

Вам нужен семейный врач или медицинская помощь— обращайтесь в New Heights Community Health Centres!

Отличная новость! Вы можете стать клиентом New Heights Community Health Centres в районе Bathurst-Finch, даже если у Вас нет страхового полиса провинции Онтарио (OHIP). Все услуги оказываются бесплатно, так как центр финансируется организацией Toronto Central Local Health Integration Network.

Специалисты New Heights Community Health Centres проводят консультации и оказывают медицинскую помощь людям, которые живут, работают или учатся в районе, расположенном между улицами Eglinton St.W и Steeles St.W, и от Bathurst St. до Keele St .

Регистрация.

При регистрации новых клиентов приоритет имеют люди, которые живут, работают или учатся в микрорайоне Bathurst-Finch (Westminster-Branson).

Медицинская помощь

Основные специалисты центра: Врач-терапевт, фельдшер, медсестра и специалист по заболеванию стоп (chiroprapist).



Социальная помощь

New Heights Community Health Centres помогает решать жизненно важные социальные проблемы, связанные с адаптацией в Канаде. Социальный работник и Case-coordinator ответят на любой вопрос и предоставят всю необходимую информацию для решения таких проблем как учеба, трудоустройство, медпомощь, налоги, страховка, субсидии, финансовая поддержка, аренда квартиры, помощь с детьми и т.д.

Адрес

В настоящее время услуги оказываются в основном здании New Heights CHCs. Однако центр ищет дополнительное помещение для обслуживания клиентов, проживающих в районе Bathurst-Finch (Westminster-Branson), и помощь можно будет получить рядом с домом. Чтобы стать клиентом New Heights Community Health Centres, пожалуйста, заполните форму на обратной стороне и отправьте ее нам по факсу, e-mail или по почте:



New Heights Community Health Centres – Bathurst-Finch Site

12 Flemington Road
Toronto, ON M6A 2N4

E-mail: B-F_satellite@newheightshealth.org

Fax: 647-436-0386

www.newheightshealth.org



New Heights Community Health Centres Форма заявления нового клиента



Имя:.....

Домашний адрес:.....

Телефон 1: Телефон 2:.....

E-mail:.....

Я могу быть клиентом New Heights Community Health Centres, потому что я (отметьте все пункты, которые вам подходят):

- проживаю*
- работаю (название/адрес работодателя:.....)*
- посещаю школу (название/адрес школы:)*
- в районе, который обслуживается центром.

Часть 1: Семейный врач

1. Есть ли у вас семейный врач? Да Нет
2. Если нет, то сколько членов вашей семьи нуждаются в семейном враче?
взрослых____ # детей____ # людей старшего возраста____
3. Если да, хотели бы вы перевестись к нашему семейному врачу? Да Нет

Часть 2: Специалист по заболеваниям стоп

3. Нуждаетесь ли вы в услугах специалиста по заболеваниям стоп (chiroprapist)?
 Да Нет

Часть 3: Зарегистрированный диетолог

4. Хотели бы вы получить индивидуальную консультацию с диетологом? Да Нет
5. Хотели бы вы принимать участие в семинарах, которые будет проводить диетолог? Да Нет

Часть 4: Социальный работник

6. Хотели бы вы получить индивидуальную консультацию с социальным работником? Да Нет
7. Хотели бы вы принимать участие в группах поддержки и семинарах, которые будет проводить Социальный работник? Да Нет

Office Use Only

Date received:.....

Time received:.....

Received by:.....