Medical Indemnity Fund

# ФОНД МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НЬЮ-ЙОРКА (ФМС)ЗАЯВЛЕНИЕ

## ИНФОРМАЦИЯ О РЕГИСТРАЦИИ

| | |
|---|---|
| (1) Заявитель<br>Фамилия: Имя : Отчество: | (2) № страхового полиса: _____<br>(3) Дата рождения: / /<br>(4) Пол: |
| (5) Адрес: Город: Штат: Код: | |
| (6) Имя родителя/опекуна:<br>Телефон:<br>Почта: | |
| (7) Диагноз/Диагнозы: | |
| (8) Язык: ❑ Английский ❑Испанский ❑Другие _____ | |
| (9) Получает ли Заявитель бесплатную медицинскую помощь? ❑Да ❑ Нет | |
| (10) Если ответ на вопрос 9 положительный, пожалуйста, укажите номер Заявителя, получающего бесплатную медицинскую помощь: | |

**Если ответ на вопросы 11, 12 или 13 является положительным, (ответ должен быть положительным на все вопросы, перечисленные выше или на один из них), и вы запросили требуемую информацию в качестве заявления о принятии или внесении в список другой программы медицинской помощи, вы можете запросить копию предшествующей заявки или регистрационную форму для ответа на эти вопросы в течение того времени, пока информация является актуальной.**

| |
|---|
| (11) Получает ли Заявитель от любой другой государственной программы такие услуги, как услуги по лечебно-терапевтическому вмешательству в раннем детском возрасте, услуги по поддерживающей терапии дошкольников и услуги по предоставлению реабилитации и помощи людям с ограниченными возможностями?<br>❑Да ❑Нет |
| (12) Если ответ на вопрос 11 является положительным, пожалуйста, укажите какая(ие) программа(ы) предоставляют услуги Заявителю, а также имя и номер телефона представителя Заявителя для каждой такой программы.<br><br>Пожалуйста, предоставьте документацию всех других существующих источников здравоохранения, покрытия или возмещения расходов, связанную с государственными программами. |