



Reconocimiento

Yo, _____, soy el (**por favor indique la categoría correspondiente**) padre o madre/tutor legal/representante autorizado de/para _____, quien se encuentra inscrito o inscrita en el Fondo de Indemnización Médica del Estado de Nueva York («MIF», por sus siglas en inglés).

Con mi firma en este formulario, reconozco que he recibido la siguiente información con respecto del MIF:

1. Información concerniente a cómo acceder al sitio web del MIF (www.health.ny.gov/mif), en el cual pueden encontrarse y se pueden consultar los reglamentos que rigen el MIF y demás información con respecto del fondo.
2. Una copia física de los reglamentos del MIF, en el cual se consigna la definición que el MIF otorga a «gastos de atención médica calificados» y donde se establece cuáles servicios, artículos, equipo, etcétera, requieren aprobación previa de parte del MIF como condición para el pago, y el derecho del cual dispongo si se me denegara una reclamación o una solicitud para previa aprobación por parte del MIF, a:
 - a. Una reunión informal con un representante del administrador del fondo y/o
 - b. Una revisión formal por parte de un juez de justicia administrativa.
3. Información con respecto del proceso de gestión del caso y el requerimiento consistente en que participe en conferencias telefónicas periódicas con respecto al caso con el gestor de casos del MIF asignado a (**nombre de la persona inscrita**) _____, en la medida que se requiera por sus necesidades de atención médica correspondientes. Se me ha informado también que se dispone de servicios de traducción, de ser requeridos, y también se me ha instruido en cuanto a como solicitar tales servicios.
4. Instrucciones para ponerse en contacto con el Grupo de Consulta Pública al 1-855-NYMIF33 (1-855-696-4333) en un plazo de 24 horas para toda necesidad de admisión de paciente para la persona inscrita.
5. Línea sin costo del MIF a la que puedo llamar durante horas hábiles regulares para hacer cualquier pregunta o exponer cualquier inquietud que tenga con respecto de la cobertura del beneficiario bajo el MIF. El número es 1-855-NYMIF33 (1-855-696-4333).

Fecha: _____

Firma del padre o madre/tutor legal/representante autorizado la dirección

Nombre del padre o madre/tutor legal/representante autorizado número de teléfono

Firma del testigo:

la dirección

Nombre del testigo:

número de teléfono