

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

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

Если вы полагаете, что мы не сможем связаться с вами, когда ваше имя будет выбрано из списка ожидания, или если вы хотите, чтобы другое лицо знало о вашем статусе при выборе вашего имени из списка ожидания ОНР для взрослых, вы можете выбрать резервное контактное лицо. Как только ваше имя будет выбрано из списка, мы вышлем письмо вам и вашему резервному контактному лицу.

1. Моя информация

Напишите печатными буквами
ваше полное имя и фамилию: _____

Дата рождения: ____ / ____ / ____

Адрес: _____

Город, штат, индекс: _____

Номер телефона: _____ Эл. почта: _____

2. Информация резервного контактного лица

Имя, фамилия: _____

Адрес: _____

Город, штат, индекс: _____

Номер телефона: _____ Эл. почта: _____

Я понимаю, что лицо, которое я выберу, может не согласиться выступить в роли моего резервного контактного лица.

Подписавшись ниже, я даю разрешение Отделу здравоохранения штата Орегон/Департаменту социальных услуг штата Орегон (Oregon Health Authority/Department of Human Services) обсуждать 2 вида информации с моим резервным контактным лицом: (1) мое имя, (2) мой статус в списке ожидания ОНР для взрослых. Данная информация может быть дана моему резервному контактному лицу, чтобы информировать его/ее о моем статусе в списке ожидания ОНР для взрослых. Отдел здравоохранения штата Орегон/Департамент социальных услуг не имеет права разглашать или использовать данную информацию в любых других целях.

3. Ваша подпись обязательна

Подпись: _____ Дата: _____