

WISCONSIN प्रतिरक्षण रजिस्ट्री (WIR) की पुनः स्थापना का प्रस्ताव

इस फॉर्म को भरना WIR से क्लाइंट की जानकारी को अनलॉक करने को अधिकृत करता है। WIR में निहित जानकारी में क्लाइंट का नाम, जन्म तिथि, लिंग, टीका समूह, दिनांक-प्रशासित, अन्य टीका विवरण और अनुशंसित टीके शामिल हैं। यह फॉर्म किसी क्लाइंट, या किसी अल्पवयस्क क्लाइंट के माता-पिता/अभिभावक को WIR से या किसी तीसरे पक्ष को भेजी गई जानकारी प्राप्त करने के उद्देश्य से है।

इन अभिलेखों को ईमेल, डाक द्वारा या अनुरोधकर्ता, या एजेंसी/संस्था को फैक्स किया जा सकता है। क्लाइंट की जानकारी अनलॉक हो जाने के बाद, इसे <https://www.dhswir.org> पर एक्सेस किया जा सकता है। इस हस्ताक्षरित प्राधिकरण के प्राप्त होने पर WIR सूचना को 5 व्यावसायिक दिनों के भीतर अनलॉक कर दिया जाएगा।

क्लाइंट जानकारी	भेजा है:
क्लाइंट का नाम (अंतिम, प्रथम, मध्य)	एजेंसी/संस्था या व्यक्ति का नाम (अंतिम, प्रथम, मध्य प्रदान करें)
पता	पता
शहर, राज्य, ज़िप कोड	शहर, राज्य, ज़िप कोड
जन्म तिथि (MM/DD/YYYY)	ईमेल पता
माता का नाम (अंतिम, पहला, मध्य)	फैक्स नंबर (क्षेत्र कोड शामिल करें)
फोन नंबर (क्षेत्र कोड शामिल करें)	फोन नंबर (क्षेत्र कोड शामिल करें)

प्रतिरक्षण को सूचीबद्ध प्राप्तकर्ता व्यक्ति/एजेंसी/संस्था को भेजा जाना चाहिए:

ईमेल मेल फैक्स WIR ऑनलाइन के माध्यम से उपयोग किया जाएगा: <https://www.dhswir.org>

कृपया रिकॉर्ड जारी करने का कारण बताएं:

आगे की चिकित्सा देखभाल स्कूल या चाइल्डकैअर पात्रता रोजगार

अन्य _____

हस्ताक्षर - क्लाइंट (यदि आपकी आयु 18 वर्ष या अधिक है)	दिनांक हस्ताक्षरित है	प्रिंट नाम
हस्ताक्षर - क्लाइंट का अभिभावक/कानूनी अभिभावक	दिनांक हस्ताक्षरित है	क्लाइंट का नाम / संबंध प्रिंट करें

WIR हेल्प डेस्क पर पूरा लौटा फॉर्म:

मेल: Wisconsin Department of Health Services
WIR Help Desk Rm 272
1 W Wilson St.
Madison, WI 53703

ईमेल: dhswirhelp@wisconsin.gov

फैक्स: 608-267-9493

फोन: 608-266-9691

कृपया ध्यान रखें कि यदि आप जानकारी को ईमेल के माध्यम से भेजने के लिए कहेंगे या भेजेंगे, तो उसे एन्क्रिप्ट नहीं किया जाएगा तो आपकी जानकारी सुरक्षित नहीं रह सकती है। यदि आप इसे निजता कानूनों से आच्छादित किसी तृतीय पक्ष को भेजने के लिए कहते हैं, तो हो सकता है कि वह पार्टी गोपनीयता का भंग करें। इन अभिलेखों को जारी करने का आपका अनुरोध Wisconsin टीकाकरण रजिस्ट्री के माध्यम से आपको प्रदान की गई किसी भी सेवा को प्रभावित नहीं करेगा। ऊपर सूचीबद्ध Wisconsin आरोग्य विभाग के पते पर लिखित अनुरोध भेजकर आप किसी भी समय इस प्राधिकरण को रद्द कर सकते हैं। निरस्त करने का आपका अनुरोध उसे प्राप्त होने से पहले जारी की गई जानकारी पर लागू नहीं होगा। यह प्राधिकरण रिक्वेस्ट फॉर्म जारी करने और हस्ताक्षर करने की तिथि के 30 दिन बाद समाप्त होता है।

For Official Use Only

Date Searched/Released:

Searched/Released by:

Records Released Record Not Found Record Found but No Immunizations Reported