

টিকাকরণের রেকর্ড প্রাপ্তি অনুরোধ আবেদন

অনুগ্রহ করে স্পষ্টভাবে প্রিন্ট করুন।

আবেদনকারীর তথ্য (আপনি যে ব্যক্তির রেকর্ড প্রাপ্তির জন্য আবেদন করছেন তার জন্য তথ্য)

নামের প্রথম অংশ	নামের মাঝের অংশ		
নামের শেষ অংশ			
জন্মের সময় নির্ধারিত লিঙ্গ	পুরুষ	নারী	জন্ম কি NYC তে হয়েছে? হ্যাঁ না
জন্মের তারিখ (মাস/দিন/বছর)	মেডিকেইড নম্বর (যদি প্রযোজ্য হয়)		
ফোন নম্বর	ফ্যাক্স (যদি আপনি ফ্যাক্সের মাধ্যমে রেকর্ড প্রাপ্তির অনুরোধ করে থাকেন)		
ঠিকানা	অ্যাপার্টমেন্ট.		
শহর	স্টেট	জিপ কোড	
আবেদনকারী যে হাসপাতালে জন্ম গ্রহণ করেছেন সেই হাসপাতালের নাম			
স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম			
স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর ফোন নম্বর			

আবেদনকারীর মায়ের তথ্য

মায়ের নামের প্রথম অংশ	মায়ের পারিবারিক নাম
/	(প্রথম বিবাহের আগে নামের শেষাংশ)
মায়ের জন্ম তারিখ (মাস/দিন/বছর)	

রোগীর তথ্য (যদি আবেদনকারী অপ্রাপ্তবয়স্ক হয়, তাহলে শিশুটির সাথে আপনার সম্পর্ক বাছাই করুন)

মা	বাবা	অভিভাবক	অন্যান্য (বিবরণ দিন)
নামের প্রথম অংশ	নামের শেষ অংশ		

ইমেইল অ্যাড্রেস প্রাথমিক ভাষা (যদি ইংরেজি না হয়)

আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে টিকাকরণ রেকর্ড খোঁজার উদ্দেশ্যে উপরে যে শিশুর তথ্য নথিবদ্ধ করা আছে, আমি তার বাবা-মা, অভিভাবক অথবা হেফাজত সম্পর্ক, এবং তদ্রূপে, আমি উক্ত তথ্য দেখার জন্য ক্ষমতাপ্রাপ্ত; অথবা রেকর্ডটি আমার সম্পর্কিত। আমি বুঝতে পারছি যে স্বাস্থ্য ও মানসিক স্বাস্থ্যবিধি বিভাগ এর নিকট মিথ্যা, অসত্য বা ভুল তথ্য জমা দেওয়া নিউ ইয়র্ক সিটি হেলথ কোড §3.19 এর লঙ্ঘন করে। আমি আরও বুঝতে পারছি যে নিউ ইয়র্ক সিটি হেলথ কোড §3.19 অনুসারে এই ধরনের লঙ্ঘন সাধারণ জরিমানায় 2,000 মার্কিন ডলার পর্যন্ত শাস্তিযোগ্য।

আবেদনকারী বা বাবা-মায়ের স্বাক্ষর (যদি আবেদনকারী অপ্রাপ্ত বয়স্ক হয়)

তারিখ

আরও তথ্যের জন্য, অথবা এই ফর্মের একটি প্রিন্ট করা কপি পেতে, 311 এ কল করুন,
nyc.gov/health/cir এ ভিজিট করুন অথবা cir@health.nyc.gov ঠিকানায় ইমেইল করুন।

ইমেইল বা ফ্যাক্সের মাধ্যমে রেকর্ডের অনুরোধ করার নির্দেশনা


- আবেদন সম্পূর্ণ করুন।
- ছবি সহ বৈধ আইডি, যেমন IDNYC কার্ড, ড্রাইভারস লাইসেন্স বা পাসপোর্টের একটি কপি সংযুক্ত করুন।
- আপনার সম্পূর্ণকৃত আবেদন এবং আইডির কপি এই ঠিকানায় পাঠানঃ

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

অথবা ফ্যাক্স করুন 347-396-8840
এই নম্বরে।

অনুগ্রহ করে আবেদনটি ইমেইল করবেন না।

আপনি যদি ডাকযোগে আবেদন জমা দিয়ে থাকেন তাহলে আপনি দশ কার্যদিবসের মধ্যে উত্তর পাবেন, অথবা ফ্যাক্সের মাধ্যমে জমা দিয়ে থাকলে দুই কার্যদিবসের মধ্যে উত্তর পাবেন।

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: _____