

Partnership for Healthier Kids

8003 Forbes Place • Springfield, VA 22151

Telephone: 703-321-1990 • Fax: 703-321-1999

طلب معلومات

الرجاء وضع علامة في المربع المناسب:

لدى طفلي (أو أطفالي) تأمين صحي و / أو طرف مقدم للعناية الصحية.

(الرجاء كتابة الاسم (أو أسماءهم)

طفلي (أو أطفالي) بحاجة إلى طبيب و / أو تأمين.

الرجاء الاتصال بي لكي أتعرف على برامج طبية مجانية أو بكلفة قليلة جداً لطفلي (أو لأطفالي). يجوز لممثل أن يتصل

بي لتحديد موعد بشأن إجراء مقابلة هاتفية أو شخصية معي. أفهم بأن المعلومات المتداولة أثناء هذه المقابلة ستحفظ بصورة سرية.

الإفصاح عن المعلومات للغير / تفويض أبوي

أعطي الإذن لتبادل المعلومات التالية بين ممثلي الوكالات التالية المدرجة أدناه؛ ويكون ساري المفعول لمدة 12 شهراً.

اسمي ورقم هاتفي لكي يتم الاتصال بي من قبل Partnership for Healthier Kids حول برامج عناية طبية مجانية أو بكلفة قليلة جداً لطفلي (أو لأطفالي).

في حال تقديمي طلباً إلى برنامج مقدم طبي، فقد تقوم الوكالات التالية بتبادل المعلومات بينها بشأن حالة طلب طفلي عندما يلزم الأمر لذلك لإتمام عملية الاشتراك.

- Partnership for Healthier Kids, Inova Health System
- Inova Pediatric Center
- Medical Care for Children Partnership
- Department of Family Services
- Department of Medical Assistance Services
- Community Access Program
- Northern Virginia Family Service
- Fairfax County Public Schools
- Community Health Care Network

اسم المدرسة	تاريخ الميلاد	اسم الطفل

اسم الوالد / ولي الأمر (الرجاء الكتابة بحروف كبيرة)

توقيع الاسم: _____ التاريخ: _____

رقم الهاتف: _____ أفضل وقت للاتصال: _____

لا تكمل هذا القسم. للاستخدام الرسمي فقط

Form completed by _____ School _____ Phone _____

Date Completed _____ Received by PHK _____