



**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL NEW YORK STATE MEDICAL
INDEMNITY FUND (MIF)**

(scrivere in stampatello)

REGISTRAZIONE

(1) Attore qualificato Cognome: del secondo nome:	Nome: Iniziale	(2) Numero di sicurezza sociale: _____
		(3) Data di nascita: / /
(4) Indirizzo: Via	Città:	Stato: CAP:
(5) Numero di telefono:		
(5a) Cognome e nome del genitore/tutore:		
(6) Diagnosi:		
(7) Lingua preferita: <input type="checkbox"/> Inglese <input type="checkbox"/> Spagnolo <input type="checkbox"/> Altro _____		
(8) L'attore qualificato riceve Medicaid? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
(9) In caso di risposta affermativa alla domanda 8, fornisca il numero di Medicaid dell'attore qualificato:		

Se la risposta ad una delle successive domande 10, 11 o 12 è affermativa e lei ha presentato le informazioni richieste per fare domanda di iscrizione ad un altro programma sanitario, può presentare una copia della domanda precedente per rispondere alle domande indicate, purché tali informazioni siano tuttora correnti.

(10) L'attore qualificato riceve servizi da un qualsiasi programma governativo, tipo Early Intervention, Preschool Supportive Health Services ed Access-VR (conosciuto in passato come VESID)? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
(11) Se la risposta alla domanda 10 è affermativa , indichi quale altro programma or programmi forniscono servizi all'attore qualificato ed il nome ed il numero di telefono del contatto dell'attore qualificato per ciascun programma.
(12) L'attore qualificato ha un'altra assicurazione sanitaria? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No



(13) Se la risposta alla domanda 12 è affermativa, indichi il nome, l'indirizzo ed il numero di telefono dell'assicurazione sanitaria dell'attore qualificato o il numero di iscrizione usato per presentare richieste per conto di quest'ultimo:

(14) Alleghi una copia certificata della sentenza o della composizione approvata dal tribunale con la quale si giudica o attesta che l'attore qualificato ha sostenuto una lesione neurologica alla nascita in data primo aprile 2011 o successiva.

(15) **Indichi sull'ultima pagina di questo modulo** il nome, indirizzo ed il numero di telefono di ciascun fornitore dal quale l'attore qualificato stia ricevendo correntemente servizi sanitari. Se ha già presentato queste informazioni (a) per fare domanda o iscriversi ad un altro programma sanitario o (b) nel contesto di una causa legale per negligenza medica e purché le informazioni siano correnti, può soddisfare il presente requisito presentando una copia completa o della porzione rilevante della domanda o del modulo precedente

Se sta presentando questo modulo per conto dell'attore qualificato, spunti l'appropriata descrizione del suo rapporto con quest'ultimo.

Genitore Tutore legale Convenuto in una causa per negligenza Tutore Avvocato

Nome, indirizzo e numero telefonico del genitore o di chi sia legalmente autorizzato a presentare domande per conto dell'attore qualificato:

Firma del genitore o di altra persona legalmente autorizzata a presentare domande per conto dell'attore qualificato

Data

Elenco dei fornitori correnti di assistenza sanitaria dell'attore qualificato:

Nome _____ Indirizzo _____ Numero di telefono _____