



声明

我，_____，是_____的家长/法定监护人/授权代表（请在适当的名称下划线），此人是纽约州医疗赔偿基金（“MIF”）的登记者。

通过签署此表格，我承认我收到了有关 MIF 的以下信息：

1. 有关如何访问 MIF (dwww.health.ny.gov/mif) 网站的信息，其中可以找到并审查管理 MIF 的规则和有关 MIF 的其他信息。
2. MIF 规则的复印件，其中包含 MIF 对“合格医疗保健费用”的定义，说明哪些服务、物品、设备等需要事先获得 MIF 批准作为支付条件，并且在任何 MIF 事先批准的索赔或要求被拒绝时，我有权要求：
 - a. 与基金管理人员代表进行的非正式会议和/或
 - b. 行政法官的正式审查。
3. 有关案件管理流程的信息以及我参加与根据参保人的医疗保健相关需求分配到（**登记者姓名**）_____的 MIF 案例管理员定期电话案例会议的要求。我也被告知可根据需要提供翻译服务以及如何申请此类服务。
4. 登记者住院的 24 小时内，请致电 1-855-NYMIF33 (1-855-696-4333) 联系公共咨询集团的指南。
5. MIF 的免费电话号码，当我可能对 MIF 下的登记者承保有任何问题或疑虑时，我可以在正常工作时间内拨打电话。号码是 1-855-NYMIF33 (1-855-696-4333)。

日期：_____

家长/合法监护人/授权代表签字 地址

家长/合法监护人/授权代表的姓名 电话号码

见证人签字 地址

见证人的姓名 电话号码