

Partnership for Healthier Kids

2700 Prosperity Ave • Fairfax, VA 22031
Telephone: 703-698-2550 • Fax 703-698-2556

索取資料

請劃上適當方格：

- 我的孩子(們)有健康保險及/或醫療照顧提供者。
(請提供名字: _____)
- 我的孩子(們)需要一位醫生及/或保險。
- 請與我聯系, 使我可以為我的孩子(們)找出從免費到低廉的醫療計劃。
您的代表可致電給我預約電話訪問或親身訪問的時間。我了解訪問內容將會保密。

提供資料/父母授權書

我允許與下列機構的代表交流以下的資料。

此同意書有效十二個月。

- 提供我的名字及電話號碼, 以便Partnership for Healthier Kids可與我聯系有關給我孩子(們)的免費或低廉的醫療照顧。
- 如果我有申請醫療提供者計劃 (medical provider program), 在有需要的情況下, 下列的機構可交流與我孩子申請狀況有關的資料, 以便完成登記程序。

- 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

| 孩子姓名 | 出生日期 | 學校名稱 |
|------|------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

父母/監護人姓名(請填寫) _____

簽署 _____ 日期 _____

電話 _____ 最佳聯系時間 _____

請勿填寫此欄。官方專用。

Form completed by _____ School _____ Phone# _____

Date Completed _____ Received by PHK _____