

Partnership for Healthier Kids

8003 Forbes Place • Springfield, VA 22151

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

정보 요청서

해당 사항에 체크하십시오

- 본인의 자녀는 건강 보험 및/또는 의료 서비스 제공 기관이 있습니다.
(이름을 기입하십시오 _____)
- 본인의 자녀는 의사 및/또는 보험이 필요합니다.
- 본인의 자녀를 위하여 무료 또는 대단히 저렴한 비용의 의료 프로그램에 대하여 알아볼 수 있도록 연락을 주십시오. 담당자가 인터뷰 일정을 잡기 위하여 전화 또는 직접 본인에게 연락을 하게될 것입니다. 이 인터뷰에서 제공되는 정보는 기밀로 유지될 것임을 이해합니다.

정보 해제/부모 승인

다음 사항의 정보가 아래 명시된 기관의 담당자들에게 교환될 것을 승인합니다. 본 승인은 12개월 동안 유효합니다.

- 본인의 자녀를 위한 무료 또는 대단히 저렴한 비용의 의료 서비스에 대하여 Partnership for Healthier Kids의 담당자가 본인에게 연락을 위하여 필요한 본인의 이름 및 전화번호.
- 본인이 의료 기관 프로그램을 신청하는 경우, 아래 명시된 기관은 등록절차를 완성하기 위하여 필요한 경우 본인 자녀의 신청 상황에 대한 정보를 교환하여도 좋습니다.

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

자녀 이름	생년월일	학교 이름

부모/보호자 이름 _____

사인 _____ 날짜 _____

전화번호 _____ 전화연락 시간 _____

아래 란은 담당자 용입니다. 작성하지 마십시오

Form completed by _____ School _____ Phone # _____

Date completed _____ Received by PHK _____