

의료배상기금

검토 요청서는 거절 통지를 받고 30일내에 제출해야 합니다.

기재사항은 인쇄체로 명확하게 기재하십시오. 기재사항을 전부 다 정확하게 기재하시면 검토를 더 신속하게 할 수 있습니다.

등록된 사람 이름: _____

의료배상기금에 등록된 사람 이름ID #: _____

검토 요청을 하는 사람의 이름 (위와 다르면): _____

등록된 사람과의 관계 : 부모 ___ 보호자 ___ 승인된 대리인 ___ (이 경우, 승인에 대한 증명서를 주십시오)

검토 요청을 하는 사람의 주소:

거리명/번지: _____

시: _____ 주: _____ zip코드: _____

전화 연락처 (낮): () _____ 이메일 주소: _____

거절된 날짜: _____

검토 요청을 원하는 거절사항을 구체적으로 기재하십시오:

여기에 대한 결정이 잘못되었다고 생각하시는 이유를 기재하십시오:

본 검토 요청서와 함께 추가로 첨부 및 동봉된 서류가 어떤 것(있는 경우) 입니까?

의료배상기금

청문 담당자가 검토를 할 것입니다. 어떤 종류의 검토를 요청하시는 지 다음에 기재하십시오:
(단 한가지만 표시하십시오.)

- 양 당사자측이 (귀하와 기금담당기관) 제출한 서류들을 기반으로 검토
 전화 상으로 진행된 형식의 청문 인터뷰 서류 검토, 혹은
 개인적으로 직접 청문 면담한 형식의 서류 검토.

개인적 청문 면담을 원하실 경우, 합당한 편의 제공을 필요로 하십니까?

아니오: 네: 설명하십시오:

청문 면담을 원하실 경우, 통역관이 필요하십니까, 어떤 언어입니까?

아니오: 네: 언어: _____

서명

날짜

청문 담당자와의 공식 청문 면담에 추가해, 귀하는 기금담당기관인 알리케어(AliCare)와 비공식 회의를 갖도록 요청하실 수 있습니다. 이것이 요청되면, 공식 검토에 앞서 비공식 회의가 예정됩니다.

본 양식을 다 기재, 작성하시고 기금담당기관인 알리케어(AliCare)에 제출하십시오. 공식 검토에 대한 요청은 거절서를 받으시고 30일 내에 하셔야 합니다.

기금담당기관: 알리케어(AliCare)

- 이메일: MIF@dfs.ny.gov
- 팩스: 914-367-4138

일반 우편:

NYS Medical Indemnity Fund
c/o AliCare
P.O. Box 5441
White Plains, NY 10602-5441

긴급 택배 및 우송:

NYS Medical Indemnity Fund
c/o AliCare
333 Westchester Avenue
White Plains, NY 10604

의료배상기금 검토 절차를 관할하는 법규정은 제 10조 뉴욕법 규정 및 법칙 69-10.16항(10 NYCRR § 69-10.16.)을 참조하십시오. 본 항목의 사본이 첨부되었습니다.