



WNIOSEK O ALTERNATYWNE FORMY KOMUNIKACJI

Użyj tego formularza, aby złożyć do Cook County Health (CCH) wniosek o komunikowanie się z Tobą za pomocą alternatywnych sposobów lub w alternatywnych lokalizacjach.

Aby umożliwić CCH szybkie i prawidłowe rozpatrzenie Twojego Wniosku o Alternatywne Formy Komunikacji, prosimy o wypełnienie niniejszego formularza w całości.

Nazwisko			Imię		Drugie imię		
Data urodzenia	Miesiąc	Dzień	Rok	Data dzisiejsza	Miesiąc	Dzień	Rok
Adres			Miasto	Stan	Kod pocztowy	Telefon	
PROPONOWANA ALTERNATYWNA FORMA KOMUNIKACJI Prosimy szczegółowo opisać proponowany sposób lub miejsce otrzymywania komunikacji od CCH. Na przykład, jeśli chcesz, abyśmy kontaktowali się z Tobą wyłącznie pod określonym adresem lub określonym numerem telefonu.							
ALTERNATYWNY ADRES LUB INNY SPOSÓB KONTAKTU Prosimy podać alternatywny adres lub inny sposób kontaktu, którego mamy używać, aby się z Tobą kontaktować.							
Podpis osoby				Data			
DLA OSOBISTYCH PRZEDSTAWICIELI OSOBY							
Imię i nazwisko przedstawiciela osobistego				Relacja z osobą			
<i>Niniejszym oświadczam, że zgodnie z obowiązującym prawem posiadam uprawnienia do złożenia niniejszego wniosku w imieniu wskazanej powyżej osoby.</i>							
Podpis przedstawiciela osobistego				Data			
Prosimy odesłać niniejszy formularz na poniższy adres. Lub zadzwoń pod poniższy numer w razie pytań: 1-877-476-1873				Ashley Huntington, JD, CHC Privacy Officer 1950 W. Polk Street, Suite 9217 Chicago, IL 60612			

Umieść tutaj etykietę pacjenta