



# Alameda Alliance for Health

## برامج الصحة والمواد

**نموذج طلب الأعضاء** - توفر شركة Alameda Alliance for Health (Alliance) التعليم الصحي مجاناً. نريدك أن تتولى مسؤولية صحتك من خلال معرفة أفضل المعلومات الممكنة. يرجى تحديد الموضوعات التي تريد منا إرسالها لك. يمكنك أيضاً طلب النشرات بتنسيقات أخرى. يمكن العثور على العديد من النشرات على الموقع الإلكتروني [www.alamedaalliance.org](http://www.alamedaalliance.org).

المواد المكتوبة	المحاضرات وإحالات البرامج
<input type="checkbox"/> التوجيه المُسبق (التوكيل الطبي)	<input type="checkbox"/> الربو
<input type="checkbox"/> تعاطي الكحول والمواد الأخرى	<input type="checkbox"/> دعم الرضاعة الطبيعية
<input type="checkbox"/> الربو	<input type="checkbox"/> إنعاش القلب والرئتين (Cardio Pulmonary Resuscitation, CPR)/الإسعافات الأولية
<input type="checkbox"/> ألم الظهر	<input type="checkbox"/> مرض السكري
<input type="checkbox"/> تحديد النسل	<input type="checkbox"/> برنامج الوقاية من مرض السكري (مقدمات الإصابة بمرض السكري)
<input type="checkbox"/> مرض الانسداد الرئوي المزمن (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)	<input type="checkbox"/> تناول الأكل الصحي وممارسة التمارين والوزن الصحي
<input type="checkbox"/> مرض السكري	<input type="checkbox"/> صحة القلب
<input type="checkbox"/> العنف الأسري	<input type="checkbox"/> تربية الأطفال
<input type="checkbox"/> تناول الأكل الصحي وممارسة التمارين والوزن الصحي	<input type="checkbox"/> الحمل والولادة
<input type="checkbox"/> البالغ <input type="checkbox"/> الطفل	<input type="checkbox"/> الإقلاع عن التدخين (يرجى الطلب من برنامج Kick It California التواصل معي)
<input type="checkbox"/> صحة القلب	
<input type="checkbox"/> تربية الأطفال	
<input type="checkbox"/> الحمل	
<input type="checkbox"/> الرعاية الوقائية	
<input type="checkbox"/> الإقلاع عن التدخين	
<input type="checkbox"/> الأمان	
<input type="checkbox"/> البالغ <input type="checkbox"/> الطفل	
<input type="checkbox"/> الصحة الجنسية	
<input type="checkbox"/> الضغط والكتئاب	
<input type="checkbox"/> البالغ <input type="checkbox"/> الطفل	

اللغة المكتوبة: _____	الاسم (الشخص نفسه): _____
اللغة المنطوقة: _____	رقم معرف عضو Alliance: _____
<b>سيتم إرسال المواد المطلوبة إليك بالبريد. كيف يمكن لـ Alliance التواصل معك؟</b>	اسم الطفل (إن وُجد): _____
يرجى وضع علامة على كل ما ينطبق:	رقم معرف عضوية الطفل: _____
الهاتف: <input type="checkbox"/>	عمر الطفل: _____
البريد الإلكتروني: _____	العنوان: _____
الرسائل النصية: <input type="checkbox"/>	المدينة: _____
	الرمز البريدي: _____

ALAMEDA  
**Alliance**  
FOR HEALTH

لطلب، يرجى إكمال هذا النموذج على بوابة الأعضاء الإلكترونية على [www.alamedaalliance.org](http://www.alamedaalliance.org) أو إرسال هذا النموذج بالبريد إلى:

Alliance Health Programs • 1240 South Loop Road, Alameda, CA 94502

رقم الهاتف: 1.510.747.4577 • الرقم المجاني: 1.855.891.9169

الأشخاص الذين يعانون إعاقات في السمع والتحدث (خدمة ترحيل الاتصالات في كاليفورنيا

(CRS)/خدمة الهاتف النصي (TTY): 711/1.800.735.2929