

# Partnership for Healthier Kids

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

معلومات کے لیے درخواست  
براہ مہربانی غور سے پڑھیں:

میرے بچے / بچوں کے لیے صحتِ بیمہ اور / یا نگہداشتِ صحت کا کوئی فراہم کار ہے۔  
(براہ کرم نام لکھیں)

میرے بچے / بچوں کو ڈاکٹر اور / یا بیمے کی ضرورت ہے۔

براہ کرم مجھ سے رابطہ کریں تاکہ میں اپنے بچے / بچوں کے لیے تقریباً مفت یا بہت کم خرچ والے طبی پروگراموں کے بارے میں جان سکوں۔ کوئی نمائندہ فون پر یا ذاتی طور پر مجھ سے انٹرویو کیلئے وقت مقرر کر سکتا ہے۔ میں جانتا ہوں کہ اس انٹرویو میں ہوئی گفتگو کی معلومات صیغہ راز میں رہے گی۔

معلومات کی فراہمی / والدین کا اجازت نامہ

میں شامل فہرست ایجنسیوں کے نمائندوں کو مندرجہ ذیل معلومات کے تبادلے کی اجازت دیتا ہوں۔  
اس اجازت نامہ کی توثیق 12 ماہ کے لیے ہے۔

میرا نام اور ٹیلیفون نمبر تاکہ Partnership for Healthier Kids میرے بچے / بچوں کی تقریباً مفت یا بہت کم خرچ والی طبی نگہداشت کے بارے میں مجھ سے رابطہ قائم کر سکے۔

اگر میں طبی صحت پروگرام کی فراہمی کی درخواست کروں تو مندرجہ ذیل ایجنسیاں ضرورت پڑنے پر اندراج کے عمل کی تکمیل کے لیے میرے بچے کی درخواست کی صورتِ حال سے متعلق معلومات کا تبادلہ کر سکتی ہیں۔

- Community Access Program
- Northern Virginia Family Service
- Fairfax County Public Schools
- Community Health Care Network

- Partnership for Healthier Kids, Inova Health System
- Inova Pediatric Center
- Medical Care for Children Partnership
- Department of Family Services
- Department of Medical Assistance Services

| اسکول کا نام | تاریخ پیدائش | بچے کا نام |
|--------------|--------------|------------|
|              |              |            |
|              |              |            |
|              |              |            |
|              |              |            |

والدین / سرپرست کا نام (بڑے حروف میں لکھیں)

دستخط \_\_\_\_\_

ٹیلیفون نمبر \_\_\_\_\_

فون کرنے کے لیے بہترین وقت \_\_\_\_\_

یہ حصہ مکمل نہ کریں۔ یہ دفتری اندراجات کے لیے ہے

Form completed by \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_ Phone# \_\_\_\_\_

Date Completed \_\_\_\_\_ Received by PHK \_\_\_\_\_