NEW YORK STATE | Medical Indemnity Fund

뉴욕주 의료배상기금 (MIF) 신청서

(출력/프린트하십시오)

등록 정보기재사항

(1) 자격요건이 되는 신청인 이름의 성: 본인 이름(퍼스트 네임): 중간이름(미들 네임):	(2) 미 사회보장(소셜)번호#: _____ (3) 생년월일: / / (월/일/연)
(4) 집주소/거리번호와 거리 이름 시 주 짚코드	
(5) 전화번호: (5a) 부모/보호인, 후견인 이름:	
(6) 진단이 나온 병명(진단으로 나온 모든 사항들):	
(7) 해당하는 언어표시: ❑ 영어 ❑스페인어 ❑기타 다른 언어 _____	
(8) 자격요건이 되는 신청인이 메디케이드 혜택을 받고 있습니까? ❑ 네 ❑ 아니오	
(9) 8 번 질문사항에 **네**, 라고 대답하셨으면, 자격요건이 되는 신청인의 메디케이드 번호를 써주십시오:	

위 10 번, 11 번 그리고 12 번 질문사항 밑에 "네"라고 답변하시고 또한 본 신청등록을 할 때 혹은 다른 건강보험 프로그램 등록 시 요청서류를 제출하셨으면, 본 서류 질문사항에 답변할 수 있는 이 전에 제출하신 신청서나 등록양식 서류 사본을 제출하셔도 됩니다. 단지, 기재사항은 모두 최근 정보이어야 합니다.

(10) 자격요건이 되는 신청인이 얼리 인터벤션(Early Intervention)이나 초등학교 전 지원 건강서비스(프리스쿨 서포티브 헬스 서비스-Preschool Supportive Health Services) 또는 Access-VR (이 전에는 VESID 로 칭하였음)과 같은 혜택을 다른 미국 정부기관으로 받았습니까? ❑ 네 ❑ 아니오
(11) 10 번 질문사항에 대한 답변이 "네"인 경우, 자격요건이 되는 신청인과 관련 혜택을 받은 적이 있는 모든 기타 다른 서비스 프로그램의 이름, 해당 프로그램 담당자들의 이름과 전화번호를 써주십시오.

(12) 자격요건이 되는 신청인이 가입한 다른 건강보험이 있습니까? ❑ 네 ❑ 아니오

(13) 12 번 질문사항에 대한 답변이 "**네**"인 경우**,** 청구/클레임을 제출했을 당시 사용한 해당 보험회사나 에이전트 이름(혹은 기관명), 주소, 전화번호 또 가입자 번호를 기재하십시오:

(14) 자격요건이 되는 신청인이 2011 년 4 월 1 일 전후 출생과 관련하여 신경계통의 상해을 입은 경우, 해당 법정판결문, 법정승인 합의서 문서의 공증된 사본을 첨부하십시오.

(15) 자격요건이 되는 신청인이 현재 치료를 받고 있는 모든 의사/병원들의 이름, 전화번호를 **본 양식 서류 맨 마지막 장**에 기재해 주십시오. 의료/건강서비스 프로그램(a) 혹은 의료과실 법적소송(b)과 관련 신청이나 등록을 하면서 그것과 관련된 정보사항을 기재하고 또 이런 관련 정보들이 지금도 다 맞으면, 이 전에 한 신청 및 등록 양식이나 본 요구사항에 부합하는 관련된 양식의 해당 부분을 제출하셔도 됩니다.

자격요건이 되는 신청인을 대신하여 이 양식을 제출하시는 경우, 자격요건이 되는 신청인과 본인과의 관계에 대해 다음 중 맞는 것에 표시하십시오 .

부모 ❑ 소송 후견인 ❑ 의료과실 소송의 피고 ❑ 후견인 ❑ 변호사 ❑

자격요건이 되는 신청인을 대신/대표해 신청할 수 있도록 합법적으로 승인받은 부모 및 기타 다른 사람의 이름, 주소 또 전화번호:

_____

자격요건이 되는 신청인을 대신해 합법적으로 승인된 학부형이나 기타 다른 사람의 서명

_____

날짜

자격요건이 되는 신청인이 가입해 있는 현 건강보험회사/기관 명단:

보험/기관명 ____ 주소 _____ 전화번호 _____