





<p>(13) Покрывает ли Заявитель другую медицинскую страховку? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>
<p>(14) Если ответ на вопрос 13 является положительным, пожалуйста, укажите имя, адрес и номер телефона страховщика здоровья Заявителя и абонентский или членский номер, используемый для подачи претензий от лица Заявителя:</p> <p>Пожалуйста, предоставьте документацию всех других существующих источников здравоохранения, покрытых или возмещенных, относящуюся к государственным программам.</p>
<p>(15) Пожалуйста, укажите имя, номер телефона и кем приходится Заявителю каждое лицо, уполномоченное получать и предоставлять информацию от лица Заявителя:</p>
<p>(16) Пожалуйста, на последней странице этой формы укажите имя, адрес и номер телефона каждого поставителя услуг, от которого Заявитель получает услуги здравоохранения. Если вы запросили эту информацию при (а) поступлении или зачислении на другую программу медицинского обслуживания или в рамках (b) подачи иска о медицинской халатности, вы можете запросить копию предшествующей заявки или регистрационную форму или соответствующую часть такой формы, чтобы удовлетворить данное требование.</p>
<p>(17) Для завершения заявления, пожалуйста, предоставьте следующие документы:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Заверенная копия решения суда или одобренное судом решение, в которых оглашается или считается, что Заявителю были причинены неврологические травмы 1 апреля 2011 года или после, включая все документы и/или приложения, упомянутые в соглашении или решении</li><li>✓ Разрешение на предоставление и использование медицинской информации</li><li>✓ Документация относительно специфики и степени неврологического повреждения или травмы Заявителя, включая диагнозы и нагрузку на его деятельность в повседневной жизни, например: копия плана страхования жизни, краткое описание, предоставляемое лечащим врачом и т.д.</li><li>✓ В случае, если вы назначите уполномоченного представителя или адвоката для взаимодействия с Фондом, предоставьте копию этого соглашения.</li></ul>



Если вы подаете эту форму от лица Заявителя, пожалуйста, проверьте описание ваших отношений с Заявителем.

Родитель     Опекун по назначению суда     Обвиняемый в преступной халатности     Опекун   
Поверенный

Имя, адрес и номер телефона родителя или другого лиц(а), уполномоченного заявить от лица Заявителя:

---

Подпись родителя или другого законного лица, уполномоченного заявить от лица Заявителя

---

Дата



Список страховщиков текущего здоровья Заявителя:

Имя	Адрес	Телефон	специальность