



NYS 의료 보장 기금 (MEDICAL INDEMNITY FUND, MIF) 신청서

가입 정보

(1) 신청자 성: _____ 이름: _____ 중간 이름: _____	(2) 사회 보장 번호 #: _____ (3) 생일: _____ / _____ / _____ (4) 성별: _____
(5) 길 주소: _____ 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____	
(6) 부모/보호자 이름: 전 화번호: 이메일 주소:	
(7) 진단 결과:	
(8) 사용 언어: <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 기타 _____	
(9) 신청자가 메디케이드 수혜자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
(10) 9번 질문의 응답이 예이면, 신청자의 메디케이드 번호를 제공하십시오:	

아래 11, 12 또는 13번 질문에 대한 응답 중 하나에라도 예가 해당하며, 다른 보건 관리 프로그램을 신청 또는 가입하기 위해 요청된 정보를 제공하셨으며, 그 정보가 여전히 유효하다면, 그 신청서 또는 가입 양식의 사본으로써 아래 질문에 대답하실 수 있습니다.

(11) 신청자가 조기 개입(Early Intervention), 유아원 지원 보건 서비스(Preschool Supportive Health Services) 및 Access-VR(이전에 VESID로 알려짐) 같은 다른 정부 프로그램에서 서비스를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
(12) 11번 질문에 대한 응답이 예이며, 신청자가 다른 프로그램에서 받는 서비스와 각 해당 프로그램에서 신청자를 담당하는 사람의 이름과 전화번호를 제공하십시오.
다른 모든 정부 프로그램에 연관된 보건 관리 보험 또는 변상에 관련된 근거 문서를 제출하십시오.



<p>(13) 신청자에게 다른 의료보험이 있습니까? <input type="checkbox"/>예 <input type="checkbox"/>아니오</p>
<p>(14) 13번 질문에 대한 응답이 예이면, 신청자가 가입된 보험회사의 이름, 주소 및 전화번호와 신청자를 대신해 클레임을 제출하는 데 사용된 가입자 또는 회원 번호를 제공하십시오.</p> <p>다른 의료보험에 관련된 다른 현재 모든 의료보험이나 배상의 근원이 되는 문서를 제공하십시오.</p>
<p>(15) 신청자를 대신해 정보를 받거나 제출하도록 허가된 모든 사람의 이름, 전화번호, 및 신청자와의 관계를 제공하십시오.</p>
<p>(16) 이 양식의 마지막 페이지에 신청자가 현재 보건 관리 서비스를 받고 있는 모든 제공자의 이름, 주소 및 전화번호를 제공하십시오. 이 정보를 (a) 다른 보건 관리 프로그램의 신청 또는 가입하는 일부로, 또는 (b) 의료 과오 소송의 일부로, 제공하였으며, 그 정보가 아직 유효하다면 이 요건을 충족하기 위해 이전의 신청서, 가입 양식 또는 그 양식의 관련 부분의 사본을 제출하실 수 있습니다.</p>
<p>(17) 신청 절차를 완료하려면, 다음 서류를 제출하십시오.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 합의 또는 판결에 인용된 모든 서류 및/또는 증거를 포함하여 신청자가 2011년 4월 1일 또는 그 이후에 출생 시 신경학적인 부상을 겪었음을 알게 되었거나 인정한 판결 또는 법원이 인정한 합의 문서의 공인 사본. ✓ 의료 정보의 공개 및 사용 허가 양식 ✓ 신청인의 일상 활동 및 일상생활의 수행 능력에 대한 진단과 영향을 포함한, 신청자의 출생 시 신경학적 부상의 특징과 정도에 관한 문서. 예: 인생 계획, 치료 담당 의사의 요약서 사본, 등. ✓ 펀드와 상호 작용할 권한을 부여받은 대리인이나 변호사를 지명 한 경우 해당 계약서 사본을 제공하십시오.



만약, 귀하가 신청자를 대신해서 이 양식을 제출하는 경우이면, 신청자와 관계에 대해 맞는 설명에 체크하십시오.

부모 당 소송 관련 보호자 의료 오류 소송의 피고인 보호자 변호사

신청인을 대신해 법적으로 신청이 허용된 부모 또는 다른 사람(들)의 이름, 주소 및 전화번호:

신청인을 대신해 법적으로 신청이 허용된 부모 또는 다른 사람의 서명

날짜



신청자의 현재 보건관리 제공자 목록:

이름	주소	전화번호	전문