

# Форма запроса информации о вакцинации

Для получения информации **необходимо действующее удостоверение личности** (например, водительское удостоверение, государственное удостоверение личности или паспорт).

К этой форме следует приложить копию удостоверения личности.

**Форма запроса информации о вакцинации**

**Запрос информации о вакцинации от COVID-19**

## Информация о пациенте

Фамилия	Имя	Второе имя (отчество)
Дата рождения	Адрес	
Город	Штат	Почтовый индекс

## Информация о заявителе

Фамилия	Имя	Второе имя (отчество)
Кем приходится пациенту (сам пациент, мать и т. д.)		Адрес
Город	Штат	Почтовый индекс
Телефон	Факс	Эл. почта
Подпись		Дата заполнения

**Факс:**

215-238-6944

**Отправьте скан этой формы по эл. почте:**

[PhilaVax@phila.gov](mailto:PhilaVax@phila.gov)

**Почтовый адрес:**

**PhilaVax**

1101 Market St., 12th Fl.  
Philadelphia, PA 19107

**For Official Use Only**

**(Только для служебного пользования):**

Approved By: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Type of ID: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_