



纽约州医疗赔偿基金申请

登记信息

(1) 申请人 姓氏: 名字: 中间名:		(2) 社会安全号码: _____
		(3) 出生日期: / /
		(4) 性别: 男 / 女 / X 性别
(5) 街道地址:	城市:	州: 邮编:
(6) 家长/监护人姓名: 电话号码: 电子邮件地址:		
(7) 诊断:		
(8) 首选语言: <input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 西班牙语 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
(9) 申请人是否为 Medicaid 领取人? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
(10) 如果问题 9 的回答为“是”，请提供申请人的 Medicaid 编号:		

如果以下问题 11、12 或 13 中的任何一个或所有问题的回答为“是”，并且您在申请或登记其他医疗保健计划的过程中已提交所要求的信息，只要该信息仍然是最新的，您就可以提交先前申请或登记表格的副本来回答这些问题。

(11) 申请人是否正在接受任何其他政府计划的服务，例如 Early Intervention、Preschool Supportive Health Services 和 Access-VR（以前称为 VESID）? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
(12) 如果问题 11 的回答为“是”，请提供向申请人提供服务的其他一个或多个计划以及申请人在每个此类计划中的联系人姓名和电话号码。
请提供与政府计划有关的所有其他现有医疗保险或报销来源的证明文件。



(13) 申请人是否投保了其他医疗保险? 是 否

(14) 如果问题 13 的回答为**是**，请提供申请人医疗保险公司的名称、地址和电话号码，以及用于代表申请人提交索赔的订购者或会员编号：

请提供与其他医疗保险有关的所有其他现有医疗保险或报销来源的证明文件。

(15) 请提供获得授权以代表申请人获取和提交信息的所有人员的姓名、电话号码以及与申请人的关系：

(16) 请**在本表格的最后一页**提供申请人目前正在接受医疗保健服务的所有提供者的姓名、地址和电话号码。如果您在 (a) 申请或登记其他医疗保健计划的过程中或 (b) 医疗事故诉讼的过程中已提交此信息，且该信息仍然是最新的，则您可以提交先前申请或登记表格的副本或此类表格的相关部分来满足此要求。

(17) 为完成您的申请，请提供以下文件：

- ✓ 发现或认定申请人在 2011 年 4 月 1 日或之后遭受出生相关神经损伤的判决书或法院批准的和解书的核证副本，包括和解书或判决书中提及的所有文件和/或证物
- ✓ 授权披露和使用医疗信息表
- ✓ 治疗医生所提供的关于申请人出生相关神经损伤的具体性质和程度的摘要，包括诊断以及对申请人日常生活能力和工具性日常生活活动能力的影响，例如：长期护理计划的副本等。
- ✓ 如果您指定授权代表或律师与本基金会交流，请提供授权协议的副本。



如果您代表申请人提交此表格，请勾选您与申请人关系的适当描述。

家长 诉讼监护人 渎职诉讼被告 监护人 律师

家长或获得合法授权代表申请人进行申请的其他人员的姓名、地址和电话号码：

家长或获得合法授权代表申请人进行申请的其他人员的签名

日期

申请人当前的医疗保健提供者名单：

名称/姓名	地址	电话号码	专业
-------	----	------	----
