

(نظر ثانی جون 2018)

درخواست برائے طبی خدمات

- ہم نگہداشت صحت کی فراہمی کے لئے ایک ٹیم کی رسائی کا استعمال کرتے ہیں، لہذا کلائنٹس کو ایک نرس پریکٹیشنر اور ایک ڈاکٹر، دونوں تفویض کیے جاتے ہیں۔ آپ کی صحت کی ضروریات کے لحاظ سے، آپ کو صرف کسینرس پریکٹیشنر سے ملنے کی ضرورت ہو سکتی ہے۔
- ہم رکاوٹوں (جیسا کہ زبان، ثقافت، یا اقتصادی رکاوٹیں) اور دماغی مرض سمیت پیچیدہ دیرینہ امراض میں مبتلا لوگوں کو نگہداشت صحت کی سہولیات تک رسائی دینے کو ترجیح دیتے ہیں۔
- ہمان افراد کو ترجیح دیتے ہیں جو کسی مخصوص جغرافیائی کمیونٹی کے اندر رہتے ہیں (بیچھے کی طرف نقشہ دیکھیں)۔
- ہم اونٹاریو میں سیر/ملاقات کے لئے یا طالب علم ویزا پر آنے والوں کو خدمات فراہم نہیں کر سکتے ہیں۔

تاریخ: _____

آخری نام: _____ پہلا نام: _____

گھر کا پتہ: _____

شہر

(اپارٹمنٹ یا یونٹ #) اسٹریٹ

براہ مہربانی نشان لگائیں اگر میں شیلٹر/پناہ گاہ میں رہتا ہوں میں بے گھر ہوں

دیگر (براہ مہربانی وضاحت کریں)۔

ٹیلیفون: بنیادی ٹیلیفون # _____ ثانوی ٹیلیفون # _____

عمر: _____ ای میل: _____

کینیڈا میں آپ کا اسٹیٹس کیا ہے؟ کینیڈین شہری آیا ہوا تارک وطن روایتی پناہ گزین

ملاقاتی یا طالب علم ویزا (اہل نہیں ہے) کوئی سٹیٹس نہیں دیگر (براہ مہربانی وضاحت کریں)۔

اگر آپ یہاں پیدا نہیں ہوئے تھے، تو آپ کینیڈا میں کب آئے تھے؟ _____

کیا آپ کو ترجمانی کی خدمات کی ضرورت ہے؟ ہاں نہیں اگر ہاں، تو کون سی زبان میں؟ _____

کیا آپ کے پاس صحت کا بیمہ موجود ہے؟ اونٹاریو ہیلتھ کارڈ انٹیرم فیڈرل ہیلتھ صوبہ سے باہر کا بیمہ میرے پاس صحت کا بیمہ نہیں ہے

کیا فی الوقت آپ کے پاس ایک فیملی ڈاکٹر ہے؟ ہاں نہیں

کیا آپ کے خاندان میں کوئی فرد پہلے ہی ایسٹ اینڈ CHC کا کلائنٹ ہے؟ ہاں نہیں

کیا آپ مندرجہ ذیل میں سے کسی مسائل کا شکار ہیں؟ ان سب پر نشان لگائیں جو لاگو ہوتے ہیں۔

دیرینہ بیماری ذہنی بیماری جواب نہیں دینا چاہتے

نشوونما سے متعلق معذوری جسمانی معذوری معلوم نہیں

منشیات یا شراب پر انحصار حسی معذوری (جیسا کہ سماعت یا بصارت کا نقصان) کوئی نہیں

سیکھنے کی معذوری دیگر: (براہ کرم وضاحت کریں): _____

کیا آپ کے منحصرین میں سے کوئی درج بالا عارضہ (عوارض) کا شکار ہے؟ ہاں نہیں

اگر ہاں، تو وضاحت کریں: _____

آپ کی جنس کیا ہے؟ صرف ایک پر نشان لگائیں۔

مرد ٹرانس - عورت سے مرد دیگر (براہ مہربانی وضاحت کریں): _____ جواب نہیں دینا چاہتے

