

Просьба о пересмотре решения об отказе в ходатайстве или предварительном разрешении

Просьбы о пересмотре должны подаваться в течение 30 дней со дня получения Вами уведомления об отказе.

Запрос сделан от имени (Имя заявителя): _____

Регистрационный номер заявителя MIF: _____

Имя лица, подающего просьбу о пересмотре: _____

Подпись лица, подающего просьбу о пересмотре: _____

Отношение к заявителю: _____

Адрес лица, подающего просьбу о пересмотре:

Адрес проживания: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Рабочий телефон: () _____ Электронная почта: _____

Дата отказа: _____

Пожалуйста, перечислите пункты, по которым было отказано, и о пересмотре которых Вы ходатайствуете:

Пожалуйста, укажите причины, по которым, Вы считаете, решение было принято неправильно:

Какие дополнительные документы Вы прилагаете к настоящей Просьбе о пересмотре?



Просьба о пересмотре решения об отказе в ходатайстве или предварительном разрешении

Пересмотр будет производиться должностным лицом, слушающим дело. Пожалуйста, укажите, о каком виде пересмотра Вы ходатайствуете: (Пожалуйста, отметьте только один вид пересмотра.)

- пересмотр на основании документов, представленных обеими сторонами (Вами и Администратором фонда)
 пересмотр в виде слушания, проводимого по телефону, или
 пересмотр в виде слушания, проводимого лично.

Если Вы ходатайствуете о личном слушании, нуждаетесь ли Вы в каких-либо особых условиях, которые могут быть предоставлены?

Нет: Да: Пожалуйста, объясните:

Если Вы ходатайствуете о слушании, нужен ли Вам переводчик, и если да, то с какого языка?

Нет: Да: Язык: _____

Подпись

Дата

В дополнение к официальному пересмотру, проводимому уполномоченным лицом, Вы также можете ходатайствовать о неофициальном собеседовании с Администратором фонда, Public Consulting Group. В случае подачи ходатайства о неофициальном собеседовании, оно будет назначено на дату до официального пересмотра.

Пожалуйста, заполните это заявление и верните его Public Consulting Group. Просьба об официальном пересмотре должна быть подана Вами в течение 30 дней со дня получения уведомления об отказе.

Отправьте эту форму:

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