



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

ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ ВКЛЮЧЕНИЯ В ДОКТОРСКИЙ СПИСОК И/ИЛИ РЕГИСТРАЦИИ В СЛУЖБЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Регистрация в Национальной Службе Здравоохранения и Соцобеспечения в Северной Ирландии осуществляется Агенством Центральных Служб.

Руководство по заполнению

Пожалуйста, внимательно прочтите руководство перед заполнением формы.

Пожалуйста, примите к сведению, что для того, чтобы быть включенным в список той или иной клиники, заполненную форму заявления необходимо предоставить выбранной Вами клинике на одобрение.

Лица, обязанные заполнить форму.

Эта форма должна быть заполнена самими или по просьбе лиц (за исключением упомянутых ниже), кто желает зарегистрироваться в Национальной Службе Здравоохранения Северной Ирландии для Общего медицинского и/ или Общего зубного и/или Общего офтальмологического обслуживания и кто в настоящее время проживает в Северной Ирландии.

Лица, которым не требуется заполнять данную форму

- Лица, обычно проживающие в Северной Ирландии, кто потерял их действующие медицинские карты Северной Ирландии или лица, прибывшие в Северную Ирландию сразу же после проживания в Англии, Шотландии или Уэльсе. Они также должны использовать форму HS200 для регистрации у доктора. Эту форму можно получить в любой клинике или по адресу, указанному ниже.
- Обладатели регистрационной формы младенца (HS123), выданной Регистратором во время регистрации рождения. Если оригинал медицинской формы младенца (форма HS123) был потерян, дубликат должен быть получен в районном регистрационном офисе.
- Обладатели формы FP13, выданной по увольнению из Военных Сил Ее Величества Сил.

Чтобы обеспечить включение в список пациентов, заполненная форма должна быть передана в выбранную Вами клинику на одобрение.

Дети до 16 лет

Эта форма может быть использована для регистрации детей до 16 лет, проживающих с заявителем в том случае, если их полные имена и даты рождения указаны в Части А.

Если необходимо включение в список пациентов, то тогда эта форма должна быть предоставлена в соответствующую клинику. Во всех других случаях, эта форма должна быть направлена по адресу:

The Director of Family Practitioner Services/Управляющий Службой Семейных Докторов
Central Services Agency/Агенство Центральных Служб
2 Franklin Street
Belfast
BT2 8DQ

Если вы желаете внести ваше имя в список доноров Национальной Службы Здравоохранения, пожалуйста, заполните Часть Д.

Пожалуйста, отметьте, что если Вы не намереваетесь постоянно проживать в Объединенном Королевстве, нам необходимо знать насколько Вы планируете остаться. В противном случае, мы не сможем обработать Ваше заявление

ЗАЯВЛЕНИЕ ПО ВКЛЮЧЕНИЮ В ДОКТОРСКИЙ СПИСОК И/ИЛИ РЕГИСТРАЦИЯ В СЛУЖБЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пожалуйста заполните черными чернилами и ПРОПИСНЫМИ буквами. Отметьте галочкой, где требуется

Часть А: Данные заявителя

1. Титул Мистер Миссис Мисс Миз Другой Пожалуйста, укажите

2. Фамилия 3. Предыдущая(ие) фамилия(и)

4. Имя

5. Дата рождения День Месяц Год 6. Страна рождения

7. Пол мужской женский 8. Телефон в дневное время

9. Адрес

..... Почтовый индекс

10. Если Вы желаете зарегистрировать детей до 16 лет, проживающих с лицом, указанным выше, пожалуйста укажите данные ниже.

Фамилия	* Был ли ребенок известен под какой-либо другой фамилией Да/ Нет	Имя (полностью)	Пол мужской/женский	Дата рождения	Для служебного использования

* Если кто-либо из детей был известен под другой фамилией, пожалуйста, заполните и пришлите нам Форму GMF 153, которую можно получить у Вашего семейного доктора.

11. Укажите имя выбранного Вами доктора и клиники, если таковые имеются

..... Почтовый индекс

12. Была ли заявителю ранее выдана медицинская карточка в Северной Ирландии?
Да Нет

13. Предыдущий адрес в Северной Ирландии (если таковой имеется).

..... Почтовый индекс

14. Имя и адрес предыдущего доктора в Северной Ирландии (если таковой имеется)

..... Почтовый индекс

15. Была ли заявителю в прошлом выдана медицинская карточка в Англии, Шотландии или Уэльсе Да Нет

16. Предыдущий адрес в Англии, Шотландии и Уэльсе (если таковой имеется) и даты проживания там

..... Почтовый индекс
Дата: с <input type="text"/> по <input type="text"/>

17. Имя и адрес бывшего доктора в Англии и Уэльсе (если таковой имеется)

..... Почтовый индекс

18. Платит ли заявитель взносы в соответствии с Законом Северной Ирландии о "Взносах и Пособиях Службы Социального Обеспечения" от 1992 года?

Да Нет

19. Если «Да», пожалуйста укажите номер Национального Страхования.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

20. Если заявитель не платит взносы, является ли он супругом или иждивенцем лица, платящего взносы в соответствии с Законом Северной Ирландии о "Взносах и Пособиях Службы Социального Обеспечения" от 1992 года?

