



Department of Health

Medical Indemnity Fund

### 사전 승인 거부에 대한 요청 검토

검토 요청은 거부를 받은 날로부터 30일 이내에 이루어져야 합니다

**NYMIF 등록자 이름:** \_\_\_\_\_ 오늘 날짜 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NYMIF 등록자 ID:** \_\_\_\_\_ 뉴욕주 \_\_\_\_\_

**요청 제출자 이름:** \_\_\_\_\_

**요청 제출자 서명:** \_\_\_\_\_

**등록자와의 관계:** \_\_\_\_\_

*검토를 요청한 사람의 주소:*

**도로 주소:** \_\_\_\_\_

**시:** \_\_\_\_\_ **주:** \_\_\_\_\_ **우편번호:** \_\_\_\_\_

**전화:** \_\_\_\_\_

**승인 거부 날짜:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

검토를 요청하는 거부된 항목을 구체적으로 명시하십시오.

---

---

---

---

결정이 잘못되었다고 생각하는 이유를 기재하십시오.

---

---

---

---

이 양식 외에 이 검토 요청서에 포함할 문서(있는 경우)가 있습니까?

---

---

---

심리 담당관이 검토를 실시합니다. 요청하는 검토 유형을 표시하십시오. (하나만 선택하십시오)

- 양측 당사자(귀하 및 재무 관리자)가 제출한 문서를 기반으로 한 검토
- 전화로 진행되는 심리 형식의 검토
- 직접 진행하는 심리 형식의 검토

직접 심리를 진행하기를 원하는 경우 적당한 편의 시설이 필요하십니까?

아니요:  예:  설명하십시오. \_\_\_\_\_

심리를 원하는 경우, 통역사가 필요하십니까? 통역사가 필요하다면 어떤 언어를 사용하십니까?

아니요:  예:  언어: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
서명 날짜

심리 담당관의 공식적인 검토 외에도 재무 관리자인 **Public Consulting Group**(공공 컨설팅 그룹)과의 비공식 회의를 요청할 수 있습니다. 요청이 있는 경우, 공식적으로 검토하기 전에 비공식 회의 일정을 잡습니다.

이 양식을 작성하여 **Public Consulting Group**으로 보내주십시오. 공식적인 검토 요청은 거부 서신을 수령한 날로부터 30일 이내에 이루어져야 합니다.

이 양식을 다음 주소로 보내주십시오.

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