

# Partnership for Healthier Kids

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

## Yêu cầu thông tin

Xin đánh dấu vào:

- (Các) con tôi có bảo hiểm sức khỏe và/hoặc một người chăm sóc sức khỏe.  
(Xin vui lòng cho biết tên \_\_\_\_\_)
- Con tôi cần có một bác sĩ và/hoặc bảo hiểm.
- Xin liên lạc với tôi để tôi có thể tìm hiểu về các chương trình y tế miễn phí hoặc giá thật hạ cho (các) con của tôi. Một đại diện có thể gọi cho tôi để định ngày phỏng vấn qua điện thoại, hoặc đến tận nơi. Tôi hiểu rằng phần thông tin chia sẻ trong cuộc phỏng vấn sẽ được giữ kín.

## Tiết Lộ Thông Tin/Sự Cho Phép của Cha Mẹ

Tôi cho phép trao đổi các thông tin sau đây với các đại diện của các cơ quan được liệt kê.

Bản thỏa thuận này có hiệu lực trong 12 tháng.

- Tên và số điện thoại của tôi để Partnership for Healthier Kids có thể liên lạc với tôi về việc chăm sóc miễn phí, hoặc với giá thật hạ cho (các) con của tôi.
- Nếu tôi xin vào chương trình nursing người chăm sóc y tế, các cơ quan sau đây có thể trao đổi thông tin về tình trạng đơn xin của con tôi nếu cần để hoàn tất tiến trình ghi danh.

- 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
- National Foundation for Vietnamese-American Voters (NFVAV)

Tên Đứa Trẻ	Ngày Sinh	Tên Trường

Tên cha mẹ / giám hộ (xin viết chữ in) \_\_\_\_\_

Chữ ký \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Số điện thoại \_\_\_\_\_ Giờ giấc gọi thuận tiện nhất \_\_\_\_\_

Đừng điền vào phần này. Chỉ dành cho các viên chức sử dụng mà thôi

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

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