

إزالة الحاجز / طلب الإقامة

شكل

الرجاء الكتابة أو الطباعة بشكل مقروء.

اسم الشخص الذي يطلب: \_\_ التاريخ

العنوان: \_\_State\_\_\_\_\_ Zip\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني Number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_

إذا لم يكن الشخص الذي يحتاج إلى سكن هو الشخص الذي يكمل هذا النموذج، يرجى إدخال:

الاسم: رقم \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telephone: \_\_

معلومات الاتصال الأخرى: \_\_

تحقق واحد: إزالة حاجز 🞏 الإقامة 🞏

الإقامة المطلوبة أو موقع الحاجز: \_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

بيان موجز عن سبب الحاجة إلى الإقامة أو إزالة الحاجز: \_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

يلزم الإقامة في التاريخ: \_\_

التوقيع: \_\_

يرجى إرسال النموذج المكتمل إلى إدارةالمواردالبشرية على العنوان أدناه أو عن طريق البريد الإلكتروني عبر البريد الإلكتروني السريللإدارةإلى hrconfidential@cnshealthcare.org.

Human Resource

100 Ste 24230 Karim BLVD 48375Novi MI,

عند الطلب، سيتم توفير تسهيلات معقولة في ملء هذا النموذج أو سيتم توفير نسخ من النموذج في أشكال بديلة.

القس 8/3/21