

МОЛБА ЗА ВКЛЮЧВАНЕ В СПИСЪКА НА ПАЦИЕНТИТЕ И/ИЛИ ЗА РЕГИСТРИРАНЕ В ЗДРАВНА СЛУЖБА

Моля попълнете с черна химикалка и с ГЛАВНИ букви.
Където трябва маркирайте съответната кутийка

Част А: Данни за кандидата

1. Обръщение Г-н Г-жа Г-ца Друго Моля посочете

2. Фамилия 3. Предишни фамилии

4. Собствено име

5. Дата на раждане ден месец година

6. Място на раждане

7. Мъж Жена

8. Тел номер през деня

9. Адрес
.....
.....Пощенски код.....

10. Ако искате да регистрирате деца под 16 години, живеещи с посоченото по-горе лице, моля попълнете данните им

Фимилно име	детето има ли друго фамилно име ? Да/не	собствени имена (пълни)	мъж/жена	Дата на раждане	служебно ползване

* Ако някое от децата носи друга фамилия, моля попълнете и ни изпратете бланка GMF153, която можете да получите от вашия лекар.

11. Посочете името на лекаря и адреса на избраната служба, ако има такава

.....
.....Пощенски код

12. Кандидатът преди снабдяван ли е с медицинска карта в Северна Ирландия? Да Не

13. Предишен адрес в Северна Ирландия, ако има такъв

.....
.....Пощенски код

14. Име и адрес на предишния лекар в Северна Ирландия (ако има такъв)

.....Пощенски код

15. Кандидатът преди снабдяван ли е с медицинска карта в Англия, Шотландия или Уелс? Да Не

16. Предишен адрес в Англия, Шотландия или Уелс (ако има такъв) и дати на пребиваване на кандидата на този адрес

.....Пощенски код.....
Дати: от <input type="text"/> до <input type="text"/>

17. Име и адрес на предишен лекар в Англия, Шотландия или Уелс (ако има такъв)

.....Пощенски код.....

18. Кандидатът плаща ли средства по Закона за социално осигуряване и помощи (Северна Ирландия) от 1992? Да Не

19. Ако отговорът е „да“, моля посочете Националния осигурителен номер

20. Ако не плаща средства, кандидатът явява ли се съпруг/съпруга или зависим на лицето, плащащо средства по Закона за социалното осигуряване и помощите (Северна Ирландия) от 1992? Да Не

21. Ако отговорът е „да“, моля дайте следната информация за това лице:

a. Име

b. Адрес

.....Пощенски код.....

c. Роднинска връзка с кандидата

d. Национален осигурителен номер

e. Дата на раждане

22. Ако в момента не работи, кандидатът регистриран ли е в социалното осигуряване в Северна Ирландия като „търсещ работа“? Да Не

23. Ако отговорът е „да“, моля посочете адреса на службата за социално осигуряване, където се е регистрирал кандидата?

.....
.....Пощенски код.....

24. Кандидатът от рождение ли пребивава в Обединеното Кралство? Да Не

25. Ако отговорът е „не“, моля посочете дата на отпътуване от Обединеното Кралство, ако има такава.

26. Посочете последната дата на влизане в Обединеното Кралство

27. Моля посочете последния постоянен адрес преди влизането в Обединеното Кралство

.....
.....Пощенски код.....

28. Приблизителни дати на пребиваване там: от до

29. Причини за идването Ви в Обединеното Кралство

.....

- АКО ТЪРСИТЕ УБЕЖИЩЕ, МОЛЯ ПРИЛОЖЕТЕ ДОКАЗАТЕЛСТВО КЪМ ТАЗИ БЛАНКА, В ПОТВЪРЖДЕНИЕ, ЧЕ СТЕ ПОДАЛИ МОЛБА ЗА УБЕЖИЩЕ В ИМИГРАЦИОННАТА СЛУЖБА КЪМ МИНИСТЕРСТВОТО НА ВЪТРЕШНИТЕ РАБОТИ.
- ЗА ДРУГИ КАНДИДАТИ ОТ СТРАНИ ИЗВЪН ЕВРОПА Е НЕОБХОДИМО ДА СЕ ПРЕДСТАВИ КОПИЕ ОТ ВАШАТА ВХОДНА ВИЗА ИЛИ ПАСПОРТ ОТ ОБЕДИНЕНОТО КРАЛСТВО И КОПИЕ ОТ ВАШЕТО РАБОТНО РАЗРЕШИТЕЛНО, АКО ИМА ТАКОВА.

30. Ако кандидатът е инструктор, студент, езиков асистент, учител на обменни начала, медицинска сестра на обучение или болничен лекар, моля посочете името и адреса на съответния университет, колеж, училище или болница и длъжността, която лицето е заемало в съответното място.

.....

31. Кандидатът възнамерява ли да остане за постоянно да пребивава в Обединеното Кралство? Да Не

32. Ако отговорът е „не“, моля посочете колко време ще остане кандидата в Обединеното кралство считано от днес („постоянно“ не е достатъчно). Моля посочете колко месеца/години ще остане кандидата или вашата дата на отпътуване. **СТУДЕНТИТЕ – моля посочете месеца и годината в която ще приключи вашия курс на обучение.** Моля да отбележите, че вашата регистрация автоматично ще бъде отменена от датата на отпътуване, която сте посочили. Моля свържете се с Агенцията за Централно обслужване, ако обстоятелствата ви се променят.

