _____

Imię	Nazwisko	Adres e-mail
------	----------	--------------

Niniejszym oświadczam, że jestem wnioskodawcą lub rodzicem, opiekunem bądź inną osobą sprawującą opiekę nad wnioskodawcą, w związku z czym mam prawo wglądu we wnioskowane informacje. Rozumiem, że przekazanie informacji błędnych, niezgodnych ze stanem faktycznym lub wprowadzających w błąd do Wydziału Zdrowia i Higieny Psychicznej Miasta Nowy Jork stanowi naruszenie przepisu §3.19 Kodeksu zdrowia NYC. Rozumiem ponadto, że każde takie naruszenie podlega karze cywilnej do 2000 USD zgodnie z §3.11 Kodeksu zdrowia NYC.

Podpis wnioskodawcy, rodzica lub opiekuna występującego o kartę szczepień	Data	Główny język wnioskodawcy, rodzica lub opiekuna występującego o kartę szczepień
---	------	---

Instrukcja składania wniosku o wydanie dokumentacji pocztą:

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 Health Department
Citywide Immunization Registry
42-09 28th St.
Fifth Floor, CN-21
Long Island City, NY 11101-4132

Odpowiedź zostanie udzielona w ciągu 10 dni roboczych. Prosimy nie wysłać wniosku pocztą elektroniczną.

W celu uzyskania dodatkowych informacji lub złożenia wniosku o uzyskanie drukowanej kopii tego formularza zadzwoń pod numer **311**, odwiedź stronę **nyc.gov/health** i wyszukaj **vaccine records** (dokumentacja szczepień) lub wyślij wiadomość e-mail na adres **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: _____