NEW YORK STATE | Medical Indemnity Fund

DEMANDE D'ADHÉSION AU FONDS D'INDEMNISATION MÉDICALE DE L'ÉTAT DE NEW YORK

(À imprimer)

INFORMATIONS D'INSCRIPTION

(1) Demandeur/demandeuse admissible Nom de famille : Prénom : Second prénom :	(2) Numéro de sécurité sociale : _____ (3) Date de naissance : / /
(4) Adresse : Ville : État : Code Zip :	
(5) Numéro de tél. : (5a) Nom du Parent/du Tuteur/de la Tutrice :	
(6) Diagnostic(s) :	
(7) Langue préférée : ❑anglais ❑espagnol ❑autre _____	
(8) Le demandeur ou la demandeuse admissible est-il/est-elle bénéficiaire de Medicaid ? ❑ Oui ❑ Non	
(9) Si la réponse à la question 8 est **OUI**, veuillez fournir le numéro Medicaid du demandeur/de la demandeuse admissible :	

Si vous avez répondu OUI à au moins l'une des questions 10, 11 ou 12 ci-dessous et que vous avez déjà fourni les informations requises pour adhérer ou vous inscrire à un autre programme de soins de santé, vous pouvez soumettre une copie du formulaire d'inscription ou d'adhésion concerné pour répondre à ces questions, dans la mesure où les informations inscrites sur ce formulaire sont toujours valides.

(10) Le demandeur/La demandeuse admissible bénéficie-t-il/elle des services de tout autre programme gouvernemental tel que Early Intervention (intervention précoce), Preschool Supportive Health Services (services de santé préscolaires) and Access-VR (anciennement nommé VESID) ? ❑ Oui ❑ Non
(11) Si vous avez répondu **OUI** à la question 10, veuillez expliquer quels services les autres programmes fournissent au demandeur/à la demandeuse admissible et donner le numéro de téléphone du contact du demandeur/de la demandeuse dans chacun de ces programmes.

NEW YORK STATE | Medical Indemnity Fund

(12) Le demandeur/La demandeuse admissible est-t-il/elle couvert(e) par une autre assurance santé ? ❑ Oui ❑ Non

(13) Si vous avez répondu **OUI** à la question 12, veuillez fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'assurance santé du demandeur/de la demandeuse admissible ou le numéro d'adhérent utilisé pour soumettre les demandes de remboursement au nom du demandeur/de la demandeuse.

(14) Veuillez joindre une copie certifiée du jugement ou du règlement du tribunal confirmant que le demandeur/la demandeuse admissible a subi des lésions neurologiques au moment de la naissance, survenues le 1er avril 2011 ou après cette date.

(15) **Sur la dernière page de ce formulaire**, veuillez donner les nom, adresse et numéro de téléphone de chaque prestataire fournissant actuellement des services de santé au demandeur/à la demandeuse admissible. Si vous avez soumis ces informations dans le cadre (a) d'une demande d'adhésion ou d'inscription à un autre programme de santé ou (b) d'une action en justice concernant une erreur médicale, et que ces informations sont toujours valides aujourd'hui, vous pourrez soumettre un exemplaire du formulaire d'application ou d'inscription concerné, ou seulement une section dudit formulaire, de manière à répondre à cette question.

Si vous soumettez ce formulaire au nom du demandeur/de la demandeuse admissible, veuillez cocher la case correspondant à votre relation avec le demandeur/la demandeuse.

Parent ❑ Tuteur/Tutrice à l'instance ❑ Défendeur dans une action en justice pour erreur médicale ❑ Tuteur/tutrice ❑ Avocat(e) ❑

Nom, adresse et numéro de téléphone du parent ou de toute autre personne légalement autorisée à émettre une demande au nom du demandeur/de la demandeuse admissible :

_____

Signature du parent ou de toute autre personne légalement autorisée à émettre une demande au nom du demandeur/de la demandeuse admissible

_____

Date

Liste des prestataires de santé actuels du demandeur/de la demandeuse admissible :

Nom _____ Adresse _____ Téléphone _____