33. Кандидатът запазва ли си адреса извън Обединеното Кралство? Да Не

34. Ако отговорът е „да“, моля посочете причина.

.....

Част В: Да се попълни само от лица след демобилизацията им от Армията на Нейно Величество, в случай че не им е издаден документ за демобилизация или е загубен

35. Част от която са уволнени

36. Служебен Номер 37. Дата на демобилизация

Ако кандидатът е бил извън Обединеното Кралство от датата на демобилизацията, трябва да отговори на въпрос 26 от част А.

Част С: Декларация (да се попълни от всички кандидати)

38. Декларирам, че информацията, която е посочена в тази бланка е вярна и пълна и разбирам, че ако това не е така, следва да бъдат предприети съответните мерки.

Разбирам, че Агенцията за централно обслужване може да бъде задължена по закон да предостави личните данни от тази бланка на съответните съответните държавни власти с цел предотвратяване, установяване и разкриване на престъпление. В допълнение на това разбирам, че агенцията може също да предостави тази информация на организациите, отговарящи за предоставяне на здравни услуги и грижи с цел улесняване управлението на тези услуги, както е обявено в закона за Защита на Данните от 1998 г. Информация за опазване на данните и въпроси, свързани с поверителността, може да се получи от координатора на Агенцията за Защита на Данните: 2 Franklin Street, Belfast BT2 8DQ, telephone 028 9053 5549.

39. Подпис 40. Дата

Част D: Да се попълни от лекаря, който приема лицето в списъка на пациентите си

Молби от страни-членки на Европейския съюз – копие от паспорта/ЕНИК/ПИК
Инспектирани

Давам разрешение лицето да бъде регистрирано (и всички деца до 16 години отбелязани в част А) за включване в моята практика, ако им е дадено право да получат Основна Медицинска Помощ

41. Подпис на лекаря 42. Дата

43. Кодов номер на лекаря

Част E: Доброволно съгласие за даряване на органи

44. Регистрация за даряване на органи (по желание)

Искам да впиша моите данни в регистъра на Националната Здравна Служба, като лице, чиито органи/тъкани може да се използват за трансплантация след смъртта ми. Моля отбележете

- Всякакви органи и тъкани
 Бъбреци Сърце Черен дроб Роговица Бял дроб Панкреас

С включването Ви в този регистър Вие давате съгласието си вашите органи и тъкани да бъдат използвани за трансплантация за спасяване на живота или подобряване на живот на други хора след Вашата смърт. За повече информация, моля попитайте на рецепцията за информационна брошура или посетете уебстраницата www.uktransplant.org.uk, или се обадете на телефон 0845 60 60 400.

45. Подпис на пациента 46. Дата

(Потвърждаващ съгласие за даряване на органи (тъкани))

2 Franklin Street, Belfast BT2 8DQ Tel: 028 9032 4431 Fax: 028 9053 5643
WEB: www centralservicesagency.n-i.nhs.uk

МОЛБА ЗА ВКЛЮЧВАНЕ В СПИСЪКА НА ПАЦИЕНТИТЕ И/ИЛИ ЗА РЕГИСТРИРАНЕ В ЗДРАВНА СЛУЖБА

Агенцията за Централно Обслужване подпомага регистрацията на пациенти в здравните и социални служби на Северна Ирландия

Указание за попълване

Моля прочетете следните бележки много внимателно преди да попълните бланката. Моля имайте предвид, че за да си осигурите включване в списъка на пациентите, попълнената бланка следва да се предаде в избраната здравна служба за приемане.

Лица, които трябва да попълват бланката

Тази бланка следва да се попълни лично или от името на всички лица (с изключение на изброените по-долу), които искат да се регистрират в здравната система на Северна Ирландия за обща медицинска и/или обща зъболекарска и обща обща очна помощ, и които понастоящем живеят в Северна Ирландия.

Лица, които не трябва да попълват бланката

- Лица, които са резиденти на Северна Ирландия, и са загубили валидните си медицински карти от Северна Ирландия или лица, които са дошли в Северна Ирландия директно след като са били резиденти на Англия, Шотландия или Уелс също следва да използват бланка HS200, за да се регистрират при лекар.
- Притежатели на регистрационен документ за деца (HS123), издаден от регистратурата при регистриране на раждане. В случай че оригиналната регистрационна бланка (HS123) е загубена, следва да се издаде дубликат от регионалния офис на регистратурата.
- Притежателите на бланка FP13, издадена при демобилизация от армията.

Попълнената бланка следва да се предаде в съответната здравна служба, за да си осигурите включване в списъка на пациентите.

Деца под 16 години

Тази бланка може да се използва за регистрация на деца под 16 години, които живеят с кандидата при условие че пълните имена и дати на раждане на децата са въведени в Част А.

Ако се изисква включване в списъка на пациентите, бланката следва да се представи в съответната здравна служба. Във всички други случаи, бланката следва да се предаде на:

Директора на Службата за семейни лекари
Central Services Agency
2 Franklin Street
Belfast
BT2 8DQ

Ако искате да се включите в списъка за регистрация на дарители към националното здравеопазване, моля попълнете Част Е.

Моля отбележете, че е необходимо да представите денни за това колко време възнамерявате да останете, освен ако не възнамерявате да останете в Обединеното Кралство за постоянно, Без тази информация няма да можем да обработим вашата молба