

## امیونائزیشن ریکارڈ مانگنے کی درخواست

براہ مہربانی واضح پرنٹ کریں۔

درخواست کنندہ کی معلومات (جس فرد کا ریکارڈ آپ مانگ رہے ہیں ان کی معلومات)

ڈاک یا فیکس کے ذریعے ریکارڈ حاصل کرنے کی درخواست کے لیے ہدایات:


1. درخواست مکمل کریں۔
2. تصویر والی مؤثر ID کی نقل ساتھ لگائیں، جیسے IDNYC کارڈ، ڈرائیور کا لائسنس یا پاسپورٹ۔
3. مکمل شدہ درخواست اور ID کی نقل اس پتے پر ڈاک سے بھیجیں:

NYC DOHMH  
Citywide Immunization Registry  
42-09 28<sup>th</sup> Street, 5<sup>th</sup> Fl., CN 21  
LIC, NY 11101-4132

یا اس کو اس پتے پر فیکس کریں  
347-396-8840۔

براہ مہربانی اس درخواست کو ای میل میں نہ بھیجیں۔

آپ کو جواب دس دفتری ایام کے اندر موصول ہوگا اگر آپ نے درخواست بذریعہ ڈاک بھیجی ہو، یا دو کاروباری ایام کے اندر اگر آپ نے درخواست بذریعہ فیکس بھیجی ہو۔

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: \_\_\_\_\_

پہلا نام فرد کا نام

خاندانی نام

پیدائش کے وقت معین کردہ جنس مذکر مؤنث پیدائش NYC میں ہوئی؟ ہاں نہیں

تاریخ پیدائش (مہینہ/دن/سال) / /

Medicaid نمبر (اگر قابل اطلاق ہو)

- - - -

فون نمبر فیکس (اگر آپ بذریعہ فیکس ریکارڈ حاصل کرنے کی درخواست کر رہے ہیں)

پتہ اپارٹمنٹ

شہر ریاست زپ کوڈ

درخواست کنندہ کی پیدائش کے ہسپتال کا نام

نگہداشت صحت فراہم کنندہ کا نام

نگہداشت صحت فراہم کنندہ کا فون نمبر

درخواست کنندہ کی والدہ کی معلومات

والدہ کا پہلا نام

والدہ کا ذاتی نام (شادی سے پہلے جو آخری نام تھا)

والدہ کی تاریخ پیدائش (مہینہ/دن/سال) / /

والدین کی معلومات (اگر درخواست کنندہ بالغ نہیں ہے تو بچے کے ساتھ اپنا رشتہ منتخب کریں)

والدہ والد سرپرست دیگر (وضاحت کریں)

پہلا نام خاندانی نام

ای میل ایڈریس اوّلین زبان (اگر انگریزی نہیں)

تصدیق کی جاتی ہے کہ جس بچے کا نام امیونائزیشن ریکارڈ میں تلاش کیے جانے کے لیے اوپر درج ہے میں اس بچے کے والدین میں سے ایک، سرپرست یا اس کے ساتھ تحویل رکھنے والے تعلق سے منسوب ہوں، اور اس طرح مجھے یہ معلومات دیکھنے کا اختیار ہے؛ یا پھر میں ہی وہ فرد ہوں جس کے متعلق یہ ریکارڈ ہے۔ میں جانتا ہوں کہ محکمہ صحت و ذہنی حفظان صحت کو غلط، جھوٹی یا گمراہ کن معلومات فراہم کرنا نیو یارک سٹی ہیلتھ کوڈ §3.19 کی خلاف ورزی ہے۔ میں یہ بھی مزید جانتا ہوں کہ اس قسم کی خلاف ورزی کے ہر موقع پر نیو یارک سٹی ہیلتھ کوڈ §3.11 کے تحت \$2,000 تک کی سول سزائیں دی جاسکتی ہیں۔

درخواست کنندہ یا والدین میں سے کسی کے دستخط (اگر درخواست کنندہ نابالغ ہے) تاریخ

مزید معلومات یا اس فارم کی نقل کا پرنٹ حاصل کرنے کی درخواست کرنے کے لیے 311 پر کال کریں، [nyc.gov/health/cir](http://nyc.gov/health/cir) پر جائیں یا [cir@health.nyc.gov](mailto:cir@health.nyc.gov) پر ای میل کریں۔