

Office use		Date Stamp code
-------------------	--	------------------------

FAX request to: 503-373-7866 or 503-378-4139

1. Сведения обо мне

			<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
Ваше имя (фамилия, имя, отчество)	Девичья фамилия или другие используемые имена	Пол	
(/ /)	() -		
Дата рождения	Эл. почта	Номер телефона	
Домашний адрес	Город	Штат	Индекс
Почтовый адрес (если отличается от домашнего)	Город	Штат	Индекс

2. Укажите других взрослых (19 лет и старше), которые также проживают в вашем доме и которых вы хотели бы включить в жеребьевку.

			<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
Имя (фамилия, имя, отчество)	Родство	Дата рождения	Пол
(/ /)		(/ /)	
Имя (фамилия, имя, отчество)	Родство	Дата рождения	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
(/ /)		(/ /)	

3. Если вы предпочитаете получать информацию о жеребьевке ОНР на другом языке (кроме русского), отметьте необходимую графу:

Английский Другой: _____

4. Если вы предпочитаете получать информацию о жеребьевке ОНР в другом формате, отметьте необходимую графу:

Аудио запись — информация записана на аудио кассете.

Компьютерный диск — информация сохранена как «текст» на компакт-диске.

Крупный шрифт — текст будет напечатан крупным шрифтом.

Устный — информация будет прочитана вам сотрудником ОНА лично или по телефону.

5. Поставив свою подпись ниже, вы согласны на участие в жеребьевке ОНР для взрослых и понимаете, что данная форма не является заявлением на медицинское пособие.

Подпись _____ Дата _____