NEW YORK STATE | Medical Indemnity Fund

NYS APLIKASYON FON ENDAMNITE MEDIKAL (MIF)

(Tanpri Lèt Detache)

ENFÒMASYON ENSKRIPSYON

(1) Pleyan Kalifye Non Fanmi: Premye non: Dezyèm Non:	(2) # Sosyal Sekirite: _____ (3) Dat Nesans: / /
(4) Adrès: Vil: Eta: Kòd Postal:	
(5) Nimewo Telefòn: (5a) Non Paran/Gadyen:	
(6) Dyagnostik/Dyagnostik yo:	
(7) Langaj Prefere: ❑Angle ❑Panyòl ❑Lòt _____	
(8) Èske Pleyan Kalifye a se yon benefisyè Medicaid? ❑ Wi ❑ Non	
(9) Si repons kesyon 8 la se **WI**, tanpri bay Nimewo Medicaid Pleyan Kalifye a:	

Si repons nenpòt nan kesyon 10, 11 oswa 12 anba a se WI e ou te soumèt enfòmasyon yo te mande yo kòm pati aplikasyon pou oswa enskripsyon nan yon lòt pwogram swen sante, ou kapab soumèt yon kopi premye aplikasyon an oswa fòm enskripsyon an pou w reponn kesyon sa yo osi lontan ke enfòmasyon an toujou kouran.

(10)Èske Pleyan Kalifye a resevwa sèvis nan nenpòt lòt pwogram gouvènman tankou Entèvansyon Bonè, Sèvis Sante Sipò Lekòl Matènèl ak Access-VR (ki te rele anvan VESID)? ❑ Wi ❑ Non
(11)Si repons kesyon 10 se WI, tanpri bay lòt pwogram ki founi Pleyan Kalifye a sèvis ak nimewo telefòn ak non moun pou kontakte pou chak pwogram sa yo.

NEW YORK STATE | Medical Indemnity Fund

(12)Èske Pleyan Kalifye a gen lòt pwoteksyon asirans sante? ❑wi ❑ Non

(13) Si repons kesyon 12 se **WI,** tanpri bay non, adrès ak nimewo telefòn konpayi asirans sante Pleyan Kalifye a ak nimewo abònen oswa rapòte yo te itilize pou soumèt reklamasyon yo sou non Pleyan Kalifye a:

(14) Tanpri mete yon kopi sètifye jijman an oswa règleman tribinal-apwouve ki te jwenn oswa jije ke Pleyan Kalifye a te sibi yon aksidan newolojik ki gen rapò ak nesans nan oswa apre 1ye Avril 2011.

(15)Tanpri bay non, adrès ak nimewo telefòn chak founisè kote Pleyan Kalifye a ap resevwa sèvis swen sante aktyèlman, **nan dènye paj fòm sa a**. Si wap soumèt enfòmasyon sa a kòm (a) pati yon aplikasyon pou enskripsyon nan yon lòt pwogram swen sante oswa (b) kòm pati nan yon pwosè neglijans medikal epi enfòmasyon an toujou kouran, ou kapab soumèt yon kopi premye aplikasyon an oswa fòm enskripsyon oswa pòsyon enpòtan nan fòm sa a pou satisfè egzijans sa a.

Si wa p soumèt fòm sa a sou non Pleyan Kalifye a, tanpri tcheke deskripsyon ki apwopriye a nan relasyon w avèk Pleyan Kalifye a.

Paran ❑ Gadyen Reprezantan ❑Akize nan aksyon neglijans medikal ❑Gadyen ❑Avoka ❑

Non, Adrès, ak nimewo telefòn Paran oswa Lòt Moun ki Legalman Otorize pou Aplike sou Non Pleyan Ki Kalifye a:

_____

Siyati Paran oswa lòt Moun ki Legalman Otorize pou Aplike sou Non Pleyan ki Kalifye a

_____

Dat

Lis Founisè Swen sante aktyèl Pleyan Kalifye an:

Non _____ Adrès _____ Nimewo Telefòn _____