



뉴욕주 (의료 보장 기금) 신청서

등록 정보

(1) 신청자 성: _____ 이름: _____ 중간 이름: _____		(2) 사회 보장 번호: _____ (3) 생년월일: ____ / ____ / ____ (4) 성별: 남성 / 여성 / X-젠더
(5) 도로명 주소: _____	시: _____	State: _____ 우편번호: _____
(6) 부모/보호자 이름: _____ 전화번호: _____ 이메일 주소: _____		
(7) 진단: _____		
(8) 선호하는 언어: <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 스페인어 <input type="checkbox"/> 기타 _____		
(9) 신청자가 Medicaid 수혜자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
(10) 9번 질문에 예라고 답하셨다면 신청자의 Medicaid 번호를 기재해 주십시오.		

아래에 있는 11번, 12번 또는 13번 질문 중 일부 또는 전부에 예라고 답하셨다면 다른 건강 관리 프로그램을 신청하거나 등록하는 과정에서 요청된 정보를 제시한 경우, 해당 정보가 여전히 최신 상태라면 이전 신청서 또는 등록 양식의 사본을 제출하여 해당 질문에 답할 수 있습니다.

(11) 신청자는 Early Intervention(조기 개입), Preschool Supportive Health Services(유치원 지원 보건 서비스) 및 Access-VR(액세스 VR, 이전에 VESID로 알려짐)과 같은 다른 정부 프로그램에서 서비스를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
(12) 질문 11에 예라고 답하셨다면 다른 프로그램 또는 신청자에게 서비스를 제공하는 프로그램과 각 해당 프로그램별 신청자의 연락 담당자 이름 및 전화번호를 기재하십시오.		
정부 프로그램과 관련된 의료 보장 또는 배상의 기타 모든 현재 출처에 대한 문서를 제공하십시오.		



(13) 신청자가 다른 건강 보험에 가입되어 있습니까? 예 아니요

(14) 13번 질문에 예라고 답하셨다면 신청자의 건강 보험 회사의 이름, 주소 및 전화번호와 신청자를 대신하여 청구서를 제출하는 데 사용된 가입자 또는 회원 번호를 기재하십시오.

다른 건강 보험과 관련된 현재의 모든 의료 보장 또는 배상 출처에 대한 문서를 제공하십시오.

(15) 신청자를 대신하여 정보를 입수하고 제출할 권한을 부여받은 모든 사람의 이름, 전화번호 및 신청자와의 관계를 기재하십시오.

(16) 신청자가 현재 의료 서비스를 받고 있는 모든 제공자의 이름, 주소 및 전화번호를 **이 양식의 마지막 페이지에** 기재하십시오. 이 정보를 (a) 다른 건강 관리 프로그램을 신청하거나 등록하는 데 사용하거나 (b) 의료 과실 소송의 일부로 이 정보를 제출했으며, 정보가 여전히 최신 상태인 경우 이 요건을 충족하기 위해 이전 신청서, 등록 양식 또는 해당 양식과 관련된 부분의 사본을 제출할 수 있습니다.

(17) 신청서를 작성하려면 다음 정보를 제공하십시오.

- ✓ 합의서 또는 판결문에 언급된 모든 문서 및/또는 증거물을 포함하여 2011년 4월 1일 이후에 신청자가 출생과 관련된 신경학적 손상을 입은 것으로 확인되거나 판정된 판결 또는 법원 승인한 합의서의 인증된 사본
- ✓ 의료 정보의 공개 및 사용 승인 양식
- ✓ 신청자의 일상 생활 활동 및 도구적 일상 생활 활동에 대한 진단 및 영향을 포함하여 신청자의 출생과 관련된 신경학적 손상 또는 부상의 구체적인 성격 및 정도에 대해 치료한 의사가 제공한 요약본(예: 장기 치료 계획서 사본 등)
- ✓ 재무 부서와 상호작용할 권한이 부여된 대리인이나 변호사를 지명하는 경우 해당 계약서 사본을 제공하십시오.



신청자를 대신하여 이 양식을 제출하는 경우 신청자와 귀하의 관계에 대한 적절한 설명에 체크해주시요.

부모 소송 후견인 의료과실 소송의 피고 보호자 변호사

신청자를 대신하여 신청하도록 법적 권한이 부여된 부모 또는 기타 사람의 이름, 주소 및 전화번호:

신청자를 대신하여 신청하도록 법적 권한이 부여된 부모 또는 기타 사람의 서명

날짜

신청자의 현재 의료 서비스 제공자 목록:

이름	주소	전화번호	전문 분야
----	----	------	-------
