

**Нью йоркский фонд “Medical Indemnity Fund”  
 Бланк заявки на компенсацию затрат**

Имя заявителя: \_\_\_\_\_ Регистрационный номер заявителя #: \_\_\_\_\_

*Пометьте галочкой квадраты, которые относятся к каждой перечисленной ниже услуге*

Дата предоставления услуги	Наименование услуги	Доплата Франшиза Сострахование (обведите все правильные ответы)	Терапия	По рецепту/ без рецепта	Медицинское оборудование длительного пользования	Уход	Отдых	Прочее	Стоимость услуги
									\$
									\$
									\$
									\$
									\$
									\$
									\$

**ВСЕ ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРИЛОЖЕНЫ**

**ИТОГО ЗАТРАТ \$ \_\_\_\_\_**

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ПРИВЕДЕННАЯ ВЫШЕ ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ДОСТОВЕРНОЙ, И ЧТО НИ ОДНА ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВЫШЕ ЗАТРАТ НЕ БЫЛА СКОМПЕНСИРОВАНА В КАКОМ-ЛИБО РАЗМЕРЕ ИЗ КАКОГО-ЛИБО ДРУГОГО ИСТОЧНИКА И НЕ ПОДЛЕЖИТ КОМПЕНСАЦИИ ИЗ КАКОГО-ЛИБО ДРУГОГО ИСТОЧНИКА В БУДУЩЕМ.

Отношение к заявителю: \_\_\_\_\_

Имя печатными буквами: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_