New York State

Фонд помощи пострадавшим от неврологических родовых травм

Заполненную форму и квитанции следует направить по следующему адресу:

NYS Medical Indemnity Fund
c/o AliCare
P.O. Box 5441
White Plains, NY 10602-5441
Fax: (212)844-7796

Фонд помощи пострадавшим от неврологических родовых травм штата Нью-Йорк
Форма запроса на возмещение расходов на переезд

Ф.И.О. клиента: _____

Порядковый номер клиента #: _____

Цель поездки (укажите имя(имена) лиц, сопровождавших клиента в поездке) _____

Нужное подчеркнуть

Даты поездки	Тип транспорта *(нужное обвести)* Авто, фургон, поезд, авиатранспорт, машина скорой помощи	Приведите подробные сведения о месте требуемой ночевки (по необходимости)	Приведите подробные сведения о необходимых расходах на горючее	Приведите подробные сведения о прочих расходах, связанных с поездкой	Сумма
					$
					$
					$
					$
					$
					$
					$

ВСЕ КВИТАНЦИИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРИЛОЖЕНЫ К НАСТОЯЩЕМУ ЗАПРОСУ

ИТОГО $_____

НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ВЫШЕУКАЗАННОЕ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ, И ЧТО ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ РАСХОДЫ НЕ БЫЛИ КОМПЕНСИРОВАНЫ ИЗ КАКИХ-ЛИБО ДРУГИХ ИСТОЧНИКОВ, И ЧТО ИХ ПОЛУЧЕНИЕ ИЗ ДРУГИХ ИСТОЧНИКОВ НЕ НАХОДИТСЯ В ПРОЦЕССЕ ОБРАБОТКИ

Статус применительно к клиенту Фонда: _____ **Ф.И.О. прописью**: _____

Дата: _____ **Дата**: _____