



Department of Health

Medical Indemnity Fund

Demann Revizyon pou Refi Otorizasyon Anvan sa

Ou dwe fè demann pou yon revizyon nan espas 30 jou apre w fin resevwa refi a

Non Manm NYMIF la: _____ Dat Jodi a ____/____/____

Identifyan Manm NYMIF la: Eta New York _____

Non Moun ki Soumèt Demann nan: _____

Siyati Moun ki Soumèt Demann nan: _____

Relasyon ak Manm nan: _____

Adrès Moun ki Mande Revizyon an:

Adrès Postal: _____

Vil: _____ Eta: _____ Kòd Postal: _____

Telefòn: _____

Dat Refi Otorizasyon an: ____/____/____

Tanpri presize atik yo refize ou ap chèche jwenn revizyon pou yo a:

Tanpri di pou ki rezon ou panse desizyon yo te pran an pa t kòrèk:

Anplis fòm sa a, ki lòt dokiman (si genyen) ou ajoute nan Demann pou Revizyon sa a?

Se yon ajan odyans ki pral fè revizyon an. Tanpri, di ki kalite revizyon ou ap mande a: (Tanpri, tcheke YOUN (1) sèlman)

- Yon revizyon ki baze sou dokiman toude pati yo te soumèt (ou menm ak Administratè Fon an)
- Yon revizyon sou fòm yon odyans ki fèt nan telefòn
- Yon revizyon sou fòm yon odyans ki fèt an pèsòn

Si ou vle yon odyans an pèsòn, èske w bezwen nenpòt amenajman ki rezonab?

Non: Wi: Tanpri eksplike: _____

Si ou vle yon odyans, èske w bezwen yon entèprèt epi si se wi, pou ki lang?

Non: Wi: Lang: _____

_____/_____/_____
Siyati **Dat**

Anplis yon revizyon fòmèl yon ajan odyans fè, ou kapab mande yon konferans enfòmèl avèk Administratè Fon an, Gwoup Konsiltasyon Piblik la. Si ou fè demann lan, nou ap pwograme yon konferans enfòmèl anvan revizyon fòmèl la.

Tanpri ranpli fòm sa a epi voye li tounen bay Gwoup Konsiltasyon Piblik la. Ou dwe fè demann pou yon revizyon fòmèl nan espas 30 jou apati lè ou resewa lèt refi a.

Tanpri voye fòm sa a bay:

Medical Indemnity Fund c/o PCG
P.O. Box 7315 Albany, N.Y. 12224