

الشخص الذي خدم إزالة الحاجز / الإقامة

نموذج الطلب

يرجى الكتابة أو الطباعة بشكل مقروء:

اسم الشخص مقدم الطلب: \_\_\_\_

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

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

إذا لم يكن الشخص الذي يحتاج إلى سكن هو الشخص الذي أكمل هذا النموذج ، فيرجى إدخال:

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

معلومات الاتصال الأخرى: \_\_\_\_

الفحص الأول: 🞏 خدمات الترجمة الفورية لإزالة 🞏 حواجز 🞏 الإقامة

الإقامة المطلوبة أو موقع الحاجز: \_\_\_\_

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

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

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

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

تاريخ الإقامة مطلوب: \_\_\_\_

شركة:\_\_\_\_

أرسل النموذج المكتمل إلى قسم خدمة العملاء على العنوان أدناه ، أو عن طريق البريد الإلكتروني عبر عنوان البريد الإلكتروني السري للدائرة إلى [customerservice@cnshealthcare.org](mailto:customerservice@cnshealthcare.org) أو موظف استقبال CNS. إذا كانت لديك أي أسئلة حول إكمال هذا النموذج ، فيرجى الاتصال بنا على 833-409-4302.

قسم خدمة العملاء

24230 جادة كريم ، شارع 100 ،

نويفا يورك ، نيويورك 48375

عند الطلب ، سيتم توفير نموذج تسهيلات معقولة ، أو قد يتم توفير نسخ من هذا النموذج بتنسيقات بديلة (على سبيل المثال ، الإسبانية والعربية والطباعة الكبيرة).

Date received: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CSR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞏 Approved 🞏 Denied \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2/16/23