



خدمات صحت عامه ولسوالی Schenectady: پروگرام WIC

آدرس: Franklin St Suite 200, Schenectady, NY 12305 650

تلفون: (518) 8818-346، فکس: (518) 2398-346

ایمیل: wicvoicemail@schenectadycountyny.gov

رضایت برای انتشار/تبادل سوابق

فقط برای کارمندان WIC
شماره کارت شناسه
شماره کارت شناسه
شماره کارت شناسه
شماره کارت شناسه
#HH

برنامه WIC ممکن است معلومات خاصی را از طرف شرکت کننده به عنوان درخواست شرکت کننده/والدین/سرپرست به سازمان های عمومی تعیین شده به منظور تعیین واجد شرایط بودن و/یا واجد شرایط بودن خدمات دیگر اجتماعی مربوط افشا کند. مطابق با ضروریات فدرال و ایالتی، معلومات شرکت کننده WIC محرمانه است و فقط با رضایت شرکت کننده می تواند با طرفین خارجی به اشتراک گذاشته شود.

نام شرکت کننده: (خود یا طفل) _____ تاریخ تولد: _____

در صورت حاملگی، EDD _____

نام شرکت کننده: (خود یا طفل) _____ تاریخ تولد: _____

نام شرکت کننده: (خود یا طفل) _____ تاریخ تولد: _____

نام شرکت کننده: (خود یا طفل) _____ تاریخ تولد: _____

من بدینوسیله موافقه می کنم که برنامه WIC ولسوالی Schenectady برای انتشار و تبادل معلومات یا نتایج لابراتوار در مورد خودم و/یا طفل من با ارائه دهندگان خدمات بالقوه و متخصصین دیگر که ممکن است به ما خدمت کنند، موافقه کند. من همچنین موافقه می کنم که ممکن است به جای نسخه اصلی از فوتوکاپی/فکس/ایمیل این صلاحیت نامه اصلی استفاده شود.

_____ بلی/نخیر ارائه دهندگان مراقبت های صحتی (نام ارائه دهنده/شماره تماس) _____
(از یک دایره دور بدهید)

_____ (نام ارائه دهنده/شماره تماس)

_____ بلی/نخیر خدمات صحت عامه شهرستان Schenectady و همه نهادهای ولسوالی.
(از یک دایره دور بدهید)

_____ بلی/نخیر برنامه های دیگری که در زیر ولسوالی Schenectady قرار ندارند.
(از یک دایره دور بدهید)

من بدینوسیله رضایت خود را برای پیام های دقیق در مورد وقت ملاقات ها که باقی می ماند، می دهم.

_____ بلی/نخیر با هر کسی که به تلفون من جواب می دهد.
(از یک دایره دور بدهید)

_____ بلی/نخیر در پست صوتی من، از طریق ایمیل و پیام متنی
(از یک دایره دور بدهید)

تاریخ

نام چاپ

شرکت کننده/امضای والدین

تاریخ

عنوان WIC

امضای کارمندان

این نهاد، یک ارائه کننده فرصت های مساوی است.