



Department
of Health

Medical
Indemnity Fund

Запрос на проверку отказа в предварительном разрешении

Запросы на проверку необходимо подать в течение 30 дней с даты получения вами отказа.

Полное имя участника NYMIF: _____ Сегодняшняя дата: ____/____/____

Идентификационный номер участника NYMIF штата Нью-Йорк _____

Полное имя лица, подающего запрос: _____

Подпись лица, подающего запрос: _____

Кем приходится участнику: _____

Адрес лица, подающего запрос:

Улица и номер дома: _____

Город: _____ Штат: _____ Индекс: _____

Телефон: _____

Дата отказа в разрешении: ____/____/____

Укажите пункты отказа, по которым вы просите проверку.

Укажите причины, по которым, как вы считаете, решение было неправильным.

Какие документы вы прилагаете к этой форме запроса проверки (если прилагаете)?

Проверку будет проводить должностное лицо, слушающее дело. Укажите, какой тип проверки вы запрашиваете. (Отметьте только один вариант.)

- Проверку на основании документов, отправленных обеими сторонами (вами и администратором фонда)
- Проверку в виде слушания по телефону
- Проверку в виде очного слушания

Если вы хотите проведения очного слушания, нуждаетесь ли вы в дополнительных приспособлениях?

Нет Да Опишите: _____

Если вы хотите проведения слушания, нужен ли вам переводчик, и если да, то на какой язык?

Нет Да Язык: _____

_____/_____/_____
Подпись Дата

В дополнение к официальной проверке должностным лицом, слушающим дело, вы можете запросить неофициальную конференцию с администратором фонда, общественным консультационным советом. Если вы запросите неофициальную конференцию, она состоится раньше официальной проверки.

Просим заполнить настоящую форму и вернуть ее в общественный консультационный совет. Ваш запрос на официальную проверку необходимо подать в течение 30 дней с даты получения вами отказа.

Отправьте эту форму по адресу:

Medical Indemnity Fund c/o PCG
P.O. Box 7315 Albany, N.Y. 12224