

关于申请被拒或提前批准被拒的复审请求 医疗赔偿基金 (Medical Indemnity Fund)

复审请求必须在收到拒绝之后的30天内提出。

代表提出要求(参与者姓名): _____

医疗赔偿基金 (MIF) 参与者ID号码: _____

提出复审请求的人员姓名: _____

提出复审请求的人员签名: _____

与参与者的关系: _____

提出复审请求的人员地址:

街道地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

日间电话: () _____ 邮箱地址: _____

被拒日期: _____

请详述您请求复审的被拒项目:

请阐述您认为所做决定不正确的原因:

除了这份复审请求表格, 您还将一同提供什么文件 (如有):

关于申请被拒或提前批准被拒的复审理求 医疗赔偿基金 (Medical Indemnity Fund)

复审将由一名听证官进行。请说明您所要求的复审类型：
(请只选择一个)

- 基于双方均提交文件的复审 (您与基金管理者)
 以电话听证会的形式进行复审, 或者
 以见面听证会的形式进行复审

如果您想以见面听证会的形式进行, 您是否需要任何合理的帮助?

否: 是: 请解释:

如果您需要一场听证会, 是否需要口译人员? 如需要, 何种语言?

否: 是: 语言: _____

签名

日期

除了由听证官进行的正规复审, 您还可以要求与基金管理者— **Public Consulting Group** 进行非正规的会议。如需要, 非正规会议将于正规复审之前进行安排。

请完成这份表格, **Public Consulting Group** 您的正规复审理求必须在收到拒绝信之后的30天内提出。

基金管理者: **Public Consulting Group**

请将此表格发送至

Medical Indemnity Fund c/o Public Consulting Group, Inc.
P.O. Box 7315
Albany, N.Y. 12224