



SOLICITUD PARA EL FONDO DE INDEMNIZACIÓN MÉDICA (MIF) DEL ESTADO DE NY

(Por favor use letra imprenta)

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

(1) Demandante calificado Apellido: Primer nombre: Segundo nombre:	(2) Núm. de seguro social: _____
(4) Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:	(3) Fecha de nacimiento: / /
(5) Teléfono:	
(5a) Nombre del padre/madre/tutor:	
(6) Diagnóstico(s):	
(7) Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
(8) ¿El demandante calificado recibe Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
(9) Si la respuesta a la pregunta 8 es SÍ , proporcione el número de Medicaid del demandante calificado:	

Si la respuesta a cualquiera o a todas las preguntas 10, 11 o 12 a continuación es SÍ y ha entregado la información requerida como parte de solicitar o inscribirse en otro programa de cuidados de salud, puede entregar una copia del formulario de solicitud o inscripción anterior para contestar estas preguntas, siempre y cuando toda la información esté vigente.

(10) ¿Recibe el demandante calificado servicios de otro programa de gobierno como Intervención temprana (Early Intervention), Servicios de salud de apoyo para preescolar (Preschool Supportive Health Services) y Acceso-VR (Access-VR) [anteriormente conocido como VESID]? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
(11) Si la respuesta a la pregunta 10 es SÍ , indique el o los otros programas que le proporcionan servicios al demandante calificado y el nombre y número de teléfono de la persona de contacto del demandante calificado para cada programa.



(12) ¿Cuenta el demandante calificado con otro seguro de salud? Sí No

(13) Si la respuesta a la pregunta 12 es **Sí**, proporcione el nombre, dirección y teléfono del asegurador de salud del demandante calificado y el número de suscriptor o membresía que se usa para hacer reclamos a nombre del demandante calificado:

(14) Anexe una copia certificada del dictamen o acuerdo aprobado por el tribunal donde se indica que el demandante calificado recibió una lesión neurológica durante el parto en o después del 1 de abril de 2011.

(15) Proporcione el nombre, dirección y teléfono de cada proveedor que le da servicios de cuidados de salud al demandante calificado, **en la última página de este formulario**. Si ha entregado esta información como (a) parte de una solicitud o inscripción en otro programa de cuidados de la salud o (b) como parte de una demanda por mala praxis médica y la información todavía está vigente, puede entregar una copia del formulario de solicitud o inscripción anterior o la parte relevante de dicho formulario para satisfacer este requerimiento.

Si está entregando este formulario a nombre de un demandante calificado, marque la descripción adecuada de su relación con el demandante calificado.

Padre/madre Tutor *Ad Litem* Demandado en una acción por mala praxis Tutor Abogado

Nombre, dirección y teléfono del padre/madre u otra persona legalmente autorizada para solicitar a nombre del demandante calificado:

Firma del padre/madre u otra persona legalmente autorizada para solicitar a nombre del demandante calificado

Fecha

Lista de los proveedores actuales de cuidados de la salud del demandante calificado

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____