



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

Department of: HEALTH

Phone: (609) 265-5548  
Fax: (609) 265-3152  
E-Mail: bchd@co.burlington.nj.us  
http://www.co.burlington.nj.us/health

# Board of Chosen Freeholders County of Burlington New Jersey



Physical Address:  
15 Pioneer Boulevard  
Westampton, NJ 08060

Mailing Address:  
49 Rancocas Road  
P.O. Box 6000  
Mount Holly, NJ 08060-6000

## Medical Needs Shelter

### Declination for Service/Treatment:

I decline service/treatment by the Medical Needs Shelter (MNS) staff at this time. I understand that I may ask for assistance at another time and that treatment will be provided if my condition warrants while in the general shelter.

Applicant Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Name of person filling out the application if different than applicant:

\_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

-----

### Declinación por Servicio / Tratamiento:

Renuncio a la asistencia por parte del personal de enfermería del refugio para individuos con necesidades médicas especiales en este momento. Yo entiendo que puedo solicitar una evaluación en otro momento y que la evaluación se llevaría a cabo si mi condición justifica mientras estoy en el refugio.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que llena la solicitud si es diferente al solicitante:

\_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_