Фонд помощи пострадавшим от неврологических родовых травм штата Нью-Йорк

ФОРМА ПОДТВЕРЖДЕНИЯ

Я, _____ (Ф.И.О.) , являюсь (нужное подчеркнуть) родителем/опекуном/официальным представителем _____ (Ф.И.О.), клиента Фонда помощи пострадавшим от неврологических родовых травм штата Нью-Йорк («Фонда»).

С подписанием настоящей формы я подверждаю получение нижеперечисленных сведений о Фонде:

1. Сведения о порядке выхода на сайт Фонда (www.dfs.ny.gov /mif), где размещены нормативные акты, регулирующие деятельность Фонда, и прочие сведения

2. Копию нормативных актов Фонда, где содержится определение «оплачиваемых медицинских расходов», перечень услуг, товаров, оборудования и пр., требующих предварительного разрешения Фонда в качестве условия оплаты, а также сведения о моих правах на следующее в случае отказа в оплате какой-либо страховой претензии либо в удовлетворении запроса о предварительном разрешении Фонда:

   a. Неофициальные переговоры с представителем администратора Фонда и/или
   b. Официальное рассмотрение дела в административном суде.

3. Сведения о порядке координации медицинских услуг и требовании о периодических телефонных переговорах с координатором Фонда, прикрепленным к _____(Ф.И.О. клиента), исходя из потребности клиента в услугах медицинского обслуживания. Я также был уведомлен(а) о доступе к услугам переводчика и порядке запроса о предоставлении таких услуг по необходимости.

4. Указания о необходимости уведомить компанию «АлиКер» по телефону 1-855-NYMIF33 (1-855-696-4333) в течение 24 часов после начала стационарного лечения клиента в какой-либо больнице.

5. Номер телефона Фонда для бесплатных звонков в обычное рабочее время для обсуждения каких-либо вопросов или проблем, которые могут возникнуть у меня в связи с медицинским обслуживанием клиента в Фонде. Номер телефона Фонда: 1-855-NYMIF33 (1-855-696-4333).

Дата: _____

_____

Ф.И.О. родителя/опекуна/уполномоченного представителя

_____

Подпись свидетеля