



**Заявление**

Я, \_\_\_\_\_, (Пожалуйста, подчеркните подходящее именование)  
Родитель/Опекун/Доверенное лицо/ \_\_\_\_\_, который(ая) является зачисленным в  
Фонд Медицинского Страхования (ФМС).

Подписывая данную форму, я подтверждаю, что получил следующую информацию о ФМС:

1. Информация, касающаяся доступа к сайту ФМС ([www.health.ny.gov/mif](http://www.health.ny.gov/mif)), где можно найти и просмотреть свод правил, установленный ФМС и другую информацию о ФМС.
2. Печатный экземпляр свода правил ФМС, содержащий определение ФМС как "правомерной стоимости здравоохранения", сообщает какие услуги, средства, оборудование и т.д. требуют предварительного одобрения от ФМС в качестве условия платежа и моего права при любом отказе от претензии или просьбы о предварительном одобрении ФМС:
  - a. Неофициальная конференция с официальным представителем фонда и/или
  - b. официальное рассмотрение судьей по административным делам.
3. Информация о ведении пациентов и требование о том, что я принимаю участие в периодических телефонных конференциях с назначенным специалистом ФМС по ведению пациентов (Имя зачисленного) \_\_\_\_\_ в соответствии с зачисленного медицинскими потребностями. Мне также сообщили о наличии переводческих услуг по мере необходимости и о том, как запросить такие услуги.
4. Инструкции по обращению в Public Consulting Group по телефону 1-855-NYMIF33 (1-855-696-4333) в течение 24 часов после госпитализации зачисленного.
5. Бесплатный номер телефона ФМС, по которому я могу позвонить в обычное рабочее время с любыми вопросами или проблемами, которые могут возникнуть у меня по поводу страхования зачисленного. Номер 1-855-NYMIF33 (1-855-696-4333).

Дата: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

подпись родителя/законного опекуна/уполномоченного представителя

\_\_\_\_\_

адрес

\_\_\_\_\_

Имя родителя/законного опекуна/уполномоченного представителя

\_\_\_\_\_

номер телефона

---

Заверенная подпись

адрес

---

Заверенная Имя

номер телефона