



인정서

본인, _____,은(는) 뉴욕주 의료 보증 기금(Medical Indemnity Funds, "MIF")에 가입된 _____의 (해당하는 관계에 밑줄을 그으십시오) 부모/법적 보호자/공식 대리인입니다.

이 양식에 서명함으로써 본인은 MIF 에 대해 다음 정보를 받았음을 인정하는 바입니다.

1. MIF 를 관장하며 MIF 에 대한 기타 정보를 찾고 알아볼 수 있는 MIF 웹사이트(www.health.ny.gov/mif)에 접속하는 방법에 대한 정보.
2. MIF 의 "유자격 보건 관리 비용"에 대한 정의, 어떤 서비스, 항목, 장비, 등이 비용 지급을 위해 MIF 의 사전 승인을 요구하는 지에 대한 설명 등을 포함하는 MIF 규정집 책자, 그리고, MIF 가 사전 승인 클레임이나 요청을 거부할 경우, 다음 사항을 위한 나의 권리:
 - a. 자금 관리 담당 대리인과의 비공식 상담, 및/또는
 - b. 행정법 판사가 주재하는 정식 심리
3. 케이스 관리 절차에 대한 정보 및 가입자의 보건 관리에 관련된 요건에 의해 요구되는 대로 (가입자 이름) _____에게 배정된 MIF 케이스 관리자와의 주기적 전화 회의에 참여하기 위한 요구 사항. 본인은 또한 필요한 대로 어떻게 번역 서비스를 받는지와 그 서비스를 어떻게 요청하는지에 대해서도 안내를 받았습니다.
4. 가입자의 입원 절차를 위해 24 시간 안에 Public Consulting 그룹, 전화번호 1-855-NYMIF33(1-855-696-4333)으로 연락하는 방법.
5. MIF 에 따라 가입자의 보험에 대한 모든 질문이나 우려 사항을 위해 일반 근무 시간에 MIF 로 걸 수 있는 무료 전화번호. 그 번호는 1-855-NYMIF33(1-855-696-4333) 입니다.

날짜: _____

부모/법적 보호자/허가된 대리인의 서명

주소

부모/법적 보호자/허가된 대리인의 이름

전화 번호

증인 서명

주소

증인 이름

전화 번호