



Fondo de Indemnización Médica

CONSTANCIA

Yo, _____, (**por favor marque la designación apropiada**) padre/madre /tutor/
representante legal de/para _____, quien se encuentra inscrito en el Fondo de
Indemnización Médica del estado de Nueva York (“MIF”).

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido la siguiente información acerca del MIF:

1. La información respecto de cómo obtener acceso al sitio de la red del MIF (www.dfs.ny.gov/mif) en el cual se pueden encontrar y vevisar las reglas que rigen el MIF y otra información acerca del MIF.
2. Una copia impresa de las reglas del MIF, que contiene la definición del MIF de “los costos del cuidado de salud elegibles”, que establece qué servicios, artículos, equipos, etc. requieren aprobación previa del MIF como una condición del pago, y mi derecho en caso de cualquier negativa a un reclamo o petición de aprobación previa por el MIF, para:
 - a. Una reunión informal con un representante del administrador del Fondo y/o
 - b. Una evaluación formal con un juez de derecho administrativo.
3. La información respecto del proceso de administración del caso y el requisito de que participe en conversaciones telefónicas periódicas del caso con el administrador del caso del MIF asignado a (Nombre **del inscrito**) _____, según se requiera para las necesidades relacionadas con el cuidado de su salud. También he sido informado acerca de la disponibilidad de servicios de interpretación según se necesite y cómo pedir tales servicios.
4. Las instrucciones para contactar a AliCare al 1-855-NYMIF33 (1-855-696-4333) dentro de las 24 horas de cualquier admisión hospitalaria del inscrito.
5. El número de teléfono gratuito del MIF que puedo llamar durante las horas normales de trabajo con cualquier pregunta o inquietud que puedo tener respecto de la cobertura del inscrito bajo el MIF. Ese número es 1-855-NYMIF33 (1-855-696-4333).

Fecha: _____

Nombre del padre/madre/tutor o representante legal.

Firma del testigo