

نرسنگ و م کاشکی تی فارم

رابطہ کی معلومات

پہلے کے بارے میں معلوم اتفرام کرنے کے لیے آپ کو آپ سے رابطہ کرنے کی اجازت دیے گا اگر اضافی معلومات کی ضرورت ہو۔ پہلے کے نام سے رابطہ کرنے کے لیے ہماری پالیسی ہے۔ آپ کی شرکت کی نوعیت یا رنگی کے نام پہلے کے نام سے رابطہ کرنے کی ضرورت ہو سکتا ہے۔

براہ کرم "ہاں/نہیں" کے لیے "X" کو نشان دہی کریں۔

ہاں نہیں

کیا آپ گھنٹہ بھرنا چاہتے ہیں؟ (اپنی مرضی واضح کریں)

بارہ کرم کے لیے پہلی رابطہ کی معلومات فرم کریں۔

پہلے نام: _____ آخری نام: _____ تاریخ: _____

پتہ: _____

شہر: _____ زپ: _____ ریاست: _____

دن کے وقت کھانوں: _____

تہہ ادا فون: _____

ای مہل پتہ: _____

آپ کا رابطہ سے کس وقت شروع ہے؟ _____

رواں کی معلومات ضروری

پہلے نام: _____ آخری نام: _____

موجودہ مقام: نرسنگ موم ہسپتال دیگر، واضح کریں _____

نرسنگ موم ٹیچر کی تاریخ، اگر قابل اطلاق ہو: _____

فیسرہ کی معلومات

نرسنگ موم کا نام: _____

نرسنگ موم کا پتہ: _____

نرسنگ موم کا شمار: _____ کمر نمبر _____

شکلیت کی معلومات

وکیٹس کی تاریخ ہے جب پہلے کی شہرہ الٹی ہوئی ہے؟ _____

ہاں نہیں

کیا قانونی طور پر کرنے والے ادارے لہو ٹی؟

ہاں نہیں

کیا انگریزوں کے ہتھیاروں کی کٹی گئی؟

ہاں نہیں

کیا آپ نے فیسرہ کی سرنگھش کی سطح پر درج کرنا ہے؟

ہاں نہیں

کیا آپ کی شہرہ کی ڈوک کی گئی؟

ہاں نہیں

کیا دوسرے رابطہ پہلے کی شہرہ سے ہتھیار ہے؟

بالہ کر مہینی شرکت کو منحصر طور پر بیان کریں او کسی بھی علمہ، دوسرے رطقی او کسی بھی گولکی شمولیتش ام کریں۔

مہلکات

New York State Department of Health ریختی یورکی ٹیکہ ہال اور خدمت سے نتم تحقیق شریک کا جلازمہ اہتہ اے جون رسرنگ موم ہر فرماہ کی چلی ہی جس نے ریختی یوربراہ رلی تیل لولولن طہ طور پر تمہی کی اے فرام کردہ خدہک کے بارے ہر شریکات درج کرن لے لے بر لکرم اسفار کو پڑکیوں اور اسپتہر ڈاکس سے بھج ویں:

**NYSDOH
DRS/SNHCP
Mailstop: CA/LTC
Empire State Plaza
Albany, NY 12237**

یا

فوکس کیوں: (518) 408-1157

یا

ای ہل کیوں: nhintake@health.state.ny.us

شرکت انقبالی کی جلازمہ کی اگریہ وقاعہ NYS Department of Health کو پلے کو شریکات جع کر لے کے پچ لہی لے لہ کے لہ در لے۔

برق تیلنی شریکات ہی کارری لہی کرنے کے لے بلہ کرم:

- واضح طور پر شریک کیوں پڑکیوں
- پلے کے ریلطے کی مٹوم اتس ہی ت فام کو اچھی طرح سے کلم کیوں
- و مت مام نام اور فون نمبرز شام کیوں چن کے سہلہ آپن پیلے می شریکات درج کروئی لے
- کاغذی مونا کی کیلہ ان پیلرک کیوں جن سے آپکی پیش کش کو تیلڈ موی مو بہر اکرم ہل ل کیلہ شام لہ کیوں)

Department of Health کو سہر فام Medicare ٹانڈ Medicaid سروسز سے رسرنگ موم کی شریکات اور وقاع اتکی چہا زین کرنے کا اہتہ حاصل لے جو ریختیوں کے لے ہی ہتاج کلاب اعتمیق ہی ریوا مومرکتی ویں۔ اس بات کی تیلنی ویں ل کفیسر لٹویز روگ لہری تہنوں کے مطابق ویں، DOH کی ذمہ داری لے اور بر لہ کی، ن ظرن داگی ویں لہ کی کے وقاع اتکی چہا زین کرن لہی بل کی ذمہ داری ہی شام ل لے۔

شریک کی سبس سے اعاقس موم ہری شام ل ویں: حلثات، طبی حالت ہی رتیلہی ان چہی برق ت حل فیں کیگی، داخ لے اور خارج موم لے ول لے مرطال، اور مٹو کینگ اور ٹیکہ ہل کے مرطال۔

پیشہ ور علمہ پلے کے خریک کا جلازمہ گا اور تیغ کرنے گا کہ م حکم کیوں لگی کی کارری لہی کرے گا۔

اگر آپ کیوں سوال لے تو بلہ کر ت عطل اتکو چہو کر پیرت ا جم ع صوح 8:30 بج سے شام 4:45 بج تک، Centralized Complaint Intake Program سے 888-201-4563 اپر ریلط کیوں۔