ЗАЯВКА В ФОНД ВОЗМЕЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ (MIF) ШТАТА НЬЮ-ЙОРК

(Заполнять печатными буквами)

ИНФОРМАЦИЯ О ЗАЧИСЛЕНИИ

(1) Правомочный истец Фамилия: Имя: Среднее имя (отчество):	(2) № карточки соцстраха _____ (3) Дата рождения: / /
(4) Почтовый адрес: Город: Штат: Почтовый код Zip:	
(5) № телефона: (5a) Фамилия родителя или опекуна:	
(6) Диагноз / диагнозы:	
(7) Предпочтительный язык: ❑ английский ❑ испанский ❑ другой_____	
(8) Является ли Правомочный истец участником программы Medicaid? ❑ Да ❑ Нет	
(9) Если на предыдущий вопрос дан ответ **ДА**, пожалуйста, укажите номер Правомочного истца в программе Medicaid:	

Если на любой из следующих вопросов 10, 11 или 12 будет дан ответ ДА, и если вы ранее представили требуемую информацию в заявке или форме зачисления в другую программу медицинского страхования, то в качестве ответа на эти вопросы Вы можете представить копию предыдущей заявки или формы зачисления, если приведенная там информация не изменилась.

(10) Пользуется ли Правомочный истец услугами любой другой государственной программы, такой как Early Intervention (Раннее вмешательство), Preschool Supportive Health Services (Дошкольная медицинская поддержка) и Access-VR (Восстановление трудоспособности для взрослых, ранее называлась VESID (Профессиональное обучение и образование для инвалидов))? ❑ Да ❑ Нет
(11) Если на вопрос 10 дан ответ **ДА**, пожалуйста, укажите программу или программы, предоставляющие услуги для Правомочного истца, а также фамилию и номер телефона контактного лица для Правомочного истца в каждой такой программе.

(12) Покрывается ли Правомочный истец другим планом медицинского страхования? ❑ Да ❑ Нет

(13) Если на вопрос 12 дан ответ **ДА**, пожалуйста, укажите фамилию, адрес и номер телефона программы медицинского страхования Правомочного истца и его номер подписчика или членский номер, используемый для представления от имени Правомочного истца требований о выплате страхового покрытия:

(14) Пожалуйста, приложите заверенную копию судебного постановления или утвержденного в судебном порядке соглашения об урегулировании, в котором устанавливается или подразумевается, что Правомочный истец получил родовую неврологическую травму 1 апреля 2011 года или впоследствии.

(15) Пожалуйста, укажите **на последнем листе этой формы** фамилию, адрес и номер телефона каждого поставщика услуг, от которого Правомочный истец в настоящее время получает медицинские услуги**.** Если Вы ранее представили эту информацию: (а) в заявке или форме зачисления в другую программу медицинского страхования, или (б) в ходе судебного процесса о врачебной халатности, и эта информация не изменилась, то для выполнения этого требования Вы можете представить копию предыдущей заявки или формы зачисления, либо соответствующую часть такой формы.

Если Вы представляете эту форму от имени Правомочного истца, пожалуйста, отметьте соответствующее описание характера Ваших отношений с ним.

Родитель ❑ Опекун – представитель в судебном деле ❑ Ответчик по делу о врачебной халатности ❑ Опекун ❑ Адвокат ❑

Фамилия, адрес и номер телефона родителя или других лиц, имеющих юридические полномочия на подачу заявки от имени Правомочного истца:

_____

Подпись родителя или других лиц, имеющих юридические полномочия на подачу заявки от имени Правомочного истца

_____

Дата

Перечень действующих квалифицированных поставщиков медицинских услуг для Правомочного истца:

Наименование (либо фамилия и имя) _____

Адрес _____ № телефона _____