خاتون ٹرانس - مرد سے عورت معلوم نہیں

انٹرسیکس دو روحیں۔

اگر قابل اطلاق ہو، کیا آپ حاملہ ہیں؟ ہاں نہیں

اگر ہاں، تو آپ کے یہاں ولادت کی متوقع تاریخ کیا ہے؟ _____

آپ کی تعلیم کی اعلیٰ ترین سطح کیا ہے؟ (✓ ایک پر نشان لگائیں)	
اسکول جانے کے لئے ابھی چھوٹے ہیں	
پرائمری اسکول (گریڈ 1-8)	
ثانوی یا اس کے مساوی (ہائی اسکول گریڈ 9-12)	
کالج	
یونیورسٹی کی بیچلر ڈگری	
یونیورسٹی پوسٹ گریجویٹ	
کوئی رسمی تعلیم نہیں ہے	
معلوم نہیں ہے	
جواب نہیں دینا چاہتے	
دیگر: (براہ کرم وضاحت کریں):	

اس آمدنی میں کتنے لوگ گزارہ کرتے ہیں؟ (ایک نمبر دیں #)
_____ فرد (افراد)
(خود کو شامل کریں + کوئی بھی منحصرین جیسا کہ والدین، بچے وغیرہ۔)
کیا یہ آمدنی سوشل اسسٹنس کی جانب سے ہے؟
<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
(جیسا کہ EI, OW, ODSP, وغیرہ)

گھرانہ کی کل آمدنی: (✓ ایک پر نشان لگائیں)	
ٹیکس سے قبل سالانہ آمدنی	ماہانہ
\$ 0 - 14,999	\$1,249 یا کم
\$ 15,000 - \$19,999	\$1,250 - \$1,667
\$ 20,000 - \$24,999	\$1,668 - \$2,083
\$ 25,000 - \$29,999	\$2,084 - \$2,500
\$ 30,000 - \$34,999	\$2,501 - \$2,916
\$ 35,000 - \$39,999	\$2,917 - \$3,333
\$ 40,000 - \$59,999	\$3,334 - \$4,999
\$ 60,000 - \$89,999	\$5,000 - \$7,499
\$ 90,000 - \$119,999	\$7,500 - \$9,999
\$120,000 - \$149,999	\$10,000 - \$12,499
\$150,000 - یا زیادہ	\$12,500 - یا زیادہ
معلوم نہیں	
جواب نہیں دینا چاہتے	

کیا آپ کے گھرانہ میں موجود دیگر لوگ بھی طبی نگہداشت کے متلاشی ہیں؟ نہیں ہاں - اگر ہاں، تو براہ مہربانی ذیل میں ان کا اندراج کریں۔

نام: 1.	عمر:	نام: 3.	عمر:
نام: 2.	عمر:	نام: 4.	عمر:

ایسٹ اینڈ CHC میں دلچسپی لینے کے لیے آپ کا شکریہ!

شخصی طور پر تشریف لا کر اپنی مکمل کردہ درخواست East End CHC, 1619 Queen Street East پر موجود استقبالیہ پر جمع کرائیں۔

اس نقشہ پر ایسٹ اینڈ کمیونٹی ہیلتھ سینٹر پبلی حدود کے اندر موجود علاقہ کو خدمات پیش کرتا ہے

- مغربی حدود: گرین ووڈ ایونیو (ڈین فورٹھ ایونیو کا جنوب) اور کوکسویل ایونیو (ڈین فورٹھ ایونیو کے شمال میں)
- مشرقی حدود: وکٹوریہ پارک ایونیو
- شمالی حدود: او کونور ڈرائیو سے سٹریٹ سی لائر ایونیو
- جنوبی حدود: لیک اونٹاریو۔