Да Нет

21. Если «Да», пожалуйста, укажите следующую информацию об этом лице:

a. Имя

b. Адрес

..... Почтовый индекс

c. Отношение к заявителю

d. № Национального Страхования

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

e. Дата рождения

22. Если в настоящее время заявитель - безработный, то зарегистрирован ли он в службе Социального Обеспечения в Северной Ирландии как «ищущий работу»?

Да Нет

23. Если «Да», пожалуйста укажите адрес местного отделения службы Социального Обеспечения заявителя

.....
..... Почтовый индекс

24. Проживает ли заявитель в Объединенном Королевстве постоянно с рождения?

Да Нет

25. Если «Нет», пожалуйста, укажите дату отъезда из Объединенного Королевства, если возможно

.....

26. Укажите последнюю дату въезда в Объединенное Королевство

.....

27. Пожалуйста, укажите адрес последнего постоянного проживания перед приездом в Объединенное Королевство

.....
..... Почтовый индекс

28. Приблизительные даты проживания там: с

.....

по

.....

29. Причина приезда в Объединенное Королевство

.....

- Если в поисках убежища, пожалуйста, приложите к этой форме доказательство того, что вы подали заявление на получение убежища в Иммиграционную Службу Северной Ирландии (Home Office).
- Что касается других заявителей не из стран - членов Евросоюза, то от них потребуются копия Визы или паспорт Объединенного Королевства и копия рабочего разрешения, если таковые имеются.

30. Если заявитель является инструктором, студентом, языковым ассистентом, учителем по обмену, медсестрой-стажером или больничным доктором, пожалуйста, укажите имя и адрес посещенных университета, колледжа, школы или больницы, а также в качестве кого Вы это сделали

.....

31. Намерен ли заявитель проживать постоянно в Объединенном Королевстве?

Да Нет

32. Если "НЕТ", пожалуйста, укажите предполагаемую продолжительность пребывания заявителя в Объединенном Королевстве начиная с сегодняшнего числа. ("Неопределенно" не является удовлетворительным ответом). Укажите количество месяцев/лет, которые заявитель планирует оставаться в стране или предполагаемую дату отъезда из страны.

СТУДЕНТЫ - пожалуйста, укажите месяц и год окончания Вашего курса. Пожалуйста, отметьте, что Ваша регистрация будет автоматически отменена после указанной Вами даты отъезда.

Пожалуйста, свяжитесь с Агенством Центральных Служб, если Ваши обстоятельства изменятся.

.....

33. Сохраняет ли заявитель адрес проживания за пределами Объединенного Королевства?
Да Нет

34. Если «Да», пожалуйста, укажите причину.

Часть Б: Заполняется только лицами, уволившимися из Вооруженных Сил Ее Величества, которым не была выдана или которые потеряли свои увольнительные формы.

35. Отделение, из которого были уволены

36. Личный служебный номер 37. Дата увольнения

Если заявитель находился за пределами Объединенного Королевства со времени даты увольнения, то он должен заполнить пункт 25 Части А.

Часть В: Заявление должно быть сделано ВСЕМИ Заявителями.

38. Я заявляю, что предоставленная мной в этой форме информация является полной и правдивой, и я понимаю, что в противном случае могут быть приняты соответствующие меры.

Я понимаю, что Агенство Централных Служб может быть вынуждено по закону раскрыть личные данные, предоставленные в этой анкете, соответствующим государственным властям с целью предупреждения, выявления и расследования преступлений. Я также понимаю, что АЦС может поделиться этими данными с организациями, ответственными за предоставление услуг в сфере здравоохранения и соцобеспечения с тем, чтобы облегчить управление этими службами в соответствии с Законом о защите Данных от 1998 года.

Информацию относительно защиты данных и вопросов конфиденциальности можно получить у координатора АЦС по защите данных: 2 Franklin Street, Belfast, BT2 8DQ, телефон 028 9053 5549.

39. Подпись 40. Дата

Часть Г: Должна быть заполнена доктором, желающим включить данное лицо в список своих пациентов своей клиники.

Я даю согласие на включение данного лица (и любых детей до 16 лет, указанных в Части А) в список пациентов моей клиники, если он(и) имеет(ют) право на получение общих медицинских услуг.

41. Подпись доктора 42. Дата

43. № кода доктора

Часть Д: Добровольное согласие на передачу органов для трансплантации.

44. Регистрация в НСЗ для передачи органов на трансплантацию.

Я желаю внести мое данные в список доноров органов Национальной Службы Здравоохранения как человек, чьи органы/ткани могут быть использованы в целях трансплантации после моей смерти. Пожалуйста, отметьте соответствующие пункты ниже.

Любой из моих органов/тканей

Почки Печень Легкие Сердце Поджелудочная железа Роговая оболочка глаза

Внося свое имя в список доноров органов Национальной Службы Здравоохранения, Вы даете свое согласие на то, чтобы Ваши органы и ткани были использованы для трансплантации в целях спасения или улучшения жизни других после Вашей смерти. За более подробной информацией, пожалуйста, обращайтесь в регистратуру, где Вам предоставят информационный буклет, посетите наш сайт www.uktransplant.org.uk или звоните по телефону 0845 60 60 400.

45. Подпись пациента 46. Дата

(Подтверждаю свое согласие на передачу органов/тканей для трансплантации)